

# ***bvvp*** **magazin**

*Zeitschrift für die Mitglieder  
der Regionalverbände im  
Bundesverband der  
Vertragspsychotherapeuten  
(bvvp) e.V.*

## ***Qualität*** *und deren Sicherung*

- *Qualitätssicherung in der Psychotherapie*
- *Ergebnisqualitätsmessungen flächendeckend*
- *Qualitätssicherung – Traum und Albtraum*
- *Die Antwort eines Frosches*

*2. Jahrgang  
Ausgabe 2/2003*





Räume

Angebote

12 € Investition für das Spektrum von 4000 Fachlesern Ihrer Anzeige. Einfach online aufgeben unter www.cosis.net/ads. 12 € für die ersten 150 Zeichen, 6 € jeder weitere 50 Zeichen-Block. Chiffre: 10 €.

Gesuche

Hier könnte Ihre Anzeige stehen. Einfach online aufgeben unter www.cosis.net/ads.

Praxis

Gründung

Gesucht: Jobsharing oder KV-sitz Erfahrene psychologische Psychotherapeutin für Erwachsene und Kinder sucht wegen Ortswechsel Job-Sharing oder Einstieg in Praxisgemeinschaft oder KV-Sitz (PA), auch mit anfangs geringer Stundenanzahl, für Ende 2004/ Anfang 2005 im Raum Freiburg oder Umgebung. Fax: 00.31.30.69 39 595 Tel.: 00.31.30.69 223 83 email: Angelkaobrecht@zonnet.nl, www.cosis.net/ads, echiffre-Nummer: 25.

Verkauf

Psychologische Psychotherapeutin (Psychoanalyse/Tiefenpsychol. fundiert) gibt zum 1. August 2003 eine gut eingeführte Praxis im Landkreis Konstanz (Bodensee) ab. Tel.: 07738-97091, Fax -923734

Praxisgemeinschaften

Hier könnte Ihre Anzeige stehen. Einfach online aufgeben unter www.cosis.net/ads.

Vermietung

Freiburg: Raum für psychotherapeutische Praxis zu vermieten. Altstadt, 17 m², 250 € alles inkl., Tel.: 0761-33224, Heidi Mönich-Marks, Marienstr. 10, 79098 Freiburg

Verschiedenes

12 € Investition für das Spektrum von 4000 Fachlesern Ihrer Anzeige. Einfach online aufgeben unter www.cosis.net/ads. 12 € für die ersten 150 Zeichen, 6 € jeder weitere 50 Zeichen-Block. Chiffre: 10 €.

Stellenanzeigen

Angebote

Suche Weiterbildungsassistent/in Zusatztitel Psychother., Supervision, Praxis Lg, www.cosis.net/ads, echiffre-Nummer: 24

Gesuche

Hier könnte Ihre Anzeige stehen. Einfach online aufgeben unter www.cosis.net/ads.

Reise

Waldhof. Einsam geleg. alter Hof in den Hügeln + Wäldern Nordhessens, weiter Blick, große Ruhe, eig. Quelle, kein Strom, große Landküche mit Kaminofen, Klavier + kl. Bibliothek, 3 Schlafzi. Bad/WC. Über PT A. Linker Fax 06691/928689

Costa del Sol, einf. 3 Zi. Fe.Wo., Balkon, Tennis, Swimmingp., 5 min. z. Strand, ideal als Ausgangspunkt für Umgebung: Granada, Malaga, Ronda, Nerja. Tanja Stroßburg, Postweg 9, 21379 Rullstorf

Veranstaltungen jetzt auf S. 37

KLEINANZEIGEN BUCHEN

Kleinanzeigen bequem buchen mit unserem Online-Anzeigensystem!

- kinderleicht zu bedienen
schnelle Eingangsbestätigung
faire Preise
rund um die Uhr für Sie da
superschnelle Chiffre
Preise
nur 12 € pro Anzeige bis 150 Zeichen -
je weitere 50 Zeichen 6 €
echiffre: 10 €
und Porto gespart

Einfach buchen im WWW: www.bvvp-magazin.de

Chiffre aufgeben: Unser neues echiffre-System bietet Ihnen superschnelle Antworten: Einfach Ihre E-Mail-Adresse angeben, die Antworten werden an Ihre E-Mail gesandt - natürlich ohne dass der/die Antwortende von Ihrer Identität oder E-Mailadresse erfährt.

Chiffre beantworten: Gehen Sie auf www.cosis.net/ads und wählen Sie «echiffre-Anzeige beantworten» und geben Sie die echiffre-Nummer der Anzeige ein, auf die Sie antworten wollen. Die Anzeige wird Ihnen angezeigt, Sie geben Ihren Antworttext ein, sofort geht eine E-Mail an den Auftraggeber der Anzeige. Kein Chiffre-System ist schneller.



**VORWORT**

Vorwort von Birgit Clever ..... 4

**AUS DEM  
BUNDESVORSTAND**

Wo bleibt die Psychotherapie in der nächsten Gesundheitsstrukturreform? ..... 6  
 Zerrissen oder erdrückt werden? – Wie könnte eine Alternative aussehen? ..... 8  
 Zur jüngsten Rechtsprechung in Sachen Honorargerechtigkeit ..... 10  
 Entwicklung der Kammern für PP/KJP ..... 10  
 Zum geplanten Modell-Projekt Qualitätssicherung von TK und KV Hessen ..... 11  
 Entschließung der Psychotherapeutenkammer Hessen zum geplanten  
 Modell-Projekt zur Qualitätssicherung von TK und KV Hessen ..... 11

**SCHWERPUNKT**

**QUALITÄTSSICHERUNG**

Einleitendes ..... 13  
 Qualitätssicherung in der Psychotherapie ..... 13  
 Argumente gegen die flächendeckende Einführung von  
 quantifizierenden Ergebnisqualitätsmessungen ..... 16  
 Qualitätssicherung – Traum und Albtraum ..... 18  
 Marktradikale Instrumente ignorieren humane und soziale medizinische  
 Notwendigkeiten ..... 18  
 Welche Parameter bilden Qualität tatsächlich ab? ..... 19  
 Eine misslungene Psychotherapie hat fatale Folgen ..... 19  
 Qualitätssicherung:  
 Fragen wir die Frösche! ..... 20  
 Die Antwort eines Froschs ..... 22  
 Resolution der Delegiertenversammlung vom 25.01.03 in Fulda  
 zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie ..... 23

**INTERVIEW**

Kolkmann: «Wenn Sie es noch schaffen, das in Ihren eigenen Reihen  
 zu behalten, dann sollten Sie das tun» ..... 24  
 Huber: «Das Zeitalter der Psychotherapie wird erst kommen. Denn psycho-  
 soziale Gesundheit wird zur Ressource gesellschaftlicher Entwicklung» ..... 26

**AUS DEN  
REGIONALVERBÄNDEN**

Kader-Buffer statt Katzentisch ..... 28  
 Psychotherapie in der frühen Kindheit ..... 28  
 3. Sächsischer Psychotherapeutentag ..... 29

**ÄRGERNIS**

Der Hass, der zum Krieg führt ..... 31

**FÜR UNS GELESEN**

Für uns gelesen ..... 32

**LESERBRIEFE**

Leserbrief ..... 34

**IMPRESSUM**

Impressum ..... 5  
 Die AutorInnen ..... 34

**DIENTSTLEISTUNGEN**

Warnung! Mobile Lesegeräte! ..... 34  
 Inora Life: Innovative Kapitalanlage mit Garantie ..... 35  
 Im Brennpunkt: Lebens- und Rentenversicherungen in der Krise? ..... 35

**MARKTPLATZ**

Ihre Kleinanzeige ..... 2  
 Veranstaltungen ..... 37

**NEUERSCHEINUNGEN**

Neuerscheinungen psychotherapeutischer Verlage ..... 38

# VORWORT

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,



auf unserer Bundesdelegiertenkonferenz am 24./25.01.03 endete turnusmäßig die Amtsperiode des Bundesvorstands und Neuwahlen fanden statt. Von den bisherigen Vorstandsmitgliedern standen unser Schatzmeister, Dr. Eckhard Pachale, unsere Schriftführerin, Dipl.-Psych. Birgit Bergmann, und unsere Beisitzerin, Dr. Marie-Luise Näher, nicht mehr zur Verfügung. Frau Näher war schon vor einem Jahr aus dem Vorstand ausgeschieden, weil sie Deutschland verlassen hatte, um in Peru zu arbeiten. Herr Pachale und Frau Bergmann haben über viele Jahre im Bundesvorstand mitgearbeitet und wollten aus persönlichen Gründen ihre Tätigkeitsschwerpunkte jetzt wieder anders setzen. Bundesvorstand, Landesvorstand und Delegiertenversammlung haben sich für das Engagement bei beiden sehr bedankt, und ich will das an dieser Stelle auch im Namen aller Mitglieder nochmals wiederholen.

Bei den Neuwahlen ergab sich dann folgendes Ergebnis:

1. Vorsitzende	Dr. med. Birgit CLEVER, FA für PTM, Psychoanalyse/KJP, Südbaden
1. stv. Vorsitzender	Dr. phil. Dipl.-Psych. Frank Roland DEISTER, Psychoanalyse, Hessen
2. stv. Vorsitzender	Volker DETTLING, aKJP, Nordbaden
Schatzmeister	Dr. med. Reinhold HILDMANN, FA für PTM, Psychoanalyse, Südbaden
Schriftführerin	Dr. med. Helga STRÖHLE, FA für PTM, TP, Nord-Württemberg
Beisitzerin	Dipl.-Psych. Elisabeth SCHNEIDER-REINSCH, VT, Hessen
Beisitzer	Dipl.-Psych. Michael GRUNERT, Psychoanalyse, Berlin

Als Vorstandsreferent wird weiterhin Norbert Bowe tätig sein und als kooptierte Mitglieder wirken Frau Dr. med. Juliana von Hodenberg, FA für PTM, Westfalen-Lippe, und jetzt auch Martin Klett, VaKJP, Südbaden, mit. Frau von Hodenberg wird weiterhin in der Redaktion des bvvp-Magazins mitarbeiten und die Verbindung zwischen Redaktion und Vorstand schaffen. Herr Klett wird sich vor allem für PP/KJP Kammerbelange mitengagieren und natürlich auch den KJP-Bereich unterstützen.

Wir sind sehr erfreut über die jetzige starke Vorstandsbesetzung und schauen von daher ganz zuversichtlich in die Zukunft. Bei den ständig wachsenden Aufgaben in der berufspolitischen Interessensvertretung ist es wichtig, die Arbeit verteilen zu können und trotzdem eine konsistente innere Struktur zu bilden. Gerade auch mit den beiden kooptierten Mitgliedern denken wir, diesen Notwendigkeiten noch besser Rechnung tragen zu können.

Inhaltlich hat unsere Bundesdelegiertenkonferenz wieder sehr viel Spaß gemacht. Ich wähle ganz bewusst diesen Ausdruck und meine damit, dass wir – und ich denke, ich darf da für alle Teilnehmer sprechen – tatsächlich inzwischen im bvvp einen so guten Informationsfluss und Informationsstand haben und eine über viele Jahre erarbeitete Diskussionskultur, dass es wirklich ausgesprochen befriedigend ist, miteinander auch schwierige berufspolitische Sachverhalte zu erörtern und nach Lösungen zu suchen. Die Beweglichkeit und Kreativität verbindet uns alle ebenso wie das Aushalten und Ausbalancieren von Unterschiedlichkeiten und auch manchmal Gegensätzen.

Einen breiten Raum nahm diesmal in der Diskussion die Gesundheitsstrukturreform ein, das Auffinden von Konfliktpunkten und die Diskussion verschiedener möglicher Szenarien. In den auf den Bundesvorstandsseiten in diesem Heft abgedruckten Beiträgen von Norbert Bowe und mir finden Sie eine ausführliche Darstellung der dabei wesentlichen Gesichtspunkte.

Ebenfalls breiten Raum nahm die Diskussion um die Qualitätssicherung ein, die wir am Samstag Nachmittag im Rahmen des Symposiums führten. Wir erörterten sowohl die Entwicklungen auf Bundesebene im Bundesausschuss Ärzte-Krankenkassen in seiner besonderen Zusammensetzung für die Psychotherapie und die dort von den Krankenkassen forcierte Einführung zusätzlicher objektivierbarer und quantifizierbarer diagnostischer Methoden zu Beginn und auch am Ende einer Therapie. Diese Entwicklung wurde für hochproblematisch erachtet, zumal keine Modellversuche vorgesehen sind und die Zielsetzung hinsichtlich der Datenauswertung nicht transparent erscheint. Wissenschaftlich und ethisch vertretbar ist nur ein Vorgehen, bei dem

1. die Datenerhebung inhaltlich genau auf die damit verbundenen Fragestellungen abgestimmt, d. h. das Evaluationskonzept bei Beginn der Datenerhebung erarbeitet und vorgelegt ist,
2. der Ort der Datenzusammenführung und Interpretation einschließlich der Zugriffsrechte vor Beginn der Datenerhebung geklärt ist.

Ist das nicht gewährleistet, besteht die Gefahr letztlich unkontrollierbarer Datenfriedhöfe oder auch des Interpretationsmissbrauchs. Zum jetzigen Zeitpunkt ist nicht erkennbar, ob der Bundesausschuss Richtlinien diese Fragen aus Sicht von uns Leistungserbringern zufriedenstellend lösen wird.

Ein weiteres wichtiges Thema beim Stichwort Qualitätssicherung ist das so genannte TK-Modell.

Dies ist ein Modellprojekt zur Psychotherapie, das die Techniker Krankenkasse gerne mit der KV-Südbaden und der KV-Hessen vereinbaren möchte. Der Begriff TK-Modell lässt natürlich sofort an die

Vereinbarungen der TK in der Kostenerstattung vor einigen Jahren denken. Der Gedanke ist insofern richtig, als sich die TK im Wettbewerb mit anderen Krankenkassen weiterhin als innovative Kasse bezüglich Psychotherapie darstellen möchte. Mit dem «alten» TK-Modell hatte die TK mit Mindestqualifikationsanforderungen an Erstattungsbehandler zur Etablierung der Kostenerstattung im Vorfeld des Psychotherapeutengesetzes und damit quantitativ zur Verbesserung der Versorgungslage beigetragen.

Mit dem jetzt zur Debatte stehenden «neuen» TK-Modell möchte sich die TK richtungweisend hinsichtlich Qualitätssicherung in der psychotherapeutischen Versorgung positionieren und als Krankenkasse darstellen, die sich in besonderem Maße erst um die Quantität und jetzt um die Qualität psychotherapeutischer Leistungen bemüht. Mit dem geplanten Modellprojekt soll überprüft werden, ob eine neue Form von «Gutachterverfahren» gegenüber dem bisherigen zu einer besseren Ausschöpfung der Behandlungskapazitäten führen kann, indem man Behandlungsfortschritte per Fragebögen im Therapieverlauf standardisiert erfasst und die Auswertung an die Therapeuten rückmeldet.

Eine Teilnahme an Modellprojekten ist grundsätzlich freiwillig. Ergeben sich positive Ergebnisse, muss man aber davon ausgehen, dass in Folge eine flächendeckende Verbreitung der erarbeiteten Strukturen angestrebt werden wird. Deshalb ist die Einbeziehung der betroffenen Leistungserbringer in die Erarbeitung von Modellprojekten und die Interpretation der Ergebnisse unabdingbar. Nur bei ausreichender Akzeptanz auf Seiten der Leistungserbringer ist ein Modellprojekt überhaupt durchführbar. Deshalb hat auch u. a. ein erstes Gespräch und ein erster Gedankenaustausch über die Forschungsziele und das Design des Modellprojektes zwischen TK und Mitgliedern des bvvp-Vorstandes, stattgefunden, die ihrerseits als wissenschaftlichen Berater Herrn PD C. E. Scheidt hinzugebeten hatten. Hier sind noch viele Fragen offen, von deren Beantwortung unsere Empfehlung zur Mitwirkung abhängig gemacht werden muss. Die TK arbeitet derzeit noch an Feinabstimmungen des Konzeptes und hat mehrfach auch der KV-Südbaden und der KV Hessen gegenüber zugesichert, alle abschließend erhobenen Einwände aufzugreifen und einzuarbeiten.

Inhaltlich geht es im Wesentlichen um die Hypothese, eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungslage durch eine Optimierung bei der Ausschöpfung von Behandlungskapazitäten erreichen zu können, wenn man das «alte» Gutachterverfahren mit seinen standardisierten Kontingenten durch ein «neues» Gutachterverfahren ablöst. Dieses soll letztlich mit Hilfe von PC-gesteuerten Auswertungen von Patienten- und Therapeuten-Fragebögen eine sich aus dem Behandlungsverlauf ergebende Festlegung eines patientenbezogenen, individuell benötigten Behandlungsumfangs erlauben.

Um den Behandlungsverlauf abbilden und verfolgen zu können, ist an eine Eingangsmessung spätestens nach der 3. probatorischen Sitzung (ICD-10, Symptomfragebogen, Schweregradmessung und OPD-Achse Beziehungen) und Verlaufsmessungen nach der 15., 30. und 45. Stunde gedacht.

Es liegt auf der Hand, dass sich hier viele Fragen ergeben, z. B., wie sich letztlich die Aufhebung feststehender Kontingente auf Therapieplanung und Verlauf auswirken würde, oder ob häufigere Zwischenmessungen die Entwicklung eines Therapieprozesses fördern oder behindern könnten etc. Aber auch wenn man dem Vorhaben erhebliche Skepsis entgegenbringen muss, erscheint es uns sinnvoll, sich so weit auf Modellvorhaben einzulassen, wie unter gesicherter wissenschaftlicher Auswertung sinnvolle Fragestellungen zu Qualität der Versorgung beforscht werden können. Wir halten eine Dis-

kussion im Vorfeld aber für unbedingt erforderlich, um mögliche Fallstricke im Forschungsdesign nicht zu übersehen, sondern zu korrigieren, und hoffen, dies unter Einbezug von weiteren Wissenschaftlern tun zu können.

Ergänzend finden Sie in diesem Heft hierzu auch die Entschließung der PP/KJP-Kammer Hessen.

Herzliche Grüße

BIRGIT CLEVER

## IMPRESSUM

**Herausgeber:** Vorstand des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp): Dr. med. Birgit Clever, Freiburg (1. Vorsitzende); Dr. phil. Dipl.-Psych. Frank Roland Deister, Frankfurt (1. stellv. Vorsitzender); Volker Dettling, KJP, Karlsbad (2. stellv. Vorsitzender); Dipl.-Psych. Jürgen Doeber, Reutlingen, Dipl.-Psych. Dr. Michael Grunert, Berlin, Dr. med. Reinhold Hildmann, Freiburg-Tiengen, Martin Klett, Freiburg, Dipl.-Psych. Elisabeth Schneider-Reinsch, Wiesbaden, Dr. med. Helga Ströhle, Gerstetten, Dr. med. Juliana von Hodenberg, Herne

**bvvp-Geschäftsstelle:** Schwimmbadstraße 22, 79100 Freiburg, Tel.: 0761-7910245, Fax: 0761-7910243, E-Mail: bvvp@bvvp.de, Homepage: bvvp.de

Verantwortlich für den Gesamthalt im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen: Volker Dettling AKJP, Neuer Markt 9–11, 76275 Ettlingen

**Redaktion:** Volker Dettling, Neuer Markt 9–11, 76275 Ettlingen, Tel.: 07202-5909, Fax: 07202-941602, E-Mail: volker.dettling@t-online.de, Dr. med. Juliana Frfr. von Hodenberg, Bahnhofstr. 78, 44623 Herne, Tel.: 02323-56327, Fax 02323-916865, E-Mail: agvp@bvvp.de, **Dipl.-Psych. Ursula Neumann**, Trotbergstraße 13, 77704 Oberkirch-Bottenau, Tel.: 07802-981563, Fax 07802-981565, E-Mail: Dipl.-Psych.UrsulaNeumann@t-online.de, Dr. med. Hanna Simon, Birmöhler Str. 7, 24576 Bramstedt, Tel.: 04192-7388, Fax: 04192-85143. E-Mail: dr.hanna.simon@dri.de, **Dr. med. Ursula Stahlbusch**, Ernsdorfer Str. 50, 83209 Prien, Tel.: 08051-63502 Fax: 08051-966065 E-Mail: ursula.stahlbusch@t-online.de

**Ressort Bundesvorstand:** Dr. med. Juliana Frfr. von Hodenberg, Dr. med. Hanna Simon

**Ressort Regionalverbände:** Volker Dettling

**Referat Dienstleistungen im bvvp:** Manfred Falke, Triftstr. 32, 21255 Tostedt, Tel.: 04182-21703, Fax 04182-22927, E-mail: wpnds@bvvp.de

**Korrektur:** Eva Pachale, Peuntstr. 3, 96050 Bamberg, Tel.: 0951-27674, Fax: 0951-27619

**Verlag:** Copernicus Gesellschaft mbH, Max-Planck-Str. 13, 37191 Katlenburg-Lindau – Projektleitung: Michael Koschorreck

Satz: Selnigow Verlagsservice Berlin, www.selnigow.de

Druck, Bindung, Versand: druckhaus köthen GmbH, 06366 Köthen

**Anzeigen:** Copernicus Systems + Technology GmbH, Potsdamer Str. 81 c, 10785 Berlin. **www.bvvp-magazin.de**

**Anzeigenhotline:** 030-6090296-0, Fax: 030-6090296-22 (Herr Selnigow)

Online-Buchungssystem: www.bvvp-magazin.de

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 3 a

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Das nächste Heft erscheint am 20.7.03 (Redaktionsschluss: 11.5.03)

ISSN-Nummer: 1683-5328

Bei Einsendungen an die Redaktion wird, wenn nichts anderes vermerkt, das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt.

Die Zeitschrift ist für Mitglieder der Regionalverbände des bvvp im Mitgliedsbeitrag enthalten. Einzelverkaufspreis 6 €

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Auszugsweiser Textabdruck ist mit Quellenangabe gestattet.

**Besuchen Sie auch die bvvp-homepage. [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)**

**Während das bvvp-magazin «fürs Grundsätzliche» zuständig ist, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung.**

# AUS DEM BUNDESVORSTAND

## Wo bleibt die Psychotherapie in der nächsten Gesundheitsstrukturreform?

### Fragestellungen

#### 1. Ausgangslage

Zunehmende Finanzengpässe in der GKV führen zu wachsenden Konflikten zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen. Die Politik (SPD/Grüne) strebt die Sicherstellung der Versorgung der gesamten Bevölkerung an und will die zunehmenden Finanzengpässe über Qualitätsverbesserung, die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Aufhebung von Über- und Fehlversorgung beheben. Die Ärzteschaft dagegen sieht keine nennenswerten Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsreserven und macht die wachsende Morbidität der alternden Bevölkerung, die medizinischen Innovationen einschließlich des Arzneimittelsektors und die Verschiebepflicht in der GKV mit entsprechender Minderung der Einnahmenseite für die Finanzierungsprobleme verantwortlich. Die Krankenkassen kritisieren ebenfalls die Verschiebepflicht, können aber nur so viel Geld ausgeben, wie sie eben einnehmen, und müssen damit alle anfallenden medizinischen Leistungen bezahlen.

#### 2. Hindernisse

Aus Sicht der Politik haben die KVen ihren Tätigkeitsschwerpunkt – entgegen ihrem ursprünglichen Auftrag, staatliche hoheitliche Aufgaben gleichermaßen wie die Interessensvertretung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen – zu sehr in Richtung Interessensvertretung der Ärzte verschoben. Sie vernachlässigten Qualität, Transparenz, Wirtschaftlichkeit zugunsten standespolitischer, monetärer Interessen der Ärzteschaft.

#### 3. Lösungen

Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten müssen im Gesundheitswesen deshalb aus Sicht der Politik neu geordnet werden. Zum einen soll die Erbringung hochspezialisierter Leistungen in Hinblick auf die wirtschaftlichste Erbringungsweise neu überdacht werden. Die Politik favorisiert die Verlagerung bestimmter, vor allem hochtechnisierter Leistungen ans Krankenhaus und die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen in bestimmten Sektoren. Hiervon sind vor allem die niedergelassenen Fachärzte betroffen. Erhalten bleiben sollen – wie bisher – mit Erstzugang der Patienten im fachärztlichen Bereich nur die Grundleistungen der Augenheilkunde und Gynäkologie. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft freut sich und begrüßt diese Konzepte.

Zum anderen soll die Instanz, die die medizinischen Leistungen bezahlt, auch über deren Qualität und Menge bestimmen können, d. h. der Sicherstellungsauftrag könnte an die Krankenkassen übergehen, und diese dürften dann mit den Leistungserbringern Verträge schließen, die in guter Qualität Leistung zu bezahlbaren Preisen in der notwendigen Leistungsmenge zu erbringen bereit wären. Die Krankenkassen lehnen diese Aufgabe aber ab und fühlen sich überfordert, so ein neues System flächendeckend eigenverantwortlich zu schultern. Sie wollen die Sicherstellung bei den KVen belassen und nur in bestimmten überschaubaren Teilbereichen Verträge mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern schließen.

Die KVen sollen sich wieder mehr auf ihre Verwaltungsaufgaben konzentrieren und weniger Lobbypolitik betreiben. Deshalb soll eine Strukturreform der KBV und der KVen die politischen Selbstverwaltungsfunktionen zurückführen und verschlanken zugunsten einer schmaleren KV-Spitze hauptamtlich Tätiger, die nicht einmal unbedingt Ärzte sein müssen und die einem Verwaltungs- und Service-Unternehmen zur Honorarverteilung vorstehen. Die Delegiertenversammlungen sollen ebenfalls an Zahl und Funktionen beschnitten und im Wesentlichen auf Haushaltsbe-

ratungen reduziert, vielleicht sogar ganz abgeschafft werden. Die Verfasste Ärzteschaft in den KVen ihrerseits will das nicht und versucht derzeit, Vorschläge für eine Strukturreform aus eigener Kraft zu erarbeiten, in der möglichst viele politische Selbstverwaltungselemente gerettet werden sollen.

Diese Strukturüberlegungen der Ärzteschaft, zu der eine eigene Kommission berufen wurde, orientieren sich vorrangig am Hausarzt-Facharzt-Konflikt und am Versuch, eine Struktur zu finden, die ein Ausbalancieren der gegensätzlichen Interessen nach dem Prinzip der «gleich langen Spieße» ermöglichen würde. Man denkt also daran, einerseits der Politik entgegenzukommen und alle Gremien zu verschlanken und man ist gleichzeitig darauf bedacht, im Sinne der Gleichgewichtigkeit ebenso viele Hausärzte wie Fachärzte die Vorstände der KBV bzw. der KVen bilden zu lassen.

Die Psychotherapeuten kommen bei diesen Überlegungen nicht vor, bzw. werden bei den Fachärzten eingeordnet und spielen damit KV-innenpolitisch keine Rolle mehr. Eine Repräsentanz der Fachgruppe der Psychotherapeuten wäre so – wie bisher – weder formal nach innen, noch nach außen gegeben, d. h. es gäbe weiterhin keine Möglichkeit, inhaltlich die Belange der Psychotherapie in diesen Gremien direkt zu vertreten.

### Was brauchen die Psychotherapeuten?

Die Psychotherapeuten und die Psychotherapie brauchen eine Stärkung gegenüber dem Ist-Zustand in formaler wie inhaltlicher Hinsicht.

Inhaltlich braucht es einen stärkeren Einbezug psychotherapeutischer Sachverhalte in die somatische Medizin im Sinne einer weiter voranschreitenden Verschränkung. Der Psychotherapie als dem historisch «jüngeren» Gebiet in der Versorgung fällt dabei die Aufgabe der Eingliederung in den bereits bestehenden Fächerkanon zu.

Strukturell folgt daraus grundsätzlich als Aktionsrichtung die möglichst weitgehende Durchmischung von Psychotherapeuten und

Somatikern in den für die ambulante Versorgung maßgeblichen Gremien auf Leistungserbringerseite, d. h. in den KVen – allerdings mit einer gegenüber dem Ist-Zustand optimierten Repräsentanz. Den Psychotherapeuten fällt darüber hinaus intern die Aufgabe zu, die vielfältigen Subgruppen in der Psychotherapie hinsichtlich Berufsgruppenzugehörigkeit und Methodenzugehörigkeit zu integrieren, will man zahlenmäßig und inhaltlich das Fachgebiet nicht unnötig schwächen. Jede Abspaltung einer Teilgruppe psychotherapeutischer Leistungserbringer wie auch von Tätigkeitsschwerpunkten mindert die potentielle Gewichtigkeit der Fachgruppe und sollte deshalb so weit wie möglich vermieden werden.

### Strukturelle Forderungen

Die Strukturen einer gesundheitsstrukturell reformierten KBV und KV müssen aus Sicht der Psychotherapeuten bestimmten Mindestanforderungen genügen, die ich Ihnen nachfolgend, beginnend mit der Variante der kleinstmöglichen Veränderung gegenüber dem Ist-Zustand, in aufsteigender Reihenfolge bis zu der Variante der größtmöglichen Änderung gegenüber dem Ist-Zustand vorstellen will.

#### Variante 1

- Einheit des Fachgebietes Psychotherapie und der Versorgungsstrukturen bleibt über die Berufs- und Methodenzugehörigkeiten hinaus (Ärztliche, Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, analytische und verhaltenstherapeutische Verfahren) erhalten
- Verhältniswahlrecht  
Abbildung der Gesamt-Fachgruppe in den Gremien der KVen/KBV entsprechend ihrer Größe, d. h. *Abschaffung der 10 % Quote für PP/KJP und stattdessen Verhältniswahlrecht ohne Quote*
- Regelung einer gesicherten Repräsentanz der Fachgruppe  
in den Vorständen von KBV/KVen und in allen die Belange der Psychotherapie mitbetreffenden weiteren Gremien und Ausschüssen (z. B. Länder- und Bewertungsausschuss) *mit mindestens einer Person, die aus der Mitte der Fachgruppe gewählt wird.*
- Zuordnung der ärztlichen Psychotherapeuten zu den Fachgruppen  
Zur Wahrnehmung des aktiven und passiven Wahlrechts Zuordnung zur Fachgruppe Psychotherapie von allen PP/KJP

und per individueller Entscheidung von allen ärztlichen PT, die ausschließlich oder über 50 % psychotherapeutisch tätig sind, entweder zu den Fachärzten oder zu den Psychotherapeuten – analog der individuellen Entscheidung, mit der sich die Internisten der haus- oder fachärztlichen Tätigkeit zuordnen mussten.

- Erhalt der bisherigen Aufteilung des ambulanten Budgets per Trennungsfaktor in einen haus- und fachärztlichen Anteil mit *Verbleib der Vergütung der Psychotherapeuten wie bisher im fachärztlichen Teil.* Damit bleibt die Anwendung und Gültigkeit des im SGB verankerten Angemessenheitsgebotes sowie der Vergleichsmaßstäbe nach dem Gleichheitsgebot des Grundgesetzes für die Höhe der Vergütungen für psychotherapeutische Leistungen zumindest, wie bisher, mit den fachärztlichen Honoraren erhalten.

#### Variante 2

unterscheidet sich darin von Variante 1, dass (Punkt 1–4 wie unter Variante 1) eine Aufteilung des ambulanten Gesamtbudgets per Trennungsfaktor in einen hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Teil vorgenommen wird. Grundlage für die Berechnung des psychotherapeutischen Anteils müsste mindestens die Leistungsmenge des Vorjahres auf der Grundlage von 10 Pf pro Punkt sein. (Darin wären dann noch keine Kapazitäten für Aufbau Ost oder Ausbau KJP enthalten). Ob bei Abtrennung des psychotherapeutischen Honoraranteils vom fachärztlichen Honoraranteil die vom Bundessozialgericht aufgestellten Vergleichsmaßstäbe zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen, abgeleitet aus dem Gleichheitsgebot des Grundgesetzes, ihre Anwendbarkeit und Gültigkeit wie bisher werden behalten können (gemessen an den Einkommen der Fach- und Hausärzte), ist fraglich.

#### Variante 3

- Einheit des Fachgebietes Psychotherapie und der Versorgungsstrukturen bleibt über die Berufs- und Methodenzugehörigkeiten hinaus (Ärztliche, Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, analytische und verhaltenstherapeutische Verfahren) erhalten.
- Zuordnung der ärztlichen Psychotherapeuten zu den Fachgruppen. Zur Wahrnehmung des aktiven und passiven

Wahlrechts Zuordnung zur Fachgruppe Psychotherapie von allen PP/KJP und per individueller Entscheidung von allen ärztlichen PT, die ausschließlich oder über 50 % psychotherapeutisch tätig sind, entweder zu den Fachärzten oder zu den Psychotherapeuten – analog der individuellen Entscheidung, mit der sich die Internisten der haus- oder fachärztlichen Tätigkeit zuordnen mussten.

- Sektionierung  
*In jeder Sektion jeweils eigene nur von Hausärzten, Fachärzten bzw. Psychotherapeuten besetzte Gremien, d. h. Verdreifachung aller Strukturen mit entsprechender Aufblähung des Verwaltungsaufwandes, paritätische Besetzung der KBV und KV-Vorstände durch die Sektionen und Verdreifachung aller Ausschüsse durch die Notwendigkeit, die Belange der jeweiligen Sektion autonom zu regeln.*
- Sektion Psychotherapie ohne eigenes Verhandlungsmandat  
*Aufteilung des ambulanten Gesamtbudgets auf eine haus- und fachärztliche und psychotherapeutische Sektion ohne eigenes Verhandlungsmandat.* Grundlage für die Berechnung des psychotherapeutischen Anteils müsste mindestens die Leistungsmenge des Vorjahres auf der Grundlage von 10 Pf pro Punkt sein. (Darin wären dann noch keine Kapazitäten für Aufbau Ost oder Ausbau KJP enthalten) *Ob bei Abtrennung des psychotherapeutischen Honoraranteils vom fachärztlichen Honoraranteil die vom Bundessozialgericht aufgestellten Vergleichsmaßstäbe zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen, abgeleitet aus dem Gleichheitsgebot des Grundgesetzes, ihre Anwendbarkeit und Gültigkeit wie bisher werden behalten können (gemessen an den Einkommen der Fach- und Hausärzte), ist fraglich.*

#### Variante 4

Wie Variante 3, der Unterschied liegt nur im eigenen Verhandlungsmandat für das Psychotherapie-Budget.

- Eigenes Verhandlungsmandat bei getrennten Budgets  
Aufteilung des ambulanten Gesamtbudgets auf eine haus-, eine fachärztliche und eine psychotherapeutische Sektion *mit eigenem Verhandlungsmandat.* Grundlage für die Berechnung des psychotherapeutischen Anteils müsste mindestens die Leistungsmenge des Vorjahres auf der Grundlage von 10 Pf pro

Punkt sein. (Darin wären dann noch keine Kapazitäten für Aufbau Ost oder Ausbau KJP enthalten) *Eine Sektionierung mit eigenem Verhandlungsmandat hebt die Anwendung und Gültigkeit des im SGB verankerten Gleichheitsgebots für die Höhe der Vergütungen für psychotherapeutische Leistungen – zumindest mit den fachärztlichen Honoraren – auf jeden Fall auf.*

### Variante 5

- Wie Variante 4, aber eine *eigene Hausarzt-, Facharzt- und Psychotherapeuten-KV mit jeweils eigenen nur von Haus- und Fachärzten oder Psychotherapeuten besetzten Gremien und Ausschüssen*, d. h. Verdreifachung aller Strukturen mit entsprechender Aufblähung des Verwaltungsaufwandes durch die Notwendigkeit, die Belange der jeweiligen KV eigenständig zu regeln.
- *Aufteilung des ambulanten Gesamtbudgets auf eine jeweils eigenständige haus-, eine fachärztliche und eine psychotherapeutische KV mit eigenem Verhandlungsmandat.* Grundlage für die Berechnung des psychotherapeutischen Anteils müsste mindestens die Leistungsmenge des Vorjahres auf der Grundlage von 10 Pf pro Punkt sein. (Darin wären dann noch keine Kapazitäten für Aufbau Ost oder Ausbau KJP enthalten) *Eine eigene Psychotherapeuten-KV hebt die Anwendung und Gültigkeit des im SGB verankerten Angemessenheitsgebots und des im Grundgesetz verankerten Gleichheitsgebots für die Höhe der Vergütungen auf jeden Fall auf.*

### Bewertung

Bei der Abwägung der Vor- und Nachteile der oben aufgeführten Varianten steht angesichts der auch in Zukunft selbstverständlich limitierten Finanzkraft der Krankenkassen dem Wunsch von Psychotherapeuten, die eigenen Angelegenheiten endlich einmal bar fachfremder Einflüsse regeln zu können, die Folge gegenüber, dass auch das Recht auf Gleichbehandlung aufgegeben wird zugunsten einer von wettbewerblichen Gesetzmäßigkeiten geprägten Situation – in dem Ausmaß, wie man sich strukturell aus dem Kanon der anderen Leistungserbringer ausklinkt. Diesen Gesetzmäßigkeiten der Marktwirtschaft folgend, wird sich der Verhandlungserfolg oder -misserfolg, der sich in der Höhe der ausgehandel-

ten Honorare niederschlagen wird, dann auch im Wettbewerb zwischen den einzelnen Sektionen darstellen und darüber hinaus auch im Wettbewerb mit noch anderen, neuen Mitbewerbern um die ambulanten Honorare, nämlich den für die ambulante Versorgung dann voraussichtlich geöffneten Krankenhäusern und integrierten Versorgungsverbänden.

Bitte überlegen Sie selbst, wie potent Sie die Verhandlungsmacht einer Psychotherapeuten-Sektion oder einer Psychotherapeuten-KV einschätzen. Vermutlich werden ja die Krankenkassen nicht als Erstes und Liebstes mit den Psychotherapeuten verhandeln, sondern leider werden sie als Erstes aus dem ihnen zur Verfügung stehenden Gesamtbudget die integrierten Versorgungsformen verhandeln und bedienen, die Brustkrebszentren, die ambulanten Operationen und onkologischen Nachsorgen der geöffneten Krankenhäuser ... Dann müsste man wohl naheliegender Weise annehmen, dass als Nächstes die Lotsen im Gesundheitswesen, die Hausärzte, bedient werden, danach zunächst die Vergütung der Brillen verschreibenden Augenärzte, vorsorgenden Gynäkologen und evtl. im kleinstädtischen Bereich gastroenterologisch tätigen Internisten ... und dann, dann kommen wir. Oder glauben Sie, wir kämen vor den Hausärzten dran?

Und weil den Letzten bekanntlich die Hunde beißen, dürften wir uns im Falle der Sektionierung bzw. des eigenen Verhandlungsmandates wohl auf wenig paradiesisch – autonome Zeiten gefasst machen. Es wird auch nicht besser, wenn man selbstbestimmt mit den Honoraren baden geht. Ich fürchte, das ist Geschmackssache, ob man lieber im Haifischbecken mit Kliniken und Haus- und Facharzt-KVen oder eigenständigen KV-Sektionen mit eigenem Verhandlungsmandat im Wettbewerb von vornherein absehbar unterliegt und sich so selbst das Wasser abgräbt oder ob man lieber im engeren KV-internen Haifischbecken schwimmt, dort auch keinen Stich macht, aber immerhin noch einen sozialgerichtlichen Rettungsanker hat, nämlich das dann weiterhin gültige Gleichbehandlungsgebot bei den Honoraren. Vielleicht bietet eine gesicherte Repräsentanz bei Verbleib in den Facharztstrukturen noch die größten Chancen auf Erhalt von wichtigen Sicherheiten für unseren Versorgungsauftrag.

Ich gestehe gerne zu, dass die Aussicht auf möglichst weitgehende Autonomie auf den ersten Blick sehr attraktiv erscheint, und sich dagegen die Vorstellung auf weiterhin frustrierendes Mitschwimmen in den KVen nicht gerade verlockend ausmacht. Trotzdem sollte man sich zu einer realistischen

Einschätzung der Kräfteverhältnisse verstehen und die eigene Macht klugerweise nicht überschätzen, auch wenn man sich aus verständlichen Gründen deutlich mehr davon wünscht. Schließlich könnten sich, wenn sich eine gesicherte Repräsentanz in allen Gremien innerhalb der Fachärzteschaft politisch durchsetzen lässt, auch unsektioniert unsere Interessen besser als bisher durchsetzen lassen. Es ist uns nicht damit gedient, wenn wir zwar enthusiastisch weitreichende Strukturänderungen anstreben oder befördern würden, aber hinterher unseren Kollegen erklären müssten, warum es uns schlechter geht als zuvor. Sie sehen – ich glaube nicht, dass wir uns mit einer eigenen Psychotherapeuten-KV einen Gefallen tun, denn wir sind leider, leider nicht so stark, dass wir auf den rechtlichen Schutz der BSG-Rechtsprechung verzichten könnten.

BIRGIT CLEVER

## Zerrissen oder erdrückt werden – Wie könnte eine Alternative aussehen?

### Anmerkungen zu den Aussichten der Psychotherapie bei der angestrebten Strukturreform



Die ins Haus stehende Gesundheitsstrukturreform kann im Handumdrehen die Lage der Psychotherapie grundlegend ändern. Mit der zu erwartenden Aufteilung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil der Kassenärztlichen Versorgungs-



strukturen kommt die schwierige Frage auf die Psychotherapeuten zu: Und was passiert mit uns?

Bereits am Vorabend der Gesundheitsreform fühlen sich einige Funktionäre psychologischer Psychotherapeutenverbände beflügelt, eine eigene Sektion mit Verhandlungsmandat mit den Krankenkassen anzustreben, erst recht, nachdem die KBV und die Ländervertretung der Kassenärztlichen Vereinigungen wenig Neigung zeigen, die Psychotherapeuten in die eigenen Strukturkommissionen einzubinden, in denen künftige Organisationsstrukturen geplant werden sollen.

Doch was heißt Sektion?

Damit würde die Psychotherapie, die bereits jetzt unter den Gräben leidet, die sich unter der 90 %-Grenzziehung des Bundessozialgerichts aufgetan hatten, in jedem Fall – je nach Modell an dieser oder jener Stelle auseinander gerissen: entweder fein säuberlich entlang der Berufsgruppengrenzen oder zwischen den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten – einschließlich oder ausschließlich der Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin – und den anderen psychotherapeutisch tätigen Ärzten.

Mögen diese Aussichten dem einen oder anderen reinen Psychologenverband auch Positions-Vorteile versprechen, so geriete eine derartige Entwicklung keineswegs nur für die noch einmal aufgeteilte Berufsgruppe der ärztlichen Psychotherapeuten zum Nachteil. Denn wer glaubte, dass die Krankenkassen das sektionierte Psychotherapie-Budget bereitwilliger auffüllen würden als dies derzeit von Seiten der KVen geschieht, wurde spätestens anhand des vorliegenden Kassen-EBM und dessen Bepunktung der Einzeltherapie-Sitzung mit 1050 Punkten eines besseren belehrt. Weiterhin ist damit zu rechnen, dass mit getrennten Sektionen der Einkommensvergleich zu anderen Arztgruppen – eine wichtige Grundlage der BSG-Rechtsprechung zum 10 Pf-Punktwert – rechtlich zunehmend an Bedeutung verlieren dürfte.

Vor allem aber ist zu bedenken, dass mit dem eigenen Verhandlungsmandat gegenüber den Krankenkassen die Psychotherapie endgültig im Rahmen von Honorarverhandlungen spalt- und erpressbar würde im Verhandlungspoker um die Honorare in Kombination mit weiter gehenden Kontroll-Maßnahmen der Praxistätigkeit unter dem Decknamen «Qualitätssicherung». Es dürfte dann ein Hase-und-Igel-Rennen zwischen den Fraktionen der Psychotherapeuten entstehen (Psychotherapie-Sektion contra bei den Fachärzten verbleibenden ärztlichen Psycho-

therapeuten), bei der die Krankenkasse die eine Seite mit der anderen Seite unter Druck setzen könnte.

Zu rechnen wäre dann mit einem raschen Umbau der bestehenden Psychotherapie-Richtlinien. Das unabgestimmte Verhandeln vom DPTV in Sachen selbstgestrickter externer «Qualitätskontrolle» und das jüngste Vorpreschen von DPTV und Vereinigung – bisher nur Präzedenzfälle – dürfte dann zum Tagesgeschäft werden bei Versuchen, mit den Kassen spezielle Bedingungen auszuhandeln. Dann muss auch damit gerechnet werden, dass bisher gehaltene Positionen im Tausch gegen berufspolitische Prestigeobjekte – wie z. B. die nicht richtliniengebundene Gruppenziffer und DMP-Beteiligung – verhökert werden. Als erstes bietet sich dabei an, das Gutachterverfahren zur Disposition zu stellen und die bisherigen Kontingente abzulösen durch im Rahmen von «QS»-Kontrollen auf- und abbaubaren Bewilligungsschritte. Hier gibt es auch – nachdem die bvvp-Initiative zur Ausweitung der VT-Bewilligungskontingente im Bundesausschuss Richtlinien abgewiesen wurde – sich diversifizierende Interessenlagen: naturgemäß sind Verhaltenstherapeuten mit den kürzeren Bewilligungsintervallen eher an Veränderungen interessiert als die tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Psychotherapeuten oder die Analytiker.

Besonders eng dürfte es im Falle der Sektionierung für die analytische Psychotherapie werden, deren Anwender zwischen Psychotherapeutensektion und Facharztsektion aufgeteilt wären. Die hohe Behandlungsfrequenz und die größeren Kontingente könnten rasch zum Spielball anderweitiger Interessen werden – auch zum Schaden der anderen Verfahren. Schließlich repräsentiert v.a. die Psychoanalyse bisher den Widerstand gegen Tendenzen, die Wirksamkeit der Psychotherapie am raschen Erfolg zu messen womit vielen schweren Kranken adäquate Behandlungsmöglichkeiten vorerhalten würden. Dabei fällt einem wieder die Initiative der Vereinigung Richtung Krankenkassen ein, die Höchstdauer der analytisch orientierten Psychotherapien auf 80 bzw. 240 Stunden zu begrenzen, die sie unmittelbar nach endgültiger Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes starteten. Damals noch notwendige Rücksichten auf Bundesgenossen in der AGR (Arbeitsgemeinschaft der Richtlinienverbände), die zur Rücknahme dieser Aktion geführt hatten, dürften inzwischen entfallen. Klar ist, dass derartige und viel weiter reichende Vorstöße auf großes Interesse seitens der Kran-

kenkassen treffen, die sicher lieber heute als morgen die Zeiträume für die psychotherapeutischen Behandlungen enger fassen möchten.

Schaut man nun auf die andere Möglichkeit, auf den Verbleib in der Runde der Fachärzte, so scheinen die Zukunftsaussichten bei oberflächlicher Betrachtung nicht besser zu stehen. Denn nähme man das derzeitige Verhalten der KVen und KBV in Sachen Strukturreform zum Indikator, verhieß das nichts Gutes. Die Psychotherapeuten würden fürs Erste nicht einmal als Gesprächspartner berücksichtigt. Nach dem derzeit erkennbaren Willen eines großen Teils der Fachärzteschaft würden die Psychotherapeuten zur Minderheitsgruppe ohne nennenswerte Chancen, ihre z. T. differierenden Interessen in irgend einer Art durchsetzen zu können. Innerhalb der bisherigen Hausarzt-Facharzt-Dualität konnten die Psychotherapeuten noch gelegentlich den Einfluss einer kleinen Partei ausüben, ohne diese Dualität könnte sie nach den bisher sich abzeichnenden Tendenzen in der Fachärzteschaft leicht zum funktionslosen Appendix werden.

Hieß das also, dass zwar in der Facharztsektion eine bessere Integration und Kontinuität der psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen vorerst erhalten bliebe, aber eine spezifische psychotherapeutische Interessenvertretung nicht möglich wäre? Blicke demnach nur die Wahl zwischen Zerrissenwerden durch die Sektion oder Erdrücktwerden in der Facharzt-Riege?

Hier ist das letzte Wort dazu noch nicht gesprochen. Schließlich hat bei den anstehenden Weichenstellungen keineswegs allein die (Fach-)Ärzteschaft das Sagen, entscheidende Marschrichtungen werden vielmehr durch die Politik vorgegeben. Immerhin hatten die Gesundheitspolitiker für die Belange der Psychotherapeuten bisher ein – begrenzt – offenes Ohr gehabt.

An diesem Punkt gilt es anzusetzen. Der Ausbau der Integration bei Verbleib in der Facharzttriege könnte ein lohnender dritter Weg zwischen beiden Übeln sein, unter der Bedingung, dass die gesetzliche Festschreibung einer adäquaten Repräsentanz der Psychotherapeuten in sämtlichen Gremien durchgesetzt werden kann: adäquate Beteiligung auch im Bewertungsausschuss und bei Honorarverhandlungen, in Vorständen, Struktur-Satzungs-, Bedarfsplanungsgremien etc.

Auch wenn diese Perspektive von einigen reinen Psychologenverbänden nicht unterstützt werden sollte, kann man dennoch auf ein bisschen Nachdenklichkeit in

deren Reihen hoffen. Und außer dem bvvp, der die Integration der Berufsgruppen und der Psychotherapeuten aller Richtlinienvorgängen programmatisch vertritt, ist in jedem Fall noch mit Unterstützung bei Verbänden des Ärzteforums zu rechnen und auch bei Vertretern von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Darüber hinaus spricht die mit dem Psychotherapeutengesetz geschaffene momentane Gesetzeslage, die ja die Integration erst zum Prinzip erhoben hatte, dafür, dieses junge Kind nicht gleich wieder mit dem Bade auszuschütten. Es könnte sich auch politisch lohnen, diesem Ansatz, der allein die Kontinuität der psychotherapeutischen Versorgung sichern kann, dadurch eine weitere Chance zu eröffnen, dass eine adäquate Repräsentanz der Psychotherapeuten per Gesetz sichergestellt wird. Immerhin muss man bei aller Kritik an der Integrationsbereitschaft in die kassenärztlichen Strukturen der Ärzteschaft auch in Rechnung stellen, dass die Startbedingungen zur Integration angesichts anhaltender Budgetzwänge und -kämpfe sowie aktueller Honorar-Umverteilungsverpflichtungen durch die Rechtsprechung unter Budgetbedingungen «psychologisch» nicht sonderlich günstig waren. Man kann sogar damit rechnen, sich spätestens wenn der Punktwert von 10 Pf bzw. 5,11 ct von dem Gros der Ärzteschaft als unvermeidbar abgehakt worden ist, die Zusammenarbeit in Sachen Integration erheblich unbelasteter gestalten wird.

Alles in allem dürfte es sich lohnen, in diese Richtung die eigenen Kräfte einzusetzen, zumal es unsere gewachsene Überzeugung ist, dass nur die Solidarität der Berufsgruppen und die Zusammenarbeit der Verfahrensrichtungen das Fachgebiet Psychotherapie und die psychotherapeutische Versorgung weiterentwickeln und vor gravierenden Fehlentwicklungen schützen kann.

NORBERT BOWE

## Zur jüngsten Rechtsprechung in Sachen Honorargerechtigkeit

Am 6.11.02 hat das Bundessozialgericht eine Grundsatzentscheidung zur Honorierung der psychotherapeutischen Leistungen im Jahr 1999 gefällt: damit wurden die in Artikel 11

des Psychotherapeutengesetzes getroffenen Übergangsregelungen als rechtsgültig beurteilt. Nach unserer Kenntnis hatte es sich bei dem Verfahren nicht um einen Musterprozess eines größeren Verbandes gehandelt.

Von vornherein war klar gewesen, dass für das Jahr 1999 andere Rechtsmaßstäbe anzulegen waren, da das Budget in diesem Zeitraum nicht durch die Honorarverteilung der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmt, sondern durch Gesetzesbestimmungen auch in seiner Höchstgrenze festgelegt worden war. Unter Beachtung der Gewaltenteilung muss die Rechtsprechung der Legislative einen ungleich höheren Gestaltungsspielraum zugestehen als einer Körperschaft öffentlichen Rechts, wie es die KVn sind.

Auch aufgrund der begrenzten Gültigkeitsdauer von einem Jahr konnte dieser Gesetzesregelung ein Sonderstatus als Erprobungsregelung eingeräumt werden. Mit diesem höchstrichterlichen Spruch ist zumindest so viel klar, dass keine Aussichten mehr bestehen, für das Jahr 99 einen Mindestpunktwert von 10 Pf bzw. 5,11 ct ausbezahlt zu bekommen. Ob damit schon ein Großteil der vielen Musterklagen des bvvp hinfällig geworden sind, kann abschließend erst anhand der schriftlichen Urteilsbegründung beurteilt werden, die zum Redaktionsschluss noch nicht vorlag. In jedem Fall muss in jeder KV gesondert überprüft werden, ob dort wenigstens die Bestimmungen des Artikel 11 des Psychotherapeutengesetzes korrekt umgesetzt wurden. Fragen ergeben sich vor allem hinsichtlich der Berücksichtigung oder Nichtberücksichtigung der Nachzahlungen im Jahr 1996 bei der Berechnung des Budgetanteiles '99 der damaligen Richtlinienpsychotherapeuten. Erst nach dieser Klärung stehen Entscheidungen über Fortsetzen oder Fallenlassen der Musterklagen an.

Erfreulicheres gibt es für die Honorar aussichten ab dem 1.1.2000 zu berichten: Nach Dortmund und Reutlingen (s. bvvp-Magazin 1/03) hat ein weiteres Sozialgericht für Recht befunden, dass ab dem Jahr 2000 wieder ein Punktwert von 5,11 ct bzw. 10 Pf für genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen zu zahlen ist. Die gute Nachricht kommt aus Kiel – sie lässt auf bessere Zeiten hoffen. Gerade vor den möglichen Veränderungen einer kommenden Gesundheitsstrukturreform kommt dieser Bestätigung der BSG-Grundsätze eine wichtige wegweisende Funktion zu. Erfreulicherweise ist schon im April 2003 mit der Verhandlung einer Klage vor dem LSG zu rechnen.

NORBERT BOWE

## Entwicklung der Kammern für PP/KJP



Die AG der Länderkammern hat beschlossen, am 17. und 18.5.2003 eine «Bundespsychotherapeutenkammer» zu gründen. Die Bezeichnung «Bundeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten», wie vom bvvp gefordert, ließ sich nicht durchsetzen.

Die Länderkammern entsenden in die Delegiertenversammlung der Bundeskammer entsprechend einem Schlüssel ihre Delegierten. Diese wählen dann den Präsidenten sowie den restlichen Vorstand. Zwischen dem Vorstand und der Kammerversammlung – die übrigens «Deutscher Psychotherapeutentag» heißen soll – wird ein so genannter Länderrat etabliert, dem alle Länderkammerpräsidenten bzw. deren Stellvertreter angehören sollen. 2 KJP sollen in dieses Gremium mit beratender Stimme dazugewählt werden.

In der Delegiertenversammlung wird der bvvp wie auch die anderen gemischten Verbände wohl nur eine Minderheit bilden und somit schlechte Chancen haben, in den Führungsgremien vertreten zu sein. Deshalb werden wir versuchen, in Absprache mit anderen Verbänden dafür Sorge zu tragen, dass wir dennoch in diesen Gremien repräsentiert sein werden. Die Chancen bezüglich der Absprachen mit anderen Verbänden stehen nicht schlecht, da die bisherige Zusammenarbeit in einzelnen Kammern bei vielen Beteiligten die Einsicht entstehen ließ, dass die Arbeit in den Kammern nur dann sinnvoll wird, wenn sie Verbände übergreifend getragen wird. Die Zusammenarbeit in Baden-Württemberg kann dafür als Beispiel dienen, wobei nicht verschwiegen werden soll, dass es in anderen Kammern diesbezüglich auch weniger positive Erfahrungen gibt.

So wird die Arbeit in den Länderkammern und auch in der AG Bundespsychotherapeutenkammer teilweise dadurch erschwert, dass eine Konfrontationslinie zwischen den reinen PP-Verbänden und den gemischten Verbänden sichtbar wird.

Das war insbesondere beim Umgang mit den Entwürfen zum neuen EBM zu beobachten. Dabei zeigten sich unterschiedliche Einschätzungen, ob mit der Zustimmung oder Nichtzustimmung zum EBM-Entwurf der KBV die Interessen der Psychotherapeuten besser gewahrt werden könnten. Vor allem in der Einschätzung der Bedeutung der nicht richtliniengebundenen Gruppensziffer divergierten die Meinungen erheblich. Diese Auseinandersetzung zwischen einzelnen Verbänden wurde dann von Vertretern zweier Psychotherapeutenverbände gezielt in die Kammern transportiert.

Dabei wird nicht bestritten, dass durchaus unterschiedliche Meinungen hinsichtlich der Aufgaben der Kammern möglich und zu diskutieren sind, z. B. unterschiedliche Einschätzungen darüber, was dem Themenbereich Berufsrecht – einer in der Tat genuinen Kammeraufgabe – und was dem Themenbereich Sozialrecht, für den die Kammern nicht primär zuständig sind, zuzurechnen sei.

In dieser Frage müssen die neuen PP/KJP Kammern noch einen möglichst gemeinsamen Standpunkt finden, was in Anbetracht der neuen Strukturen, die sich durch die Kammergründungen bilden, sicher nicht als selbstverständlich und schon vorhanden vorausgesetzt werden kann.

Ebenfalls strittig, sowohl den Inhalt als auch die Frage der Zuständigkeit der Kammern betreffend, zeigten sich die Forderung nach einer Sektionierung der KVen oder gar einer Etablierung einer eigenen Psychotherapeuten-KV, die Forderung nach der Abschaffung des Gutachterverfahrens und einer möglicherweise neu zu definierenden Rolle des wissenschaftlichen Beirats.

Eine Bundeskammer der PP und KJP hat grundsätzlich die Chance, die Interessen der Psychotherapie durch die Bündelung der Kräfte aller in den Kammern zusammengeschlossenen KollegInnen nachhaltig in die gesellschaftspolitische Diskussion einzubringen. Darauf zu achten ist jedoch, dass die Kammern nicht zum Forum der Selbstdarstellungen einzelner Verbände verkommen und zur Durchsetzung verbandspolitischer Interessen instrumentalisiert werden.

Von besonderer Bedeutung für den bvvp als integrativem gemischtem Berufsverband ist dabei aber, dass in der Folge der Etablierung der neuen PP/KJP Kammern die Psycho-

therapie nicht weiter in eine ärztliche und eine psychologische aufgeteilt wird, auch wenn manche KollegInnen sich davon kurzfristige Vorteile erhoffen. Dies dürfte unserer Meinung nach den Interessen der Psychotherapie insgesamt längerfristig erheblich schaden. Von dieser Einschätzung ausgehend werden wir uns gegen alle in diese Richtung zielende Bestrebungen mit guten Argumenten zur Wehr setzen.

MARTIN KLETT

## Zum geplanten Modell-Projekt Qualitätssicherung von TK und KV Hessen



In der Delegiertenversammlung der PTK vom 20.11.02 wurde die nachfolgende Entschließung zur Qualitätssicherung im ambulanten Bereich verabschiedet. Anlass dafür war, dass es nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) vom 07.11.02 «in Kürze» einen Vertrag mit der Techniker Krankenkasse (TK) zur Planung eines Projektes «Internetgestütztes Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie» geben sollte, in dem eine Alternative zum bisherigen Gutachterverfahren in Hessen und Südbaden evaluiert werden sollte. In der bekannt gewordenen Form war dieses Projekt für die Niedergelassenen nicht akzeptabel, u. a. weil es das Erstzugangsrecht zur Psychotherapie in Frage stellte. Es sollten case management durch die Krankenkasse sowie ein Datentransfer außerhalb der KVH erfolgen, womit bisherige grundlegende Positionen der KV Hessen aufgegeben worden wären. Obwohl eine zwei-

te Version des Projektes bereits Korrekturen beinhaltete, blieben den VertreterInnen der PsychotherapeutInnen hinsichtlich der Projektskizzierung erhebliche Bedenken. Inzwischen finden Gespräche zwischen der TK, beteiligten Wissenschaftlern und VertreterInnen der PsychotherapeutInnen in Südbaden und Hessen statt, um aus dem Projekt eine vielleicht sinnvolle Studie zur Versorgungsforschung in der ambulanten Psychotherapie zu entwickeln, die den Stellenwert der PT in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern hilft. Viele Fragen der Niedergelassenen sind noch ungeklärt. Positiv festzustellen ist jedoch, dass die TK sich aufgeschlossen gegenüber den Anliegen der PsychotherapeutInnen zeigt. Welche Spielräume der Mitgestaltung durch die PsychotherapeutInnen gegeben sind und ob sich ein Projekt erarbeiten lassen wird, das von den PsychotherapeutInnen mitgetragen werden kann, wird sich in den nächsten Wochen entscheiden.

ELISABETH SCHNEIDER-REINSCH

## Entschließung der Psychotherapeutenkammer Hessen zum geplanten Modell-Projekt zur Qualitätssicherung von TK und KV Hessen

Die Psychotherapeutenkammer Hessen hat erfahren, dass ein Vertrag zwischen der KVH und der Techniker Krankenkasse (TK) abgeschlossen werden soll, wonach in einem Modellversuch auch in Hessen ein neues Qualitätssicherungskonzept in der ambulanten Psychotherapie unter Wegfall des Gutachterverfahrens erprobt werden soll.

Dabei ist geplant, durch ein externes Monitoring eine Optimierung des Behandlungsverlaufs vorzunehmen. Auf freiwilliger Grundlage sollen Versicherte der TK und Psychotherapeuten online laufende Daten aus der Psychotherapie an ein externes Institut übermitteln, das aufgrund der statistischen Auswertung dann verbindlich festlegen soll, wie viele Sitzungen zu einem erfolgreichen Abschluss der Therapie erfolgen dürfen.

Mit Verwunderung stellt die Delegiertenversammlung fest, dass die dafür zuständigen Gremien und Organe der verfassten Psychotherapeutenchaft bei der Gestaltung des vorliegenden Qualitätssicherungskonzeptes nicht beteiligt wurden – weder der Beratende Fachausschuss Psychotherapie bei der KVH noch die Psychotherapeutenkammer Hessen. Da Qualitätssicherung nach dem Hessischen Heilberufsgesetz auch in den Zuständigkeitsbereich der Heilberufskammern fällt, hält die Delegiertenversammlung eine Einbeziehung der Psychotherapeutenkammer für unverzichtbar.

Die ethische Grundlage unserer Berufsangehörigen verlangt ein verantwortungsvolles psychotherapeutisches Handeln, das immer den im Einzelfall vorliegenden Bedingungen des Individuums Rechnung tragen muss. Der Einzelfall lässt sich nicht einem standardisierten statistisch definierten Behandlungsverlauf unterordnen. Normierte Behandlungsabläufe führen daher zwingend zu Qualitätseinbußen und zu einer Risikoselektion von Patienten.

Die Qualitätssicherung ist ein hohes Ziel und gehört zu den gesetzlichen Aufgaben der Psychotherapeutenkammer. Die Selbstverwaltung ist selbstverständlich offen für sinnvolle Qualitätssicherung, dazu gehört

eine mit der Behandlung verträgliche Datendokumentation des Behandlungsergebnisses, eventuell auch über das Gutachterverfahren hinaus. Diese Form der Qualitätssicherung ist nur als interne Qualitätssicherung denkbar. Die geschützte Patienten-Psychotherapeuten-Interaktion darf dabei nicht durch Eingriffe von außen angegriffen werden. Jede Form von Datenweiterleitung an externe Stellen belastet das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Behandler und erschwert den therapeutischen Prozess. Vorstellbar wären etwa Qualitätszirkel nach Kammerrichtlinien.

Mit aller Deutlichkeit weisen wir darauf hin, dass Qualitätssicherung nicht mehr möglich ist, wenn sie mit Sanktionen wie ergebnisorientierter Vergütung gekoppelt ist. Die Delegiertenversammlung lehnt deswegen jede Form von Qualitätssicherung ab, die primär Finanzierungsprobleme in der Krankenversicherung lösen soll und nicht an einer patientenorientierten Versorgung nach bestem Wissen orientiert ist. Qualitätssicherung in der Psychotherapie ist eine komplexe Aufgabe und bedarf einer intensiven fachlichen Diskussion, der sich die Psychotherapeutenchaft seit langem engagiert stellt. Zielführend sind nur solche Maßnahmen, die zu einer Verbesserung der Behand-

lung der Psychotherapie-Patienten beitragen und den Behandlern eine differenzierte Rückmeldung ermöglichen.

Wir verstehen Psychotherapie nicht als lineares Modell, sondern als Schleifen-Modell, bei dem kontinuierlich die ursprüngliche Ausgangssituation und das ggf. sich verändernde Therapieziel überprüft werden. Erfolge der Psychotherapie sind von kurzfristigen unspezifischen Interventionseffekten in einer Psychotherapie zu unterscheiden. Wir betonen dabei, dass wir uns als Selbstverwaltung einer kritischen Diskussion des Gutachterverfahrens nicht verschließen. Allerdings wenden wir uns gegen eine Tendenz zur pauschalen Abqualifizierung dieses Verfahrens, das eine streng auf den Einzelfall bezogene, differenzierte Erfassung des diagnostischen und therapeutischen Prozesses beinhaltet und zugleich als Kompetenz erhaltenes Verfahren den international hoch angesehenen peer-reviews vergleichbar ist. Dabei kann die geringe Ablehnungsquote durchaus als Beleg für den Erfolg angesehen werden.

*Wir fordern den Vorstand der KV Hessen sowie die verantwortlichen Personen bei der TK dringend auf, vor Abschluss eines Vertrages die Psychotherapeutenkammer in Fragen der Qualitätssicherung einzubeziehen.*

## Qualitätsmanagement



Wolf Rainer Wendt  
Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen  
Eine Einführung  
2001 (3. ergänzte Auflage),  
256 Seiten  
€ 18,40 / SFr 32,00  
ISBN 3-7841-1368-0

**K**ostendruck – Effizienzsteigerung – Rationalisierung – Qualitätssicherung: Dies sind nur einige der Schlagworte, die die Veränderungen im Praxisfeld des Sozial- und Gesundheitswesens kennzeichnen. Der Ruf nach neuen Arbeitsweisen wird lauter. Als einer der Reformvorschläge steht das Konzept „Case Management“ als einzelfallbezogene Steuerung von Humandiensten zur Diskussion. Es gilt, die Zusammenarbeit aller Beteiligten, die Koordination der Leistungserbringung und das Zusammenführen der Ressourcen zu fördern.

Nach einem Blick auf die historischen und aktuellen fachpolitischen Zusammenhänge legt der Autor die Grundlagen des Case Managements dar. Dazu diskutiert er Fragen des Verhältnisses von Menschlichkeit und Management und der Möglichkeiten, Verfahren (Methoden) und Organisation enger als bisher zu verbinden. Anschließend geht es um die Anwendungen dieses Konzepts. Vorgestellt werden das Verfahrensrepertoire in seinen einzelnen Komponenten, Modelle der Ausübung und die verschiedenen Einsatzgebiete im Sozial- und Gesundheitswesen. Ein didaktisch aufbereitetes Buch, das Studierenden wie Praktikern in der Sozialen Arbeit und in Gesundheitsberufen wertvolles methodisches und organisatorisches Handlungswissen vermittelt. Die dritte Auflage ist durch ein ausführliches Vorwort zur Aktualität von Case Management erweitert.



Ursula Reck-Hog  
Qualitätsmanagement in ambulanten Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen  
Ein Handbuch für die Praxis  
2002, 98 Seiten mit Diskette  
€ 15,00 / SFr 26,30  
ISBN 3-7841-1418-0

**D**as Pflegequalitätssicherungsgesetz, das am 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, fordert neben Leistungs- und Qualitätsnachweisen auch die Einführung und Weiterentwicklung eines umfassenden einrichtungsinternen Qualitätsmanagementsystems.

Die vorliegende Veröffentlichung zielt darauf ab, ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen beim Aufbau eines internen Qualitätsmanagementsystems und bei der Vorbereitung auf externe Qualitätsprüfungen zu unterstützen.

Im Einzelnen werden Schritte auf dem Weg zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems sowie ein Qualitätsmodell vorgestellt, das eine ganzheitliche Sicht auf ambulante Dienste und Tagespflegestätten ermöglicht.

Weiterhin wird ein Verfahren zur Selbstbewertung erläutert sowie Checklisten für ambulante Pflegedienste und Tageseinrichtungen vorgestellt, die es ermöglichen, ein umfassendes Bild über Stärken und Verbesserungspotentiale der jeweiligen Einrichtung zu erhalten.

Auf dieser Grundlage können Verbesserungsmaßnahmen nachvollziehbar geplant und gezielt umgesetzt werden.

Als Anregung sind im Anhang Beispiele für Standards und Dokumente von ambulanten Pflegediensten und Tagespflegeeinrichtungen abgedruckt, die für externe Prüfungen (z.B. MDK, Zertifizierung) erforderlich sind.

## SCHWERPUNKT

# Qualitätssicherung

## Einleitendes zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes hatten Vertreter der Krankenkassen im Bundesausschuss Richtlinien die Aufnahme eines Passus zur Qualitätssicherung durchgesetzt, der die Leistungserbringerseite unter Druck setzt, für alle Psychotherapeuten verbindliche Maßnahmen zur Erfassung von Ergebnisqualität in der Psychotherapie zu definieren (Kapitel H, Nr. 2.): «Zum 01.01.2000 wird ein Verfahren zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität zwischen den Vertragspartnern der Psychotherapie-Vereinbarungen vereinbart.»

So sehr die Durchführung qualifizierter Untersuchungen zur Prozess- und Ergebnisqualität in der ambulanten Psychotherapie im Interesse aller Psychotherapeuten liegt, so wenig dürfte es dem Stand der Entwicklung auf diesem Gebiet entsprechen, derzeit schon derartige allgemeinverbindliche Standardisierungen verantwortlich einzuführen.

Die Psychotherapie, die ausschließlicher als die somatische Medizin das subjektive Leiden und die persönlichen Schicksale ihrer Patienten zum Gegenstand hat, trägt eine besondere Verpflichtung für den Schutz der Individualität und der Unversehrtheit der Privatsphäre des Patienten im eigenen Bereich wie in der übrigen Medizin. Deshalb darf es in keinem Fall so weit kommen, dass die Psychotherapie eine Vorreiterrolle zugeschanzt bekommt beim Einreißen von Dämmen hinsichtlich Personenschutz und Kontrollmechanismen über Leidenszustände von Patienten in einem Ausmaß, wie es nicht annähernd bei anderen Fachgruppen oder bei Anwendung der DMP realisiert ist. Die verordnete Eile ist auch angesichts eines verbindlichen Gutachterverfahrens vor der Therapie, einer weitgehenden Zeitbindung der Leistungen und weit verbreiteter Qualitätszirkel- und Supervisionstätigkeit sachlich kaum zu begründen.

Es besteht die Gefahr, dass unter dem Titel «QS-Maßnahmen» weitreichende Kontrollmöglichkeiten über Daten eines ganzen Fachgebiet geschaffen werden ohne Aussicht auf annähernd solide Auswertung und Interpretation, dafür aber geeignet, Rechtfertigungen für Rationierung von Psychotherapie auf dem Verwaltungsweg abzugeben.

Die Seele lässt sich bekanntlich nicht fotografieren und nicht messen. Bei soliden QS-Maßnahmen geht es viel bescheidener darum, anhand von Indikatoren, von «Sonden», etwas von der Wirksamkeit der Prozesse zu erfahren, ohne die Prozesse selbst mit den Untersuchungsmitteln zu verändern und zu behindern. Bei derartigen Kommunikations-, systemischen und Zeichenprozessen gewinnen rein quantitative Analysen nur Sinn und Aussagewert, wenn sie in ihrem Bedingungskontext gesehen und interpretiert werden können.

NORBERT BOWE

## Qualitätssicherung in der Psychotherapie



Jede berufliche Tätigkeit zeichnet sich durch das Bemühen aus, das Handeln an den bekannten oder vorgegebenen Maßstäben auszurichten und kontinuierlich zu überprüfen, ob die Ergebnisse des Handelns mit den erwarteten Standards übereinstimmen. Dies gilt für die Angehörigen der Gesundheitsberufe, also auch die PsychotherapeutInnen, ebenso wie für alle anderen Berufstätigen. Insofern ist das Konzept der Qualitätssicherung, welches seit mehr als 10 Jahren für den Gesundheitssektor in Deutschland propagiert wird, keinesfalls neu oder ungewöhnlich.

Der moderne Ansatz der Qualitätssicherung geht jedoch weiter: Er fordert zunächst, dass Qualitätsziele und Qualitätsmaßstäbe für die verschiedenen Bereiche expliziert werden, um sie einer transparenten Diskussion und Weiterentwicklung zugänglich zu machen. Zudem verlangt das Qualitätssicherungskonzept, dass auch routinemäßige Maßnahmen zur Überprüfung und Gewährleistung der Zielerreichung vorgenommen werden, um die erreichte Qualität gegenüber den Auftraggebern, d. h. den Kostenträgern und den Patienten, zu dokumentieren. Zugleich geht das Konzept von der Möglichkeit einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung aus, die sich insbesondere im Rahmen regelmäßiger kritischer Selbstreflexion – wie sie im Prozess der Qualitätsentwicklung angestrebt wird – ergibt. Neu ist auch, dass von allen Institutionen des Gesundheitswesens, einschließlich der niedergelassenen Vertragsärzte/-ärztinnen und -psychotherapeutInnen, verlangt wird, dass sie ihre Qualitätssicherungsbemühungen darlegen.

### Grundlagen der Qualitätssicherung

Da die Definition von «Qualität» in der Gesundheitsversorgung

schwierig und oft divergierend ist, wird an dieser Stelle zunächst die Definition der Internationalen Organisation für Standardisierung (ISO) zitiert, wenngleich sie etwas umständlich scheint:

«Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produkts oder einer Dienstleistung, die sich auf ihre Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen.» (ISO 9004, Teil 2, 1991)

Qualität meint damit das Verhältnis des «Ist-Wertes» zum «Soll-Wert» von Produkten oder Dienstleistungen. Qualität ist somit nicht a priori – wie es dem normalen Sprachgebrauch des Wortes implizit zu entnehmen ist – mit guter Qualität gleichzusetzen. Wichtig ist auch, dass Qualität nicht isoliert entsteht, sondern erst im Verhältnis zu einem Ziel (Soll-Wert) zu bestimmen ist. Das Bemühen, eine hohe oder gute Qualität zu erreichen, wird dann allgemein Qualitätssicherung genannt.

Vor dem Hintergrund der skizzierten kybernetischen Beschreibung des Qualitätsbegriffs ergeben sich für die Qualitätssicherung gleich mehrere Herausforderungen: Welche Eigenschaften sind die wesentlichen an einem Produkt bzw. einer Dienstleistung? Wie lassen sich dort Sollwerte definieren? Und: Wie lassen sich die Istwerte in diesen Dimensionen messen (so dass Abweichungen festgestellt werden können)? Dabei ist wichtig, dass nicht einfach jene Dimensionen zu relevanten Qualitätsdimensionen erklärt werden, die einfach zu «messen» sind. Systematisch lassen sich für die Qualitätssicherung in der Psychotherapie die folgenden Aufgaben unterscheiden:

1. Benennen von qualitätsrelevanten Dimensionen/Parametern
2. Formulierung von Therapiestandards («Soll-Werte»)
3. Beobachten/prüfen, inwieweit die beobachtbaren Abläufe und Ergebnisse («Ist-Werte») den definierten Anforderungen entsprechen
4. Aufdecken von Problemen (aufgrund von Soll-/Ist-Wert-Differenzen im Rahmen von Routineerhebungen oder von Spontanrückmeldungen)
5. «Qualitätsverbesserung»: Beseitigung von Mängeln durch entsprechende Problemanalysen und Einleitung geeigneter Gegenmaßnahmen
6. «Sichern von Qualität»: ständiges Bemühen, – möglichst von vornherein – den definierten Standards zu genügen

Das Vorgehen lässt sich in den heuristischen Rahmen eines Problemlöse- oder Handlungsmodells einordnen, um die Zusammenhänge der Teilaufgaben zu verdeutlichen. Die verschiedenen Ansätze zur Qualitätssicherung konzentrieren sich dabei jeweils auf Teilbereiche des Problemlöseprozesses.

### Exkurs: Interne versus externe Qualitätssicherung

Während die externe Qualitätssicherung den bewertenden/vergleichenden Blick des Auftraggebers, Kostenträgers und Leistungsträgers, ggf. auch des «Kunden» oder Nutzers auf die Institution bezeichnet, meint interne Qualitätssicherung, häufig auch Qualitätsmanagement (QM) genannt, die Ansätze und Bemühungen um Qualitätsverbesserungen innerhalb der Einrichtung. Dabei ist festzuhalten, dass eine externe Qualitätssicherung eigentlich «nur» eine Qualitätskontrolle darstellt und in aller Regel keine differenzierten Problemanalysen vorlegen und keine gezielten Anregungen zur Qualitätsverbesserung liefern kann. Dies ist nur bei interner QS denkbar. Der externen QS fällt die Aufgabe zu, interne QS anzuregen und zu unterstützen.

## Einige Konzepte von Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie

### Dokumentation

Die meisten TherapeutInnen werden ihre Arbeit strukturiert dokumentieren. Nicht nur, weil sie durch ihren fachlichen Anspruch und berufsethische Normen dazu verpflichtet sind, sondern auch, weil dies der eigenen Arbeit dient und sinnvolle Ansatzpunkte zur kritischen Selbstüberprüfung und zur Reflexion der Arbeit in der Supervision bietet. Es handelt sich zumeist um «freie», teilweise inhaltlich strukturierte Berichte über Ziele, Verlauf und Ergebnisse der einzelnen Therapiestunden, die sich überwiegend – mit Ausnahme bestimmter Items – als qualitative Dokumentationsinstrumente kennzeichnen lassen. Gelegentlich werden ergänzend einzelne Patienten-Fragebögen oder indikationsspezifische Symptomlisten und Schweregradinstrumente eingesetzt.

Allerdings werden niedergelassene TherapeutInnen kaum die Dokumentationsstandards von Universitätsambulanzen erfüllen, und sie werden insbesondere auch keine umfangreichen Standardfragebogenbatterien zur Evaluation benutzen. Wozu auch? Was gut für die Forschung ist, muss nicht gut sein für die Qualitätssicherung (Rudolf, Laszig & Henningsen, 1997). Da gibt es zum einen methodische Fragen, die sich aus den unterschiedlichen Aufgabenstellungen der Einrichtungen ergeben. Es geht zum anderen aber auch um das aus Sicht der PraktikerInnen häufig ungünstige Verhältnis von Aufwand und Nutzen.

### Leitlinien und evidenzbasierte Medizin

Leitlinien sind Orientierungshilfen bei bestimmten Problemstellungen oder therapeutischen Fragen im Sinne von «Handlungs- und Entscheidungskorridoren», von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Sie sollen also in der Regel befolgt werden, lassen aber im individuellen Fall bei entsprechender Begründung auch Handlungsspielraum (BÄK/KBV, 1997). Wichtig ist dabei, entsprechend internationalen Standards, dass die empfohlenen Vorgehensweisen

- auf systematischer Recherche und Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz beruhen (nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin) und
- dem Konsens entsprechen müssen, der nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen von den wichtigen Experten des Fachgebiets erzielt wurde. Letztere müssen unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (ggf. unter Berücksichtigung von Betroffenen/Klienten) entstammen.

Leitlinien, d. h. allgemeine Handlungsregeln für eine wissenschaftlich begründete, fachlich kompetente und angemessene Versorgungspraxis, sind im Kontext einer umfassenden Qualitätsentwicklung ein wesentlicher Baustein für die Gewährleistung von hoher *Prozessqualität*. Sie liefern Hinweise für die Unterscheidung von begründeten und weniger begründeten Interventionen und haben insofern eine hohe Relevanz für die Ausgestaltung eines Versorgungsgebietes.

Die Aufgabe der *Leitlinienerstellung* lässt sich als außerordentlich spannend beschreiben, bedeutet sie doch, für die Kreativität der Praktiker und die notwendige Individualität der jeweiligen Interventionen einen Rahmen vorzugeben, der nicht zu eng sein darf (um nicht Engagement und Initiative zu begrenzen), der aber andererseits auch nicht zu weit sein sollte, um nicht der Beliebigkeit anheim zu fallen.

Im Psychotherapiebereich sind auf Veranlassung der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften bereits recht viele Leitlinien entwickelt und über die AWMF-Homepage (<http://www.awmf-leitlinien.de>) zur Verfügung gestellt worden (im Überschneidungsbereich Psychiatrie/Psychotherapie derzeit 74 von insgesamt über 1.000 Leitlinien in der AWMF-Homepage). Leider sind niedergelassene PsychotherapeutInnen in den meisten Arbeitsgruppen kaum oder zumindest unzureichend vertreten gewesen, dies ist sicher bei regelmäßig notwendigen Revisionen der Leitlinien vorzusehen (vgl. Vogel & Schieweck, 2000).

### *Qualitätszirkel und/oder Supervision*

Qualitätszirkel werden allgemein als Methode beschrieben, kollegial bestehende Qualitätsprobleme zu analysieren und Lösungsvorschläge zu entwickeln. Während sie sich in der industriellen Qualitätssicherung stärker mit Fragen der betrieblichen Organisationsentwicklung beschäftigen, wurden Qualitätszirkel von den Kassenärztlichen Vereinigungen vor wenigen Jahren als Methode ausgearbeitet, bei der niedergelassene Ärzte unter Anleitung eines geschulten Moderators fachliche Probleme der Arbeit beraten und Lösungen suchen (vgl. Schreyer-Schubert et al., 2000; Tausch, 2000).

Prinzipiell sind Qualitätszirkel ein sinnvoller Ansatz, um Qualitätsprobleme in der eigenen Arbeit zu analysieren und Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Dieser Ansatz ist allerdings keinesfalls neu, sondern gehört für PsychotherapeutInnen als Supervision (kollegial oder unter externer Anleitung) schon seit langem zum Standard und stellt insofern keine wirkliche Neuerung dar.

### **Probleme und Hindernisse von Qualitätssicherung**

Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien stellen wichtige Schritte zur Qualitätsentwicklung der Psychotherapie dar, sie sind jedoch bis heute nur begrenzt für den Versorgungsalltag brauchbar. Und ihre Nutzung in der ambulanten Psychotherapie scheitert gegenwärtig vor allem an der traditionellen *Schulenbindung der Psychotherapierichtlinien*: Wenn man eine hohe Qualität der psychotherapeutischen Versorgung fordert, dann ist die Therapieschulen- oder Verfahrenorientierung der Psychotherapierichtlinien ein besonderes Hindernis. Während die moderne Psychotherapieforschung längst eine Methoden übergreifende Störungsorientierung in der Psychotherapie fordert und dies beispielsweise in den meisten psychotherapeutischen Kliniken auch realisiert wird, so sind die niedergelassenen PsychotherapeutInnen weiterhin verpflichtet, sich in ihrer Praxis streng an die Vorgaben der eigenen Schule zu halten (auch wenn sie darüber hinausgehende Kompetenzen nachweisen könnten).

*Nebenwirkungen von Qualitätssicherung*, insbesondere von externer Qualitätssicherung: Bereits die jetzigen Vorgaben der Psychotherapierichtlinien und das Gutachterverfahren haben vielfältige Auswirkungen auf die Umsetzung von Psychotherapie. So wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass das Gutachterverfahren aus prinzipiell methodischen Gründen nur eine geringe Bedeutung für die Qualitätssicherung hat und haben kann (vgl. Vogel et al., 2002). Eine weitere Veränderung der Psychotherapierichtlinien oder -vereinbarungen mit stärker reglementierenden Vorgaben (Dokumentationspflicht, ggf. mit Erfolgskontrolle) dürfte den bereits heute feststellbaren Trend verstärken, dass viele PsychotherapeutInnen sich auf kurzfristig erfolgreich zu behandelnde PatientInnen konzentrieren werden und chronifizierte PatientInnen

sowie solche mit Mehrfachdiagnosen oder Persönlichkeitsstörungen unversorgt bleiben.

### **Resümee**

Qualitätssicherung ist für alle Bereiche der Gesundheitsversorgung eine notwendige Herausforderung für die Zukunft. Gerade im Bereich der Krankenhausversorgung wird sie in den nächsten Jahren wichtig sein, um die zu erwartenden Qualitätseinbußen im Zusammenhang mit der fallpauschalierten Finanzierung (Stichwort DRG) zu begrenzen. Prinzipiell ist Qualitätssicherung auch in anderen Bereichen der Versorgung und speziell im Bereich der Psychotherapie zweckmäßig. Nur müssen hier die Besonderheiten der psychotherapeutischen Arbeit berücksichtigt werden.

Angemessene Qualitätssicherung wird in erster Linie als interne Qualitätssicherung erfolgen (Fortbildung, Supervision, Dokumentation). Hierfür sind seitens der zuständigen Einrichtungen (Kammern, KVen) entsprechende Vorgaben zu entwickeln. Externe Qualitätssicherung könnte dazu wichtige Anregungen geben. Um dafür die notwendigen Grundlagen zu erarbeiten, sind Modellvorhaben dringend erforderlich.

Unter dem Blickwinkel der gewünschten hohen Qualität der psychotherapeutischen Versorgung sind beträchtliche weitere Anstrengungen erforderlich:

- Der Anspruch von Qualität in der Psychotherapie ist nicht nur ein Auftrag an die TherapeutInnen, sondern auch eine Herausforderung für die Leistungs-/Kostenträger. Es geht zunächst darum, akzeptable Rahmenbedingungen für qualifizierte therapeutische Arbeit zu gewährleisten.
  - Förderung der Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen in der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung
  - Entwicklung praxistauglicher Definitionen von Behandlungsstandards und -anforderungen
  - Verständigung über praktikable Dokumentationsstandards für die ambulante Praxis
  - Stärkere Ausrichtung bestehender Leitlinien an der Versorgungspraxis im ambulanten System und gleichzeitige Orientierung der Psychotherapierichtlinien an den bestehenden Leitlinien
- Qualität in der Psychotherapie zu fördern ist eine wichtige Herausforderung. Qualität der Psychotherapie ist jedoch ein «zerbrechliches Gut». Psychotherapie impliziert einen komplexen Prozess der Beziehungsaufnahme und -entwicklung. Durch zu viel bzw. unangemessene Formen der Kontrolle besteht die Gefahr, dass Widerstand oder Abwehr gefördert werden, was letztlich die Qualität gefährdet (Vogel & Laireiter, 1998).

Literatur beim Verfasser

DR. PHIL. HEINER VOGEL

**Neu:**

[www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de)

**alle älteren Hefte  
zum Download**

## Argumente gegen die flächendeckende Einführung von quantifizierenden Ergebnisqualitätsmessungen

So wichtig für die Psychotherapie QS-Maßnahmen sind ...

Aus der hohen Individualität von Krankheitsvorgängen und Behandlungsabläufen in der Psychotherapie lassen sich verständlicherweise Forderungen und Notwendigkeiten nach Qualität sichernden Maßnahmen ableiten. Denn die Variabilität der Krankheitszustände und -abläufe birgt Gefahren von Beliebigkeit und Unkontrollierbarkeit bei Indikationsstellung und therapeutischen Vorgehensweisen, denen zu begegnen auch im Interesse der Psychotherapeuten und einer bedarfsgerechten Versorgung liegt. Diesem Umstand wurde bisher im Rahmen der vertragspsychotherapeutischen Versorgungsstrukturen durch das Gutachterverfahren und die weit verbreiteten Supervisions- und Interventionsgruppen Rechnung getragen.

In der somatischen Medizin übernimmt das objektive Untersuchungsergebnis zum Teil die Rolle der nachkontrollierbaren Bestätigung der ärztlichen Einschätzungen und Handlungen. Aber auch dort kann nie die Lücke zwischen dem subjektiv erlebten Leiden der Patienten und dem objektiven Befund ganz geschlossen werden. In der Psychotherapie nun gibt es derartige objektivierbare Messergebnisse grundsätzlich nicht. Es sind immer Felduntersuchungen erforderlich, die in keiner Weise die Validität und Reliabilität körperlicher Untersuchungsergebnisse erzielen können.

**... so wenig geeignet erscheinen dafür flächendeckend durchgeführte quantifizierende Ergebnisqualitätsmessungen**

*Allgemeine Gesichtspunkte*

Gerade der hohe Grad an individueller Varianz in den diagnostischen Zuordnungen und Behandlungsabläufen erschwert aber auch objektivierend-vergleichende quantifizierende Untersuchungen im Sinne höherer Grade der Evidenzbasierung. Psychotherapie eignet sich am wenigsten für rasche Standardisierungen der Behandlungstätigkeit und ihrer Ergebniserfassung. Quantifizierende Ergebnismessungen, die generalisierend über alle Praxen einer großen Region erhoben werden, müssen zu unbrauchbaren Ergebnissen führen, wenn keine Differenzierung hinsichtlich des Praxis-Versorgungs-Spektrums, der Zugangsselektion, der angewandten Methoden erfolgen kann. Wenn daraus dennoch versorgungspolitische Entscheidungen abgeleitet werden sollten, müssten schwerwiegende negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Faches und die Versorgungsstrukturen erwartet werden.

Schon bei der DMP-Diskussion zeigte sich, dass auf hinreichender Evidenzbasierung fußende Leitlinien um so schwieriger zu konzipieren sind, je ausgeprägter psychische und psychosoziale Faktoren im Krankheitsbild eine Rolle spielen, d. h. je mehr individuelle Krankheitsfaktoren zu berücksichtigen sind. Die Psychotherapie ist derzeit einem enormen Druck zur Standardisierung in Form von Leitlinien, Dokumentationen und Ergebniskontrollen ausgesetzt. An dem Versuch, Vorgänge in Psychotherapien zu normieren, sind nicht nur

ein Teil der Psychotherapeuten interessiert, sondern vor allem auch Krankenkassen. Angesichts der Einsparzwänge kann als deren führendes Motiv vermutet werden, weniger lohnend oder zu aufwändig erscheinende Behandlungsmethoden, «ineffektiver» arbeitende Behandler und scheinbar schlechter auf Behandlungen ansprechende Patientengruppen herauszufiltern.

In dieser Situation ist umso kritischer zu überprüfen, ob überhaupt die Voraussetzungen für derart weitreichende Maßnahmen gegeben sind, die – wenn sie allgemein verbindlich werden – die weitere Entwicklung der Psychotherapie bestimmen.

*Fachlich fundierte QS-Maßnahmen setzen befriedigende Antworten auf Problemstellungen voraus*

*Die Schwierigkeit der diagnostischen Zuordnung*

Die Variabilität diagnostischer Zuordnung lässt sich prinzipiell nur dann befriedigend eingrenzen, wenn wir es mit klar definierbaren Krankheiten zu tun haben, das heißt: mit bestimmbar Ursachen, krankheitstypischer (Psycho-)pathologie, eingrenzbaren relevanten Einflussfaktoren, regelhaften Krankheitsverläufen und objektivierbaren Symptomen und Befunden. Diese Grundvoraussetzungen liegen für die symptom- und syndrombezogenen Krankheitsbilder z. B. des ICD-10 im Bereich der Psychischen Krankheitsbilder (F-Gruppe) nicht annähernd vor. Psychische Symptome haben dabei grundsätzlich nicht den objektivierbaren und reproduzierbaren Charakter körperlicher Befunde. Sie sind häufig Verhaltensbeobachtungen, die je nach dynamischem oder lerntheoretischem Ansatz unterschiedlichste Zuordnungen erlauben oder gar erfordern. Darüber hinaus erlaubt die ICD-10-Systematik nicht die mehrdimensional verknüpfte diagnostische Zuordnung des psychoanalytischen Störungsverständnisses (das Zusammenwirken der Symptomebene, der Konfliktgenese, der Abwehr und Persönlichkeitsstruktur). Auch kann im ICD-10 – im Gegensatz zum DSM IV – nicht die Verknüpfung von Symptom-, Persönlichkeits- und sozialer Ebene dargestellt werden. Derartig differenzierende diagnostische Verknüpfungen müssen aber berücksichtigt werden können, um zu praxisrelevanten und fachlich fundierten Aussagen zu kommen. Eine dementsprechend differenzierende Erfassung bei flächendeckenden Routineerhebungen erforderte einen viel zu hohen und daher kaum zu realisierenden Auswertungsaufwand.

Die derzeit üblichen Patienten-Zufriedenheits- und Symptomveränderungsfragebögen sowie Skalen zur Beurteilung der Schwere der Erkrankung können dieses Manko nicht ersetzen. Sie können – allen Hoffnungen mancher Gesundheitstechnokraten zum Trotz – für sich genommen auch nicht Behandlungsnotwendigkeiten begründen oder sogar Behandlungs-Effektivität so weit «abbilden», dass daran Effektivität von Verfahren oder Behandlern verglichen werden könnte.

Man käme auch in keinem anderen medizinischen Fach auf die Idee, Behandlungsnotwendigkeiten verallgemeinernd an derartigen Skalen gegeneinander abzuwägen: Hartnäckige Ischiasbeschwerden können z. B. auf eine harmlosere mechanische Wurzelreizung oder auf einen schweren Bandscheibenvorfall oder gar auf einen Tumor im Bereich der Lendenwirbelsäule zurückzuführen sein. Behandlungsmethode und -länge richten sich dabei nicht nach einer Beschwerdeskala (da könnte leicht die mechanische Wurzelreizung dem Tumor zunächst den Rang ablaufen), sondern nach der diagnostischen Zuordnung anhand von Beschwerdebild des Patienten *und* objektivierbaren Befunden.

Auch Zuordnungen zu «leichteren» Erkrankung auf den allgemeinen Schweregrad-Skalen geben keinen Aufschluss darüber, ob eine



Therapie notwendiger oder effektiver ist als die andere. Es gibt zahlreiche neurotische Störungen mit geringerer Ausprägung von Symptomen oder Schweregraden, für die Psychotherapie dennoch die einzig in Frage kommende kausale Behandlung darstellt und die differenzierte zeitaufwändige und anspruchsvolle Behandlungstechniken erfordern. Pauschalisierende Vergleiche wären da ebenso schief, als wenn jemand versuchen wollte, eine differenzierte handchirurgische Operation von 6–8 Stunden aufzurechnen gegen eine lebensrettende Bauchoperation bei durchbrechendem Blindarm von 2 Stunden.

*Erfahrungen mit Modellversuchen lassen sich nicht unbesehen auf flächendeckende Routineerhebungen übertragen*

Versuchsleitereffekte und Selektionsvorgänge schränken die Übertragbarkeit von Ergebnissen aus Modell-Erhebungen auf flächendeckende Routineerhebungen zur Ergebnisqualität mit quantifizierenden Methoden ein und erlauben keine sicheren Rückschlüsse auf deren Nützlichkeit. Zur Teilnahme an freiwilligen Modell-Erhebungen werden sich nur Psychotherapeuten bereit finden, die mit dem angebotenen Konzept hinreichend innerlich übereinstimmen können (Therapeutenselektion), diese Voraussetzung fehlt bei zwingend vorgeschriebenen Erhebungen. Die Teilnahme an einem «besonderen» Modellvorhaben, die damit verbundene narzisstische Gratifikation werden Therapeut und Patient motivieren, sowohl hinsichtlich der Qualität der Datenerhebung als auch was das Ergebnis betrifft, besonders «gut» zu sein. Bei Pflichterhebungen fällt der besondere Motivationsfaktor weg. Es ist generell mehr Abwehr bei Therapeuten und Patienten zu erwarten, unter anderem mit der Folge einer Verschlechterung der Datenqualität. Darüber hinaus muss mit Selektionsvorgängen hinsichtlich «risikoreicher» Patienten gerechnet werden.

*Der Einfluss auf das therapeutische Milieu*

Eine routinemäßig durchzuführende Patientenbefragung kann als vorgegebene «Therapieanordnung» therapeutische Ziele beeinträchtigen, z. B. das Ziel der autonomen Selbstregulation. Wenn Patienten bemerken, dass sie – auch für den Psychotherapeuten – einen abzufragenden Erfolg präsentieren sollen, stellen die «nachzuweisenden guten Ergebnisse» eine Patienten und Therapeuten aneinander bindende Konstellation dar, die die Bearbeitung aktueller Konflikte und die Erarbeitung autonomer Schritte beeinträchtigt. Die Gefahr liegt auf der Hand, dass gute (Mess-)Effekte statt guter Behandlungsergebnisse produziert und die Bearbeitung tieferer Störungsbedingungen erschwert werden. Das gilt insbesondere, wenn die Routineerhebung einen Einfluss auf Bewilligungsschritte von Therapieabschnitten hat und damit Therapeut und Patient tendenziell in eine Koalition Zweck gerichteter «Datenpräsentation» gebracht würden. Die Folge wäre nicht nur eine Ergebnisverfälschung, sondern – gravierender noch – die Korruption des therapeutischen Milieus.

Damit Behandlungsmöglichkeiten nicht von vornherein eingeschränkt werden, muss für die Patienten die Freiwilligkeit der Teilnahme gewahrt bleiben. Denn manche Patienten haben ein hohes Misstrauen gegenüber Fragebögen, fühlen sich selbst «beurteilt». Entsprechend den DMP-Programmen muss auch bei psychisch erkrankten Patienten mit bekanntlich hohen Scham- und Vertrauensbarrieren die Freiwilligkeit der Teilnahme unbestrittener Standard sein, damit nicht ein Teil der Patienten von einer notwendigen Behandlung abgeschreckt, ein weiterer Teil zur vorzeitigen Therapie-Beendigung veranlasst, bei einem weiteren Teil die therapeutische Arbeit beeinträchtigt wird.

*Unterschiede hinsichtlich der Versorgungssegmente von Praxen*

Bisher besteht in der Medizin grundsätzlich ein Konsens darüber, dass die Behandlungsnotwendigkeit von Krankheiten und Leidenszuständen nicht allein von der Prognose und der Besserung abhängig gemacht werden darf. Sowohl Linderung von Leiden als auch Verhütung von Verschlechterung gehören zu den ethisch notwendigen Behandlungskriterien. Zumindest ein körperlich Kranker darf darauf hoffen, dass er auch bei fraglicher Prognose noch behandelt wird, selbst wenn nur geringe Aussicht auf Verbesserung eines gravierenden Leidenszustandes besteht. Diese Grundsätze haben auch in der Psychotherapie zu gelten. Ob sich daher z. B. ein erfahrener bzw. engagierter Psychotherapeut die Behandlung besonders schwer psychisch Erkrankter mit schwierigerer Prognose zutraut und auch durch entsprechende Zuweisungen darin einen – nicht unbedingt deklarationsfähigen – Schwerpunkt seiner Praxistätigkeit bildet, lässt sich nicht allein mit der Verteilung der Diagnosen erfassen. Wie restriktiv ein Therapeut nach den probatorischen Sitzungen seinen prognostisch begründeten cut-off-point setzt, hängt eben nicht eindimensional mit mangelhafter Fähigkeit zu prognostischer Einschätzung zusammen, sondern in hohem Maße auch mit ethischen Erwägungen.

Auch lässt sich ein Praxisspektrum mit quantifizierenden Methoden nicht genügend sicher beurteilen, da z. B. Schweregradeinstufungen durch Therapeuten wesentlich von deren Erfahrungshintergrund geprägt sind (langjährige Psychiatrie-Erfahrung führt z. B. zu Vergleichen mit psychotisch Erkrankten, was andere Schweregradeinschätzungen fördert). Solange derartige Selektionsfaktoren und Einstufungsunterschiede methodologisch nicht hinreichend zu erfassen und zu gewichten sind, besteht die Gefahr, dass vergleichende Routineuntersuchungen zur Ergebnisqualität Fehlinterpretationen fördern und eine demotivierende und versorgungseinschränkende Wirkung entfalten.

*Auch Schichtzugehörigkeit und Zusammensetzung des Praxisumfeldes sind zu berücksichtigen*

Ob man in einer Großstadt/einem Stadtteil mit viel Industrie, in einer Stadt mit hohem Dienstleistungs- und Beamten-Anteil, in einer Kleinstadt mit weitem Einzugsgebiet, in einer ländlichen Gegend tätig ist, hat unterschiedliche Verteilungen von Erkrankungsrisiken, Heilungschancen, Coping-Mechanismen zur Folge. Allein weite Anfahrtswege zur Praxis können Modifikationen des Behandlungssettings erforderlich machen, die sich auch auf Indikationsstellung und Prognose auswirken. Daneben stellen Sprachgewohnheiten, Lebensräume in Nähe oder Distanz zu den primären Familien- und Mitweltstrukturen, unterschiedliche kulturelle Einbindungen und Erziehungsstile und Verhaltenscodices, private wirtschaftliche Verhältnisse, Art der Einbindung in die Sozialstrukturen wichtige modifizierende Einflussgrößen dar. Sie alle haben erhebliche Auswirkungen auf Behandlungsmöglichkeit, Dauer der Behandlung und Prognose. Diese Faktoren müssten bei vergleichenden Untersuchungen mitberücksichtigt und gewichtet werden.

*Verhältnismäßigkeit beim Umfang von Datenerhebungen und Sicherung vor Daten-Missbrauch*

Aufwand und Umfang der Datensammlung und -speicherung müssen im Sinne der Verhältnismäßigkeit und der Schutzbedürftigkeit in diesem sensiblen Bereich in einem ausgewogenen Verhältnis zum definierten und erreichbaren Nutzen stehen. Daher muss vor jeder Erhebung geklärt sein:

- welchen definierten Aufgabenstellungen die Datenerhebung dient
- ob die Datenerhebung geeignet ist, den definierten Zweck mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu erreichen
- ob die Mittel-Zweck-Relation gewahrt ist und
- ob die Nutzen-Risiko-Abwägung einen überwiegenden Nutzen erkennen oder zumindest möglich erscheinen lässt.

Ohne diese Vorklärung sind generelle Datenerhebungen weder fachlich noch ökonomisch noch ethisch vertretbar.

Wenn die routinemäßige Erfassung von sensiblen Patienten-Daten im Rahmen flächendeckender Erhebungen zur generellen Zugangsvoraussetzung einer störungsadäquaten Psychotherapie-Behandlung gemacht würde, wäre das Verfügungsrecht des Patienten über seine Daten in rechtlich relevanter Weise angetastet.

Für die Datenweitergabe, die Anonymisierung der Patienten- und Therapeutendaten, die Datenverwaltung und -aufbereitung sind institutionelle Strukturen erforderlich, die das Missbrauchs- und Schadensrisiko weitest gehend minimieren können (Auswertung unter wissenschaftlichen Kriterien, Schutz vor Funktionalisierungen der Daten zur Risikoselektion oder Rationierung). Für den Umgang mit Psychotherapie-Daten haben dieselben Standards zu gelten wie bei den DMP.

### Zusammenfassung

Die aufgeführten Gesichtspunkte verdeutlichen einen hohen Forschungsbedarf im Bereich der Psychotherapie. Im Sinne einer fortlaufenden Qualitätsentwicklung wären zahlreiche Untersuchungen – natürlich auch zur quantitativen Erfassung von Ergebnisqualität – wünschenswert, um wissenschaftlich fundierte Aussagen zu zahlreichen ungeklärten Sachverhalten und Zusammenhängen zu erhalten. Deren mangelnde Beforschung lässt zum gegenwärtigen Zeitpunkt die flächendeckende unspezifische Standarderhebung von Ergebnisqualität ungeeignet erscheinen. Zu der vorhersagbaren Unbrauchbarkeit der Qualität derartiger QS-Maßnahmen kommen die dabei zu gewärtigenden ungünstigen Auswirkungen auf den Therapieablauf. Daher verbietet es sich aus wissenschaftlichen, ökonomischen und ethischen Gründen, derzeit QS-Maßnahmen standardisiert flächendeckend einzuführen.

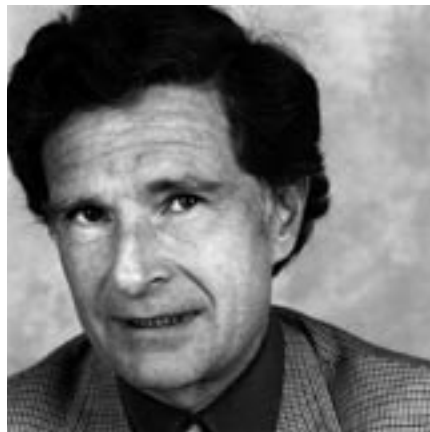
NORBERT BOWE

## Qualitätssicherung – Traum und Albtraum

*Eigentlich hatte ich mir das ursprünglich ein wenig anders gedacht. Nämlich so: Fünf Leute schreiben aus ihrer jeweils unterschiedlichen Sicht etwas unter der Überschrift «Qualitätssicherung – Traum und Albtraum». Aber Prof. Dr. Kolkmann und Dr. Ellis Huber wollten lieber reden als schreiben und wanderten in die Rubrik «Interview». Da waren es nur noch drei: Professor Dr. Deppe, renommierter Sozialmediziner und – unter vielem anderen – Mitautor des Buches «Solidarische Gesundheitspolitik», Dipl.-Psych. Peter Follert, wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Freiburg i. Br., und Dipl.-Psych. Angela Reschke, die seit 1995 bei der Verbraucher-Zentrale Hamburg in der Abteilung Gesundheitsdienstleistungen / Patientenschutz arbeitet.*

U. N.

## Marktradikale Instrumente ignorieren humane und soziale medizinische Notwendigkeiten



Noch ist eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung für die gesamte Bevölkerung ein normatives Ziel der europäischen Sozialstaaten. In unserem Sozialgesetzbuch heißt es, die medizinische Versorgung habe dem «allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse» zu entsprechen. Das wird sogar als das «medizinisch Notwendige» definiert! Hinzu kommt, dass die Versorgung «wirtschaftlich erbracht» werden muss. Geld soll nicht zum Fenster hinaus geschmissen werden. Wer könnte dagegen etwas haben?

Allerdings treten seit langem Unter-, Über- und Fehlversorgungen im deutschen Gesundheitswesen auf. Diese Defizite sind weniger Ausdruck fehlender Erkenntnisse, sondern vor allem Resultat gruppenegoistischer Interessen, organisatorischer Mängel und begrenzter finanzieller Ressourcen. Als Gegenmittel werden seit einiger Zeit Managed Care Programme (MCP) angepriesen, insbesondere Einkaufsmodelle aus der privatwirtschaftlich geprägten Krankenversorgung in den USA. Alle MCP kamen im Gewand der Qualitätsverbesserung daher. Ihr Kern konzentriert sich jedoch auf die Verbetriebswirtschaftlichung: Krankenversorgung soll sich rechnen. Anschließend hat der Wettbewerb die Spreu vom Weizen zu trennen.

Inzwischen wird deutlich, dass diese Programme nicht unbedingt – und schon gar nicht für alle – zur Qualitätsverbesserung der Krankenversorgung führen, geschweige denn die Ausgaben für Gesundheit senken. Vielmehr zeichnet sich ab, dass MCP zu einer Polarisierung der Krankenversorgung führen und die soziale Ungerechtigkeit vergrößern. Die unteren Sozialschichten und die Schwerkranken sind davon am heftigsten betroffen. Nun ist zwar das Gesundheitssystem bei uns anders gestrickt als in den USA, aber bei der Einführung von erwünschten Qualitätsverbesserungen in der Krankenversorgung ist generell darauf zu achten, dass sie nicht schamlos zur Verschleierung kommerzieller Interessen instrumentalisiert werden und sich damit ihr eigentlicher Sinn im Missbrauch erschöpft. Hier beginnt der Albtraum!

Gesundheit ist ein hohes soziales Gut mit erheblichen Risiken, deshalb muss die professionelle Qualität der Gesundheitsförderung und Krankenversorgung gesichert werden. Aber wie? Der Ermessensspielraum für therapeutische Entscheidungen ist breit. Missbrauch ist möglich. Die Instrumente der Kontrolle können sehr un-

terschiedlich sein: Selbstkontrolle und/oder Fremdkontrolle? Durch den Markt oder durch Organisation (z. B. Selbstverwaltung, MDK)? Oder während der Weiter- und Fortbildung? Zu berücksichtigen ist, dass Qualitätssicherung im OP, im Labor oder auf der Couch jeweils spezifische Methoden erfordert. Grundsätzlich hat sich Kontrolle am Gemeinwohl zu orientieren, ohne die notwendigen Bedürfnisse der Individuen mit Füßen zu treten. Marktradikale Instrumente sind dafür ungeeignet, da sie humane und soziale medizinische Notwendigkeiten ignorieren. Die blinde Macht des Marktes kann destruktive Potenziale entfalten, vor denen Kranke – insbesondere Schwerkranke – in der Gesellschaft geschützt werden müssen.

PROF. DR. HANS-ULRICH DEPPE

## Welche Parameter bilden Qualität tatsächlich ab?



Mit externer Qualitätssicherung sollen «Qualität» gemessen, Qualitätsrelevante Ergebnisse transparent gemacht und Ergebnisse verglichen werden (Benchmarking) mit dem Ziel der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Doch welche Qualität (üblich ist die Aufteilung in Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) lässt sich wie messen? Welche Parameter bilden Qualität tatsächlich ab? Wie sie definiert werden, ist entscheidend für das Ergebnis, aber auch für die Glaubwürdigkeit des Verfahrens. Qualitätssicherung beginnt also mit der Definition dessen, was Qualität sein soll und mit welchen Parametern und Kriterien diese gemessen werden kann. Grundlage hierfür sollten Kriterien bilden, die mit wissenschaftlicher Evidenz belegt sind. Oft werden jedoch Kriterien festgelegt, die meist nur einen auf Expertenmeinungen basierenden Basisstandard widerspiegeln, da beispielsweise zu Parametern der Strukturqualität kaum evidenzbasierte Kriterien vorliegen.

Es sollten weiterhin Therapieschulen übergreifende Kriterien gewählt werden, da man sich ansonsten mit der Frage unterschiedlicher «Ergebnisqualitäten» bzw. Qualitätsstandards auseinandersetzen muss. Bei der gleichen gesicherten Diagnose unterschiedliche und durch wissenschaftliche Evidenz belegte Behandlungskonzepte zu begründen, ist sicherlich nachvollziehbar, Therapieziele und diesen entsprechende Ergebnisparameter sollten aber in erster Linie diagnosespezifisch und weitestgehend therapieschulenunabhängig sein.

Sind die Kriterien zur Messung für ein qualitätsrelevantes outcome gut gewählt, ergibt sich die große Chance für die Beteiligten,

aus diesen Ergebnissen zu lernen: Was macht Klinik XY/Therapeut XY konkret, um so gut abzuschneiden, was kann in Zukunft besser gemacht werden, um vergleichbar gute Ergebnisse zu erreichen? Was lässt sich von den «Besten» lernen? Aber dabei darf wirklich nur Gleiches verglichen werden: Ergebnisse, die den Einfluss wichtiger confounder wie z. B. Chronizität, exakte Diagnose, Komorbidität oder Ausmaß/Schweregrad der Symptomatik bei der Auswertung nicht berücksichtigen, würden zu einer Verfälschung der Ergebnisse führen. Außerdem käme es zu einer Vorselektion und gegebenenfalls Nichtbehandlung «schwieriger Fälle», da nur Patienten mit guter Prognose dem Therapeuten ein gutes Abschneiden beim Benchmarking ermöglichen würden.

Ein Albtraum wäre es, wenn die Festlegung von qualitätsrelevanten Kriterien nicht durch wissenschaftliche Evidenz begründet ist, die Kriterien kaum oder nur schwer zu messen und vor allen Dingen nicht geeignet sind, zu einem kontinuierlichen Lernprozess anzuregen mit dem Ziel, die Qualität der eigenen Arbeit und somit die Behandlung der Patienten kontinuierlich zu verbessern.

PETER FOLLERT

## Eine misslungene Psychotherapie hat fatale Folgen



*Stellvertretend für die PatientInnen kommt zum guten Schwerpunkt-Schluss Angela Reschke von der Verbraucher-Zentrale Hamburg zu Wort.*

U. N.

Die Frage, was einen guten Therapeuten ausmacht, ist so individuell zu beantworten wie es die Bedürfnisse von Klienten sind. Wie kann sichergestellt werden, dass Klienten den für sie richtigen Therapeuten finden, und welche Möglichkeiten brauchen sie, um einem Misserfolg oder Therapiefehler entgegenzuwirken?

Es mag wohl keine andere Dienstleistung geben, für die Verbraucherschutz so dringend erforderlich ist wie für die Psychotherapie. Sie ist nicht nur eine sehr intime Dienstleistung, sondern bei Misslingen auch mit einem hohen gesundheitlichen Risiko verbunden. Es ist nicht nachvollziehbar, warum fundamentale Maßstäbe, die für jeden ärztlichen Eingriff gelten, nicht in der Psychotherapie umgesetzt worden sind. Eine qualitativ hochwertige Psychotherapie muss die anderweitig längst anerkannten Kriterien der Kundenorientierung berücksichtigen.

In aller Regel sind Klienten gesundheitlich schwer angeschlagen,

wenn sie sich auf die Suche nach dem geeigneten Therapeuten machen. In dieser Verfassung gelingt es selten, sich ein umfassendes Bild über Angebote zu verschaffen und sich für das geeignetste Angebot zu entscheiden. Die geschwächte Verfassung, fehlende Kriterien für die Auswahl von Therapeut und Methode und schließlich die Annahme, der Therapeut als Fachmensch werde schon wissen, was das Beste ist, führen zu einer Therapeutenwahl, die zu selten auf handfesten Auswahlkriterien fußt. Aus diesem Grund sollte während der probatorischen Sitzungen auch das ungefragte Anbieten von nachfolgenden Terminen unterbleiben. Ein verunsicherter Patient ist nicht immer in der Lage, sich Bedenkzeit zu erbitten oder sofort eine Absage zu erteilen.

Die gesundheitlichen Folgen einer misslungenen Psychotherapie sind häufig fatal. Betroffene Klienten sind schwer verletzt, oft verbittert, ihre Symptomatik verschlechtert sich. Nicht selten ist die seelische Erschütterung so gewaltig, dass neue Helfer nur noch mit größerer Skepsis aufgesucht werden können. Einige Klienten dekompensieren so weit, dass sie die Hilfe von Ärzten, Therapeuten und manchmal auch Verbraucherschützern gar nicht mehr annehmen können.

Um Grundlagen für eine erfolgreiche Psychotherapie zu schaffen, muss eine umfangreiche und einheitliche mündliche und schriftliche (!) Aufklärung der Klienten sichergestellt sein. Hierbei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Information über Sinn, Gestaltung und Umfang der probatorischen Sitzungen
- Aufklärung über alternative Behandlungsmethoden
- Begründung, warum gerade dieser Therapieplatz und diese Methode für den Klienten am geeignetsten erscheint
- Aufklärung über mögliche Risiken (zum Beispiel Wirkung auf soziales Umfeld, besonders Partnerschaft) der anvisierten Therapie
- Information über den Ausbildungsgang des Psychotherapeuten und seine Berufserfahrung in Bezug auf das zu behandelnde Problem
- Aufklärung über den internen Umgang bei Unzufriedenheit des Klienten mit der Therapie, aber auch Nennung von externen Beschwerdewegen (z. B. Psychotherapeutenkammer, Verbraucher-Zentrale)

Die Gestaltung der Aufklärung darf aber nicht allein in der Hand der Therapeuten verbleiben. Um eine Einheitlichkeit der Aufklärung für alle Therapie Klienten zu gewährleisten, sind die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern gefragt, entsprechende Patienteninformationen herauszugeben. Schriftliche Standards müssen formuliert werden, die Missbrauch und unprofessionellem Handeln entgegenwirken (z. B. Aufklärung über die Bewertung privater Kontakte mit dem Therapeuten, Information über Beschwerdewege).

Bisher erhält der Klient nur in den wenigsten Fällen zu Beginn der Therapie einen Therapievertrag. Und wenn, enthält er meist nur Regelungen zu Themen wie Ausfallhonorar und Urlaubsregelung. Therapieverträge sind so zu erweitern, dass Aspekte des Arbeitsbündnisses festgelegt, die beiderseitigen Interessen berücksichtigt und auch die Pflichten des Therapeuten genannt werden. So sollte in jedem Therapievertrag geregelt werden:

- Art und Umfang der Aufklärung
- rechtzeitige Einreichung von Verlängerungsanträgen
- Dokumentation des Therapieverlaufes
- gemeinsame Ziele der Therapie

Bleiben diese Forderungen unerfüllt, muss natürlich noch kein Therapieschaden eintreten. Oft entsteht ein gelungenes Arbeitsbündnis, und ein Therapieerfolg kommt zustande. Allerdings erfahren Klienten heute durch mangelnde Transparenz des Angebotes und ih-

rer Rechte letztlich ihre Genesung in einer abhängigen, paternalistischen therapeutischen Beziehung. Diese Rahmenbedingungen sind nicht dazu angetan, Gefühlen von Abhängigkeit und Unmündigkeit entgegen zu wirken.

### Ausblick:

Um die Qualität von Psychotherapien zu erhöhen, ist nicht nur der einzelne Therapeut, sondern sind verstärkt auch die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern aufgerufen, sich für Klienten einzusetzen. Über die bereits angesprochenen Klienteninformationen hinaus sollte die Dokumentation des Therapieverlaufes einheitlich geregelt werden. Im Streitfall muss die Behandlung nachvollziehbar sein. Weiteren Regelungsbedarf sehen wir bei der Herausgabe der Krankenunterlagen. Unter einem patientenfreundlichen Umgang verstehen wir die Möglichkeit der Einsichtnahme des Patienten in die Dokumentation des Therapieverlaufes, ohne Offenlegung der persönlichen Assoziationen des Therapeuten. Bei Bedenken soll dieses im Beisein eines fachkundigen Arztes oder Psychotherapeuten geschehen. In jede Beschwerdestelle für die Interessenvertretung der Klienten muss ein unabhängiger Patientenvertreter berufen werden. Für gravierende Verstöße muss ein geregeltes Ausschlussverfahren aus der Psychotherapeuten- bzw. Ärztekammer entwickelt werden.

ANGELA RESCHKE

## Qualitätssicherung: Fragen wir die Frösche!

Es muss mal gesagt werden: Der einzige Zweck von Qualitätssicherung ist Qualitätssicherung. Sie hat nicht den Nachweis der Daseinsberechtigung unserer Profession zu erbringen, sie ist kein Kontrollinstrument zum Aufspüren schwarzer Schafe, keine Maßnahme zur Kostendämpfung, dient nicht dem Methodenvergleich, nicht dem TherapeutInnen-Ranking oder der PatientInnen-Selektion, und sie ist auch keine Spielwiese für Datensammler.

So wie das aber derzeit läuft, werde ich den Verdacht nicht los, Qualitätssicherung solle das gemeinsame Kind aus der Verbindung von darwinistischem Neoliberalismus mit sozialistisch-bürokratischer Planwirtschaft werden. Ich werde aber auch den Verdacht nicht los, dass die meisten KollegInnen überhaupt nicht wahrnehmen wollen, was sich da zusammenbraut.

«Qualitätssicherung als Worthülse» überschrieb 1997 der Vorsitzende des Ausschusses Qualitätssicherung der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Kolkmann, einen Artikel. Damit stellt sich die Frage, wer denn das Wort inhaltlich füllt, also die Frage nach der Definitionsmacht. «Qualitätssicherung» wird derzeit weitgehend von der Politik und den Kassen besetzt, und alle, die deren Definition nicht folgen wollen, sehen sich mit dem Vorwurf konfrontiert, sie seien Blockierer (des Fortschritts, des Patientenwohls, der Kostendämpfung usw.). Nur wer etwas verbergen wolle, sträube sich.

Damit ist ein Rechtfertigungsdruck geschaffen, der die KritikerInnen von QS-Modellen, die an Kontrolle und Mengensteuerung ausgerichtet sind, eher in Versuchung führt als dass er sie tatsächlich zwänge, aus der Defensive heraus zu argumentieren.

Ähnliches gilt für den induzierten und hausgemachten Druck: Der QS-Zug fahre bereits; wenn man nicht schnell aufspringe, dann gebe man sich zum eigenen Schaden der Mitwirkungsmöglichkeit. Ein Blick auf die Körpermedizin lehrt, mit welcher Verspätung QS-Züge fahren. Könnte es nicht sein, dass hier geblufft wird, und wer drauf rein fällt, bringt den Zug überhaupt erst ins Rollen?

### Die Macht des Leoparden ist die Angst vor dem Leoparden

Eine Bedrohung realistisch einzuschätzen, ist nicht so leicht. Dass es die verleugnende «So schlimm wird es schon nicht kommen»-Haltung gibt, weiß ich. Aber ich möchte den Akzent auf das andere Extrem lenken: Nicht selten sind scheinbar vernünftige Argumente, vorgebliches Insiderwissen die Camouflage irrationaler Angst. Dann steht die Angst der realistischen Einschätzung im Weg und muss durch konsequentes Analysieren überwunden werden. Was ist dran an der Angst, Psychotherapie könne aus dem GKV-Katalog gestrichen werden, oder daran, dass den PsychotherapeutInnen totale Bevormundung durch nichtsachverständige Kassenleute drohe, wenn sie jetzt nicht spürten?

Es wäre unrealistisch, wolle man behaupten, das könne nicht passieren. Bloß: wenn es das ist, was die Politik will, dann werden wir es nicht durch noch so braves Verhalten verhindern.

Ein im QS-Geschäft nicht ganz unbedeutender KV-Vertreter, auf dessen Name ich partout nicht komme, berichtete, er habe einen ebenfalls nicht ganz unbedeutenden Kassenvertreter (dessen Namen mir erst recht entfallen ist) gefragt, warum die Kassen die PsychotherapeutInnen bei der Entwicklung von QS-Programmen so wenig einbinden würden. Die Antwort sei gewesen: *«Wenn man den Sumpf trocken legen will, darf man nicht die Frösche fragen.»* Lassen wir dahingestellt, ob die Äußerung wirklich so gefallen ist oder ob der KV-Vertreter sich damit als einer empfehlen wollte, der es gut mit den Psychos meint. Aber: Wenn wir als Frösche firmieren, dann brauchen wir nicht zu glauben, wir könnten durch noch so wohl tönendes Gequacke die Trockenlegung des Sumpfes verhindern. Mit einigem Glück kämen dann Leute vom Naturschutz, packten uns in Eimerchen und schafften uns in ein Reservat.

Ich bin keine Insiderin, deshalb fehlen mir Informationen. Aber ich bin alt genug, um zu wissen, dass Insider sich verschätzen können, weil sie mit der Nase zu dicht dran sind und deshalb die Teilrealität ihres Insiderwissens für das Ganze halten. So nehme ich, was ich habe – meinen mehr oder weniger gesunden Menschenverstand –, um einige Möglichkeiten zu Ende zu denken:

Dass Psychotherapie aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen wird, ist möglich, wie andere Schildbürgerstreiche auch. Aber dann bekämen nicht nur wir ein Problem, sondern andere ebenso: Als erstes die PatientInnen, die nicht per Gesetz für gesund erklärt werden können. Nicht alle von ihnen werden auf Psychopharmaka ausweichen können und wollen; nicht alle können und wollen Psychotherapie aus eigener Tasche bezahlen. PatientInnen sind heute nicht mehr so fügsam wie vor zwanzig Jahren, und Psychotherapie ist nicht mehr so schambesetzt wie damals. Damit hätten als zweites die Krankenkassen ein Problem, sie müssten ihren Mitgliedern erklären, warum es für Psychotherapie kein Geld mehr gibt. Damit käme drittens die Politik ins Spiel: Auf sie würden die Kassen verweisen. Sie müsste (auch vor Gericht) ihre Gesetzgebung begründen.

Wenn unsere Behauptung stimmt, dass Psychotherapie hilft und eine Menge Geld spart, dann gäbe es für die Politik und die Kassen einen Erklärungsnotstand. Das würde zwar nicht sofort zu ei-

ner Korrektur führen, aber finanzielle Argumente sind à la longue doch überzeugend.

Diejenigen, die jetzt sagen, ich dachte zu logisch, das laufe doch alles irrational ab, müssen mir erst mal begründen, wieso dann ihre Logik funktionieren soll «wenn wir QS im Geist der Kassen machen, sichert das unsere GKV-Zukunft». Das wäre doch wie bei Aschenputtel: Wäre die im Vertrauen auf das Wort der Stiefmutter beim Erbsenverlesen geblieben, so säße sie noch heute. Wenn sie nicht gestorben ist. Denn entscheidend ist nicht, dass Aschenputtel die Bedingungen erfüllt, sondern die Absicht der Stiefmutter: Wenn man uns nicht beim GKV-Ball haben will, dann ist der Erbsenzählerei kein Ende.

Auch das Horror-Szenario *«Wenn wir uns nicht an den Konzeptionen der Kassen beteiligen, bekommen wir ein QS-System aufs Auge gedrückt, dass wir quietschen»* blendet einen Teil der Realität aus. In jedem einschlägigen Handbuch ist nachzulesen, dass Qualitätssicherung nie gegen den Willen der Beteiligten funktioniert. Wem etwas nicht einsichtig ist, wer sich nur kontrolliert fühlt, dem bleiben unendlich viele Möglichkeiten, das System auflaufen zu lassen und zu konterkarieren. Übrigens – und es fasziniert mich, wie das übersehen wird – gilt das auch für die PatientInnen. Will man denen, wenn sie z. B. aus datenschutzrechtlichen Bedenken nicht mitmachen wollen, die Behandlung verweigern? Auf die Prozesse bin ich neugierig! Eine Durchsetzung von QS-Maßnahmen ohne Rückhalt bei den Betroffenen käme die Kassen teuer, weil es nicht funktioniert. Ich traue den Kassen soviel ökonomischen Sachverstand zu, daraus die Konsequenz zu ziehen. Falls jedoch die KollegInnen (und die PatientInnen!!) gut mit einem von mir negativ bewerteten QS-Modell zurecht kämen, dann hätte ich mich mit meiner Einschätzung geirrt und müsste daraus Konsequenzen ziehen. Es gibt Schlimmeres.

Ein Unterpunkt dieses Szenarios ist das Argument *«Wenn unser Verband sich nicht bei Kassenprojekten engagiert, tun es andere, und da kommt was Schlechteres dabei raus»*. Kann sein oder auch nicht. Es soll schon Fälle gegeben haben, da hat man im Nachhinein bedauert, nicht anderen den Vortritt gelassen zu lassen. Denn der eigene gute Name kann in Mitleidenschaft gezogen werden, wenn er mit einem Flop verbunden wird. Manchmal ist vornehme Zurückhaltung in der Gegenwart eine Empfehlung in der Zukunft. Dass die KollegInnen den derzeit propagierten Monitoring-Systemen entgegenfielerten und begierig auf das Ausfüllen von Fragebögen sind, wäre mir bislang entgangen. Es wäre verheerend für unseren Verband, wenn sich am Ende herausstellen würde, er habe – womöglich ohne Rückhalt bei den Mitgliedern – zu einer Form von «Qualitätssicherung» beigetragen, die gute Arbeit eher behindert als fördert. In die Zukunft kann niemand sehen. Aber eine gute Entscheidung wird umso wahrscheinlicher, je breiter die Basis ist, auf der die Diskussion geführt wird. Eine «passive Mitgliedschaft» verbietet sich in dieser Situation.

### Offensive für eine erfolgreiche Qualitätssicherung

Ich bin überzeugt, dass die ganz große Mehrheit der PsychotherapeutInnen gut arbeiten will. Es macht doch Spaß, besser zu werden! Eine Qualitätssicherung, die diesem elementaren Bedürfnis Rechnung trägt, wird kein Akzeptanzproblem haben.

Für mich selbst habe ich drei Kriterien, an denen ich eine gute Qualitätssicherung festmache:

- Die Orientierung am Wohl der PatientInnen

Dazu muss man die PatientInnen befragen und bei der Entwick-

lung von Modellen beteiligen. Es wäre eine unheilige Allianz, wenn Politik, Kassen und PsychotherapeutInnen über die Köpfe der Betroffenen hinweg bestimmen wollten, was diesen frommt. Falls wir bei der Entwicklung, Installation und Durchführung von QS-Kontrollmaßnahmen mitwirken, in denen PatientInnen nur als Objekte vorkommen, geraten wir in Widerspruch mit unseren erklärten Zielen, die Autonomie der PatientInnen zu fördern und partnerschaftlich mit ihnen umzugehen.

- Die Verantwortlichkeit gegenüber der Solidargemeinschaft Krankenkassen vertreten ihre eigenen Interessen und keineswegs regelhaft die der PatientInnen. Es ist die Solidargemeinschaft, die ein Recht darauf hat, dass ihr Geld effizient und mit Sorgfalt – aber eben auch im Geist der Solidarität mit denen «on the other side of the fence» verwendet wird.
- Die Orientierung an der therapeutischen Realität Indiskutabel sind QS-Modelle, bei denen Dokumentationsaufwand etc. und die dadurch zu erzielende Qualitätsverbesserung nicht in einem vernünftigen Verhältnis stehen und nicht adäquat bezahlt werden. Qualitätssicherung ist auch keine Einbahnstraße, sondern ein Geschäft auf Gegenseitigkeit: Es gehört auch zur Qualitätssicherung, dass PatientInnen nicht monatelang auf einen Therapieplatz warten müssen. Die Zahlen für den Bedarf liegen vor – oft aus krankenkasseneigenen Untersuchungen.

### Fazit: Fragen wir die Frösche

Das Trockenlegen von Sümpfen ist schon fast wieder out. Was «Experten» bis vor kurzem als überflüssig, sinnlos und den Fortschritt hemmend diffamierten, erwies sich inzwischen als notwendig und höchst sinnreich. Jahrhunderthochwasser im Fünfjahres-Rhythmus kosten teures Lehrgeld. Man hätte besser die Frösche gefragt. Die haben die längere Erfahrung und den größeren Überblick.

URSULA NEUMANN

## Die Antwort eines Froschs

Es wurde schon gesagt: Qualitätssicherung hat das einzige Ziel, die Qualität zu sichern und zu verbessern. Wie das geht, das wissen Psychotherapeuten aus ihrer Erfahrung heraus seit langem. Und sie setzen dieses Wissen auch in weit größerem Maße um, als das in der somatischen Medizin bisher der Fall ist. Sie tun dies, wenn man so will, primär aus höchst eigennützigem Interesse: Es geht um ihr Überleben, denn ihre oft psychisch belastende Arbeit ist ohne eine Entlastung, ohne krisen- und auch regelmäßige Aufarbeitung angestauten emotionalen Erlebens kaum zu schaffen. Zwar stellt sich im Laufe der Jahre eine gewisse Routine ein, doch jeder Mensch, jeder Patient, jedes individuelle Schicksal ist anders, deshalb läuft auch jede Therapie anders, und auch der erfahrenste Therapeut ist nicht dagegen gefeit, sich in der Arbeit mit einem schwierigen Patienten z. B. in den Verstrickungen von Übertragung und Gegenübertragung zu verheddern. Dann braucht er den unverstellten Blick von Kollegen, Supervisor oder Intervision, um wieder Abstand zu bekommen, auch um gesund zu bleiben, psychisch und physisch. Nur so kann er effektiv mit dem Patienten weiterarbeiten.

Aufgrund dieser Besonderheiten gibt es in der Fachgruppe Psy-

chotherapie seit langem qualitätssichernde Maßnahmen: Supervision, Intervision, einzeln und in der Gruppe, und immer wieder Fortbildung. Sie werden nicht nur als Notmaßnahme zur eigenen Psychohygiene, sondern auch zur Qualitätssicherung von den meisten Therapeuten regelmäßig genutzt, wenn auch sicher in unterschiedlichem Ausmaß. Da wegen der seit Jahren absolut inadäquaten Honorierung unserer Arbeit zudem jeder Therapeut gezwungen war und ist, ständig bis an die Grenze seiner persönlichen Belastbarkeit zu arbeiten, dürfte sich das Ausmaß von QS-Maßnahmen trotz der damit gegebenen zusätzlichen zeitlichen und finanziellen Belastung eher noch verstärkt haben, weil die psychische Überforderung diese Entlastungsmöglichkeiten unabdingbar macht.

Im Hinblick auf Sicherung von Qualität und deren weitere Verbesserung ließen sich die bereits vorhandenen QS-Instrumente sicher noch eindeutiger und zielgerichteter institutionalisieren. Was aus der Not geboren ist, könnte so genutzt werden, um mit mehr Zeit in Intervisionsgruppen und Qualitätszirkeln sowie im Rahmen von Fortbildung auf einer Metaebene Ergebnisse zu erarbeiten, die dann nicht nur wie bisher in einer Feedback-Schleife den Kämpfern an vorderster Front zu Gute kommen, sondern auch für Forschung und Lehre wichtige Erkenntnisse liefern könnten.

Voraussetzung für eine solche *Ausweitung der vorhandenen internen Qualitätssicherung* wäre allerdings eine Vergütung der Mitarbeit in entsprechend qualifizierten Super- oder Intervisionsgruppen. Schließlich dienen diese ja bereits in der jetzigen Form – notgedrungen selbst finanziert – neben ihrer Funktion als Notmaßnahme zur Psychohygiene auch der Verbesserung der Qualität und gehören zur Arbeitszeit.

Gleiches gilt für Fortbildung. Auch sie sollte systematisch erfasst und zumindest hinsichtlich der dafür nötigen Zeit in die Ermittlung eines adäquaten Honorars eingehen. Im stationären Bereich gibt es bezahlten Fortbildungsurlaub und Übernahme der Fortbildungskosten durch den Arbeitgeber. Auch für die niedergelassenen Psychotherapeuten steht Fortbildung im Dienste der Berufsausübung und ist kein Freizeitvergnügen. Würde man die von vielen Psychotherapeuten absolvierte Fortbildung mengenmäßig erfassen, so würde sich wahrscheinlich auch hier ein Plus gegenüber anderen Fachbereichen ergeben. Und dies, obwohl Fortbildung in der Psychotherapie sehr teuer ist, nicht nur relativ zu dem geringen Einkommen der Fachgruppe, sondern auch im Vergleich mit dem somatischen Bereich, denn psychotherapeutische Fortbildung wird ganz sicher nicht von Pharma- oder Großgeräte-Firmen subventioniert. Wir bezahlen sie – anders als im somatischen Bereich – in jedem Fall in vollem Umfang selbst. Auch deshalb braucht es ihre Berücksichtigung im Honorar.

### Die Quintessenz

Schon heute gibt es im Fachgebiet Psychotherapie ein hohes Maß an qualitätssichernden Maßnahmen, die die Psychotherapeuten ohne den Druck durch Gesetzgeber, Kassen oder KVen seit langem freiwillig erbringen. Auf dieser bereits vorhandenen soliden Basis könnte aufgebaut werden, um zu einer systematischen praxisnahen Qualitätssicherung zu kommen, deren Ergebnisse dann nicht nur in der jeweils individuellen Situation nutzbar würden, sondern auch von der Basis her zu einer sinnvollen Fortentwicklung des Wissensstands des Fachgebiets beitragen könnten.

### Zur Frage einer möglichen externen Qualitätssicherung

Eigentlich ergibt sich aus dem Gesagten bereits, dass eine externe Qualitätssicherung, sei es durch die Kassen, die KVen oder auch auferlegt durch den Gesetzgeber, sich für das Fachgebiet Psychotherapie nicht eignet. Die so etwas trotzdem wollen, müssen sich allesamt fragen lassen, was sie denn eigentlich bezwecken. Es steht zu befürchten, dass es ihnen weniger um die Qualität als um die Quantität der Patienten geht, die einer Psychotherapie bedürfen oder eine solche erhalten sollen, sowie um die Kosten bzw. Honorar-Anteile, die dafür nötig sind.

Doch die stark zunehmende Zahl der behandlungsbedürftigen Patienten hat nicht das Fachgebiet zu verantworten, es handelt sich vielmehr um ein gesellschaftliches Phänomen, das nicht damit aus der Welt geschafft wird, dass man versucht, durch wie auch immer geartete «Disziplinierungsmaßnahmen» beschränkend auf Psychotherapeuten und (potentielle) Patienten einzuwirken.

Etwas anderes ist es, wenn Kassen, KVen oder die Politik wissen wollen, wie sinnvoll bzw. Kosten sparend unsere Arbeit ist. Eine solche externe quantitative Effektivitätsprüfung der Psychotherapie ist durchaus legitim. Die Kassen können sie, wenn sie es denn wollen, auch ganz leicht selbst machen: Sie brauchen dazu lediglich nach dem Muster der Uralt-Dührssen-Studie von der Differenz der Kosten der AU-Tage z. B. zwei Jahre vor der Behandlung und ein oder mehrere Jahre nach der Behandlung (es sind dann, wie bekannt, sehr viel weniger) nur noch die Therapiekosten zu subtrahieren, und schon haben sie den Nutzen quantifiziert. Wenn man das Ganze nach mehreren Jahren – entsprechend einer Langzeit-Katamnese – noch einmal wiederholt, kann man auch gleich noch den Effekt von Langzeit- gegenüber Kurztherapien quantifizieren.

Bei einer solchen externen Qualitätskontrolle gibt es auch keine Diskussion über Datenschutz und den Datentransfer von den KVen zu den Kassen, denn die AU-Tage für jeden einzelnen Patienten haben die Kassen ohnehin schon. Wollte man darüber hinaus die Ergebnisse weiter untermauern, könnte man – datenschutztechnisch vielleicht nicht ganz so simpel – das Gleiche auch noch für Arzt-Kontakte und Medikamentenverbrauch oder auch für Krankenhaustage machen. Der Möglichkeiten sind viele.

Solche Untersuchungen – das muss ganz klar sein – haben aber nichts zu tun mit Qualitätssicherung. Es sind quantitative Effektivitätsmessungen. Zur Begründung einer Reduzierung psychotherapeutischer Behandlungspotentiale eignen sie sich allerdings nicht, denn sie werden – wie viele ähnlich aufgebaute Studien – eindeutig zeigen: *Psychotherapie hilft und spart Kosten.*

Quaak, ein Frosch hat gesprochen.

URSULA STAHLBUSCH

[www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de)

### Resolution der Delegiertenversammlung vom 25.01.03 in Fulda zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie

In den Psychotherapie-Richtlinien heißt es: *«Zum 01.01.2000 wird ein Verfahren zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität zwischen den Vertragspartnern der Psychotherapie-Vereinbarungen vereinbart.»*

Der bvvp begrüßt alle Anstrengungen zur Entwicklung der Qualität der psychotherapeutischen Versorgung und wird sich aktiv an entsprechenden Initiativen und Untersuchungen beteiligen, soweit sie in Konzeption, Durchführung und Auswertung wissenschaftlichen Qualitäts-Standards entsprechen und die Grundrechte der Patienten und Psychotherapeuten berücksichtigen.

Hingegen weisen die Delegierten des bvvp alle Versuche als ungeeignet zurück, zum derzeitigen Zeitpunkt bereits flächendeckende Dokumentationssysteme, routinemäßige Erhebungen über alle Psychotherapien bei allen Psychotherapeuten einer Region und daraus resultierenden Datensammlungen und – aggregationen vorzunehmen.

Psychotherapie befasst sich in besonderem Ausmaß mit individuellen Leidenszuständen und persönlichen Schicksalen, die sich bisher nicht hinreichend diagnostisch abgestuft systematisieren lassen, um sie dementsprechend typischen Krankheits- und Behandlungsabläufen zuordnen zu können (siehe unzureichende ICD 10-Klassifizierung). Psychotherapie kommt darüber hinaus in besonderer Weise mit der Privat- und Intimsphäre von Patienten in Berührung. Ihr kommt damit eine besondere Verpflichtung zu, für den Schutz der Individualität und der vertrauensvollen Arzt-/Psychotherapeut-Patienten-Beziehung im eigenen Fachgebiet und in der gesamten Medizin einzutreten.

Von daher verbieten sich Dokumentations- und Qualitätskontrollmaßnahmen, wie zum Teil derzeit angedacht und von einzelnen Krankenkassen gefordert, die das gesamte Fachgebiet und alle Psychotherapiepatienten mit einheitlichen Messinstrumenten zu Vergleichszwecken erfassen sollen. In keinem anderen Fachgebiet sind derartige Totalerfassungen auch nur angedacht. Im Bereich der Psychotherapie – ähnlich wie in der hausärztlichen Versorgung – wäre ein derartiges Vorgehen besonders unangebracht, weil dort die therapeutischen Beziehungen besonders störungssensibel sind, die Leidenszustände besonders individuell differieren und Behandlungserfolge besonders schwer summarisch zu messen und valide zu vergleichen sind.

Unabdingbar für jede Qualitätssicherungsmaßnahme ist, dass sie selbst grundlegenden Qualitätsanforderungen genügt. Der bvvp trägt nur QS-Maßnahmen mit, die folgende Mindestkriterien erfüllen:

1. Klare Zieldefinitionen, Eingrenzungen des Untersuchungsgegenstandes und dementsprechende Differenzierungen bei der Untersuchungsmethodik.
2. Das Ausmaß der Datenerhebung muss begrenzt und legitimiert sein durch den definierbaren Zweck der Untersuchung mit der Gewährleistung einer Auswertung nach wissenschaftlichen Standards.
3. Datenverwaltung und Schutz vor Datenmissbrauch muss durch fachlich legitimierte Institutionen gewährleistet werden.
4. Freiwilligkeit der Teilnahme von Patienten muss garantiert sein.
5. Eine angemessene Honorierung des Zeitaufwandes muss sichergestellt sein.

## INTERVIEWS

# Thema: Qualitätssicherung

«Wenn Sie es noch schaffen, das in Ihren eigenen Reihen zu behalten, dann sollten Sie das tun»

**Interview mit dem Ehrenpräsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Prof. Dr. Kolkmann**

*Faktisch haben PsychotherapeutInnen schon immer Qualitätssicherung betrieben. Mittlerweile verpflichtet auch das Sozialgesetzbuch und das Psychotherapeutengesetz dazu. Aber unsere Erfahrung mit der aktuell diskutierten Form von Qualitätssicherung ist gering. Da schadet es nicht, sich mal anzuhören, was Leute zu sagen haben, die Qualitätssicherung im Rahmen der ärztlichen Berufspolitik schon seit Jahrzehnten betreiben ...*



*Ursula Neumann: Herr Prof. Dr. Kolkmann, wie lange befassen Sie sich schon mit Qualitätssicherung?*

F. W. Kolkmann: Insgesamt ungefähr 25 Jahre, seit 12 Jahren bin ich Vorsitzender des Ausschusses Qualitätssicherung der Bundesärztekammer.

*U. N.: Eine Krankenschwester hat neulich zu mir gesagt: «Ich kann das Wort Qualitätssicherung nicht mehr hören!» Können Sie das verstehen?*

F. W. K.: Wir haben eine enorme Inflation dieses Begriffs. Nicht überall, wo Qualitätssicherung drauf steht, ist Qualitätssicherung drin. Wenn man nachschaut, ist da oft wenig Substanz drin. Die Intention ist nicht immer auf Patientenversorgung und Verhaltensänderung gerichtet. Qualitätssicherung ist heute mit viel hinderlicher Bürokratie verbunden, so dass sie nicht als Bereicherung, sondern als Belästigung

empfundener wird. Es muss unbedingt verhindert werden, dass Qualitätssicherung für andere Zwecke als für die Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung verwendet wird. Also etwa um ökonomische Ziele zu erreichen oder Kontrolle auszuüben oder auch um die Ärztinnen und Ärzte fremdzubestimmen.

*U. N.: Ich höre einen Hauch von Resignation oder höre ich das falsch?*

F. W. K.: Sie hören richtig. Resignation deswegen, weil es nicht gelungen ist, Qualitätssicherung in der ärztlichen Profession zu halten. Wir sind zum Teil auch durch den Sozialgesetzgeber gezwungen worden – ich nenne das mal freundlich so –, im Konsens mit Krankenkassen und Krankenhausträgern Qualitätssicherung zu betreiben. Qualitätssicherung ist nach Auffassung der verfassten Ärzteschaft eine Kernaufgabe des ärztlichen Berufsstandes und der Ärztekammern. Diese zentrale Aufgabe können wir nicht mehr richtig wahrnehmen, weil wir sehr viele Partner bekommen haben.

*U. N.: Was halten Sie von dem Argument, man müsse sich an der Konzeption von QS-Projekten durch Krankenkassen beteiligen, um Schlimmeres zu verhüten?*

F. W. K.: Das ist ein Scheinargument. Als in der vorhergehenden Fassung des § 137 SGB V die Ärztekammern überhaupt nicht mehr als Partner bei der Qualitätssicherung genannt wurden, hatte das zur Folge, dass Krankenkassen und zum Teil auch die Krankenhausgesellschaften sich zusammengetan haben und versuchten, eigene, externe Qualitätssicherungsprogramme zu entwickeln. Wir haben das damals als Ärzteschaft als einen großen Affront und Angriff auf zentrale Aufgaben der Kammer empfunden und versucht gegenzusteuern. Unter anderem bin ich 1997 bei der CAQ (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung) aufgetreten und habe die dort anwesenden Vertreter der Chirurgie aufgefordert, sich nicht an solchen Versuchen zu beteiligen, weil sie dann praktisch ihre eigene Qualitätssicherung aus der Hand geben.

---

*Nicht überall, wo Qualitätssicherung drauf steht, ist Qualitätssicherung drin.*

---

*U. N.: Gilt dieses Argument noch heute?*

F. W. K.: Das sind vergangene Schlachten. Es gab damals heftige Auseinandersetzungen. Ich habe den wissenschaftlichen Fachgesellschaften gesagt, wir hätten die Qualitätssicherung als eigenes Instrument der Ärzteschaft behalten, wenn ihr als wissenschaftliche Fachgesellschaften euch nicht bereit gefunden hättet, zusammen mit Krankenkassen und Krankenhausträgern externe Qualitätssicherungskonzepte zu entwickeln. Entspannt wurde die Situation erst dadurch, dass in einem neuen § 137 a der Ärzteschaft das Recht eingeräumt wurde, die Inhalte von Qualitätssicherungs-Programmen mitzubestimmen. Der § 137 a ist nach dem Wahlsieg von Rot-Grün 1998 wieder gestrichen worden. Inzwischen haben aber die Partner, Ärzteschaft, Krankenhausträger und Spitzenverbände der GKV, gelernt, miteinander umzugehen und



zusammenzuarbeiten. Das ist ein akzeptabler Kompromiss. Persönlich halte ich es aber eher für eine Niederlage, dass es der Ärzteschaft nicht gelungen ist, die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung in den eigenen Reihen zu halten.

*Persönlich halte ich es aber eher für eine Niederlage, dass es der Ärzteschaft nicht gelungen ist, die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung in den eigenen Reihen zu halten.*

*U. N.: Sie sind seit langem engagiert bei der Erarbeitung und Erprobung von KTQ [Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus], einem Modell zur Qualitätssicherung für den stationären Bereich. Was lässt sich von solchen Modellen auf den ambulanten Bereich übertragen?*

F. W. K.: KTQ ist ein Zertifizierungskonzept für Qualitätsmanagement im Krankenhaus auf freiwilliger Basis. Man kann KTQ im Prinzip auf Arztpraxen übertragen, wenn man sich die Ziele anschaut, z. B. Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung usw. Aber KTQ ist ausgerichtet auf berufsgruppen- und abteilungsübergreifende Zusammenarbeit. Man muss im niedergelassenen Bereich auch auf die Rahmenbedingungen abstellen: Eine Allgemeinpraxis auf der Schwäbischen Alb, wo der Doktor und seine Ehefrau arbeiten, hat andere Erfordernisse – wenn sie überhaupt solche Erfordernisse hat – als eine große Gemeinschaftspraxis.

*U. N.: Manchmal habe ich den Eindruck, dass uns von den Qualitätsmanagement-Leuten weisgemacht wird, dass auch für kleine Praxen ein großer Zertifizierungsaufwand notwendig sei.*

F. W. K.: Bei ca. 90.000 Arztpraxen in der Bundesrepublik ist das natürlich ein großer Markt, auf dem sich richtig Geld verdienen lässt. Ich bekomme immer wieder Briefe von niedergelassenen Kollegen, die sich besorgt erkundigen, ob sie das, was ihnen eine Firma eingeredet hat, tatsächlich in ein Qualitätsmanagement investieren und sich zertifizieren lassen müssen. Das ist Unfug. Aber Qualitätsmanagement und Zertifizierung lassen sich auf den niedergelassenen Bereich übertragen, wenn man die unterschiedlichen Strukturen berücksichtigt und das Ganze so gestaltet, dass Ärztinnen und Ärzte es als Hilfe bei der Praxisführung und Patientenversorgung empfinden.

*U. N.: Für Qualitätssicherung in der Psychotherapie sind Modelle im Gespräch, nach denen Therapie-Daten an ein externes Evaluationszentrum weitergeleitet werden sollen. Von dort würde dann z. B. zurückgemeldet, ob die Therapie abgeschlossen werden kann. Was halten Sie von solchen Modellen und könnten Sie sich das auch z. B. für allgemeinmedizinische Praxen vorstellen?*

F. W. K.: Ein externes Evaluationszentrum kann nicht darüber entscheiden, ob eine Therapie abgeschlossen werden kann. Das muss der Therapeut bzw. Arzt entscheiden, zusammen mit dem Patienten. Wenn Sie es noch schaffen, das in Ihren eigenen Reihen zu behalten, dann sollten Sie das tun. Wobei wir natürlich das Problem haben, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ungleich stärker als die Ärztekammern durch sozialrechtliche Regelungen, durch Verträge mit den Krankenkassen gebunden sind. Über diese Verträge haben die Krankenkassen einen enormen Einfluss, das nimmt ja immer mehr zu, und das bringt uns dann als Kammern auch in Konflikte mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, weil wir denen sagen müssen, ihr seid viel zu abhängig von den Krankenkassen.

*U. N.: Sie werden nicht müde, die wichtige Rolle der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern für die Qualitätssicherung zu betonen.*

F. W. K.: Durch den Landesgesetzgeber haben die Ärztekammern

die gesetzliche Aufgabe, die ärztliche Berufsausübung zu überwachen. Dazu gehört selbstverständlich auch die Frage der Qualitätssicherung. Wenn uns diese genommen wird – sicher, es sind uns schon große Teile genommen worden –, dann entfällt eine ganz wesentliche Aufgabe.

Ich bin auch davon überzeugt, dass eine Ärztekammer das Thema Qualitätssicherung sehr viel neutraler angehen kann, weil sie einen größeren Vertrauensschutz genießt als andere Institutionen. Wir haben das sehr deutlich erlebt bei unserer eigenen externen vergleichenden Qualitätssicherung in der Geburtshilfe und in der Chirurgie. Das war kein großes Problem, solange die Kammer die Führung hatte und die Daten bei ihr waren, weil die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sich darauf verlassen haben und sich auch darauf verlassen konnten, dass diese Daten nicht weitergegeben, insbesondere nicht für andere Zwecke als die Qualitätssicherung missbraucht wurden. Das hat sich sofort geändert, als Krankenhausgesellschaften und Krankenkassen die Federführung bekamen, weil jetzt befürchtet wurde, dass die entsprechenden Daten auch für andere Zwecke gebraucht werden könnten; ob zu Recht oder Unrecht sei einmal dahingestellt.

*Ein externes Evaluationszentrum kann nicht darüber entscheiden, ob eine Therapie abgeschlossen werden kann. Das muss der Therapeut bzw. Arzt entscheiden, zusammen mit dem Patienten.*

*U. N.: Im Bereich der Psychotherapie haben wir eine neue Situation: Außer den Ärztekammern gibt es die Kammern der Psychologischen Psychotherapeuten. Wie würde aus Ihrer Sicht eine wünschenswerte Rollenverteilung aussehen?*

F. W. K.: Prinzipiell sollte jede Kammer für die Qualitätssicherung ihrer Mitglieder zuständig und verantwortlich sein.

*U. N.: Wir haben aber Mitglieder in beiden Kammern.*

F. W. K.: Es gibt in Baden-Württemberg ja einen gemeinsamen Beirat beider Kammern. Über diesen gemeinsamen Beirat bietet sich ja eine Zusammenarbeit bei der Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Berufsausübung an.

*U. N.: Herr Professor Kolkmann, herzlichen Dank für das Gespräch.*

DIE FRAGEN STELLTE URSULA NEUMANN

**du kannst.**  
Mag sein, dass Sie kein Blut sehen können. Aber Sie können dafür genau hinschauen, wo welches vergossen wird.

Helfen Sie uns als Mitglied oder mit einer Spende: Konto-Nummer 80 90 100, Bank für Sozialwirtschaft Köln, BLZ 370 205 00. Mehr Infos unter: [www.amnesty.de](http://www.amnesty.de)

**ai**  
du kannst. **amnesty international**  
FÜR DIE MENSCHENRECHTE

## «Das Zeitalter der Psychotherapie wird erst kommen. Denn psychosoziale Gesundheit wird zur Ressource gesellschaftlicher Entwicklung»

### Interview mit Dr. Ellis Huber

Während bei Prof. Dr. Kolkmann der Akzent auf dem aktuellen (berufs-)politischen Geschehen lag, entwickelt der Kammerpräsident a. D. von Berlin, Dr. Ellis Huber, Visionen. Dass er beruflich scheinbar die Fronten gewechselt hat und nun Vorstand einer – etwas anderen – Betriebskrankenkasse ist, verengt seinen Blick nicht, sondern erweitert ihn. Unseren auch.



*Ursula Neumann: Ihre Vision eines Gesundheitssystems hat als Schlüsselbegriffe Ganzheitlichkeit, soziale Verantwortung, Stärkung der Autonomie der Behandelten. Wann erhielt nach diesen Maßstäben z. B. die Therapie einer Depression von Ihnen das Qualitätssiegel «gut»?*

Ellis Huber: Nun, Depression ist keine Maschinenstörung mit klarer Reparaturanweisung. Ich glaube nicht, dass wir stellvertretend für andere Menschen definieren können, was deren Krankheit tatsächlich ist. Psychotherapie muss die subjektiven, biographischen und sozialen Aspekte, die Beziehungen und Gefühle mit einbeziehen. Die Therapieforschung hat zudem gezeigt, dass die Persönlichkeit des Therapeuten bedeutsamer ist als die Methode. Diese Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung werden in der Reflexion der gesundheitspolitischen Probleme völlig vernachlässigt. Wir haben ein medizinisches Imperium errichtet, das die Hälfte des Lebens ausblendet, die Welt der Gefühle, der Beziehungen, der sozialen Netzwerke, der biographischen Lernprozesse.

Heilsame Wege werden nicht vom Therapeuten für den Patienten erarbeitet, sondern Therapeut und Patient erarbeiten in ihrer jeweiligen Beziehung gemeinsam einen Weg. Sie sind ein kooperierendes Team, jeder von ihnen hat einen ganz spezifischen Aspekt der Leistung zu bringen. Ich würde mich also weigern, ein Qualitätssiegel für eine gute Depressionsbehandlung auszustellen. Aber zwischen Therapeut und Patient sollte ein Zielkatalog vereinbart und nach einem Weg gesucht werden, wie die Ergebnisse überprüft und transparent gemacht werden können. Selbstkontrolle ist immer besser als Fremdkontrolle.

*Wir haben ein medizinisches Imperium errichtet, das die Hälfte des Lebens ausblendet, die Welt der Gefühle, der Beziehungen, der sozialen Netzwerke, der biographischen Lernprozesse.*

*U. N.: Als ehemaliger Leiter der Abteilung gesundheitliche und soziale Dienste beim Paritätischen Wohlfahrtsverband in Berlin, Präsident der Berliner Ärztekammer und jetzt als Vorstand der Securvita BKK haben Sie Erfahrungen mit PsychotherapeutInnen. Wo liegen Ihrer Meinung nach die wesentlichsten Qualitätsmängel bei deren Arbeit?*

E. H.: Das sind eine mangelnde Persönlichkeitsbildung und die fehlende Bereitschaft, das eigene Denken und Handeln kontinuierlich reflektierend zu überprüfen und im Diskurs mit andern auch kritisch bewerten zu lassen. Qualitätsmängel sind die Vereinzelung in der Berufsausübung, die Verdrängung der eigenen emotionalen Anteile, die sich auf therapeutische Handlungen auswirken, wie Angst oder Überschätzung. Therapeuten und Ärzte denken erst an das System und seine Zwänge, bevor sie den Patienten sehen. Dessen Problem wird so lange umdefiniert, bis es zu den Abrechnungsmodalitäten passt. Damit bleibt die menschliche Kultur des Helfens und Heilens auf der Strecke. Opfer dieses Systems sind der redliche Arzt und der Heilung suchende Patient. Vorteile haben auf beiden Seiten die rücksichtslosen Egoisten und Zyniker.

*U. N.: Sehen Sie dabei unterschiedliche Schwachstellen bei PsychoanalytikerInnen und VerhaltenstherapeutInnen?*

E. H.: Die Psychoanalytiker laufen Gefahr, die Bedeutung des Hier und Jetzt unterzubewerten. Die Verhaltenstherapeuten sehen manchmal nicht, mit welchen tiefen Wurzeln das aktuelle Verhalten eines Menschen verwoben ist. Auf beiden Seiten mangelt es an offenem Austausch. Feindbilder werden errichtet, anstatt dass man beide beruflichen Identitäten als unterschiedliche Ausprägung eines gemeinsamen Wollens sieht. Ich sehe darin auch das Ergebnis der herrschenden Pfründe-Konkurrenzkämpfe.

*Es geht darum, im Gesundheitswesen individuelle und soziale Gesundheit miteinander zu verknüpfen.*

*U. N.: Qualitätssicherung in der Medizin, aber auch in der Psychotherapie ist heute an – scheinbar? – harten Daten ausgerichtet: Wie lange dauert's? Was kostet's? Hält das Ergebnis dem Vergleich stand? Wären das auch Ihre Kriterien?*

E. H.: Es geht darum, im Gesundheitswesen individuelle und soziale Gesundheit miteinander zu verknüpfen. Ziel einer modernen Heilkunst ist es, Menschen zu einem höheren Maße an Autonomie zu führen, damit sie ihr Leben eigenständig meistern können, trotz eines körperlichen, seelischen oder sozialen Handicaps. Wenn ich dieses Ziel anstrebe, brauche ich als erstes Autonomie beim Therapeuten selbst. Ein Therapeut, der in seiner inneren Orientierung von Honorar- und Systemzwängen abhängig ist, also die Autonomie aufgegeben hat, wird schwer in der Lage sein, seine Patienten zu einem Mehr an Autonomie zu führen. Wenn aber Autonomie als Ziel feststeht, muss dieses Mehr an Autonomie mit einem möglichst günstigen Ressourceneinsatz erreicht werden. Dazu ist der Therapeut verpflichtet, weil er die Mittel ja aus einer Solidargabe bekommt. Der haushälterische Umgang damit heißt, Ressourceneinsatz zu optimieren und nicht Medizin oder therapeutische Intervention zu maximieren.

*Mit entwürdigender Überwachung und Fremdbestimmung bekomme ich eine zerstörerische oder zerstörte Kommunikation.*

*U. N.: Da eine Revolution herbeizuführen...*

E. H.: Naja. Aus der Psychotherapie und Psychoanalyse hat sich ja auch eine Menge an Systemwissen entfaltet, und die humanistische Psychologie ist ganz wesentlich prägend für die Gestaltung großer Organisationen. Die werden heute nicht mehr als Räderwerke gesehen, sondern als Netzwerke, als Organismen mit einem emotionalen, geistigen und körperlichen Aspekt. Diese Sichtweise ist sinnvoll und ein Weg, um die Krise unserer Großorganisationen – und unser Gesundheitswesen ist eine Großorganisation – zu lösen.

*U. N.: Nur haben heute Leute mit anderen Konzeptionen das Sagen.*

E. H.: Ja, heute haben Menschen das Sagen, die sich das Gesundheitswesen wie eine Megamaschine vorstellen. Hier steht eine Neuorientierung an. Sie wird erzwungen werden, weil sich am Übergang von der Industriegesellschaft zur Kommunikationsgesellschaft auch die Denkmuster wandeln. Das Zeitalter der Psychotherapie wird erst kommen. Denn psychosoziale Gesundheit wird zur Ressource gesellschaftlicher Entwicklung.

*U. N.: Ihre Kasse steckt bis zu 20 % der Aufwendungen für ambulante Behandlung in Psychotherapie. Das heißt, Sie haben ein großes Interesse daran, dass sich diese Investition rentiert. Frei nach dem Motto «wer zahlt schafft an» gibt es bei den Krankenkassen die Auffassung, sie hätten die Kriterien und Methoden der Qualitätssicherung zu bestimmen. Wie sehen Sie das?*

*Wir müssen zu einer gemeinsamen Problemsicht kommen und die Grenze zwischen Krankenkasse und Dienstleistern aufheben zugunsten einer gemeinsam verantworteten Heilkunst in sozialer Verantwortung.*

E. H.: Wir müssen aufhören mit diesen Feindbildern. Wir müssen zu einer gemeinsam Problemsicht kommen und die Grenze zwischen Krankenkasse und Dienstleistern aufheben zugunsten einer gemeinsamen verantworteten Heilkunst in sozialer Verantwortung.

Ich arbeite an einem Netzwerk von verantwortungsbewussten, politisch wachen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Wir streben im Interesse der solidarischen Community – und das ist die Versichertengemeinschaft immer – gemeinsam optimale Ergebnisse an. Wenn ich eine Krankenkasse realisieren will, bei der das Sein wichtiger ist als das Haben, brauche ich eine Vertrauensbeziehung zu den Therapeuten: ein Miteinander, eine partnerschaftliche Kooperation, bei der jeder seine Funktion wahrnimmt, aber auch transparent machen muss. Die Krise des jetzigen Systems ist die profitgierige Optimierung von Partikularinteressen oder die vom Geld gesteuerte Unvernunft.

*U. N.: Herr Dr. Huber, ich danke Ihnen für das Gespräch.*

DIE FRAGEN STELLTE URSULA NEUMANN

# BuchTipps



Susanna Carolusson

## «Da drin ist noch jemand!»

Tobias' Leben nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma

In deutscher Sprache herausgegeben von Edda Klessmann. Aus dem Schwedischen übersetzt von Inger Hille.

2003. 198 S., mit zahlreichen Abb., darunter 13 farbige, Kt € 24.95 / CHF 42.80 (ISBN 3-456-83960-X)

Dies ist die ergreifende Geschichte eines jungen Mannes, der ein schweres Schädel-Hirn-Trauma erleidet. Dank der fachlichen Kompetenz und dem persönlichen Engagement seiner engsten Umgebung gelingt es, ihn in die Welt zurückzuholen, für die er fast schon verloren war.



Brigitte Boothe / Wolfgang Marx (Hrsg.)

## Panne – Irrtum – Missgeschick

Die Psychopathologie des Alltagslebens in interdisziplinärer Perspektive

Mit einem Vorwort von Mario Erdheim.

2003. 232 S., 1 Figur, 7 Abb., Kt € 29.95 / CHF 49.80 (ISBN 3-456-83878-6)

In diesem Buch geht es um die Dynamik innerer Verstrickung, die sich als Störfall in der sozialen Welt inszeniert. Untersucht wird die Fehlerfreundlichkeit im technischen Bereich. Der Charme der Dummheit und das Schöpferische der Panne bilden den Höhepunkt.

<http://Verlag.HansHuber.com>



Verlag Hans Huber  
Bern Göttingen Toronto Seattle

## AUS DEN REGIONALVERBÄNDEN

### HAMBURG

#### Kader-Bufferfett statt Katzentisch



Obwohl die berufspolitische Situation der Psychotherapeuten ein Katerfrühstück am Katzentisch nahegelegt hätte, wollten wir mit diesem Motto zu unserem Neujahrsempfang am 8.1.2003 ausdrücken: So leicht sind wir nicht an den Rand zu drängen – zumal dann nicht, wenn wir es schaffen, einen Zusammenhalt auch über die Berufsgruppen und Berufsverbände hinweg herzustellen.

Um Beziehungsaufbau und Beziehungspflege ging es uns also vor allem bei der Einladung an Kollegen und Kolleginnen, die sich in Hamburg für berufspolitische Fragen engagieren.

Wir dachten: Die Gelegenheit, sich in lockerer Atmosphäre bei Speis und Trank über die Erfahrungen des alten Jahres auszutauschen und über die Aussichten für das neue Jahr nachzudenken oder Pläne zu schmieden, gibt es nicht so häufig, und von der Teilnahme an Sitzungen, Gremien, politischen Veranstaltungen und Verbandstreffen allein wird der Mensch nicht satt.

Das Literaturhaus in Hamburg bot den geeigneten Rahmen, ausreichender Raum, Stehtische und Sitzgelegenheiten sorgten für Beweglichkeit, das Buffet war gelungen und der Service angenehm.

Die gewählten Vertreter der Psychotherapeutenkammer fanden sich für eine Zeitlang zu einer Gruppe zusammen und diskutierten über die bevorstehende Wahl des Kammerpräsidenten, ansonsten gab es aber viele Querkontakte und so manche «Aha-Erlebnisse» («das ist also Herr/Frau ...»). Alte Animositäten kamen gegen Ende des Abends noch auf den Stehtisch, als Herr Schildt – Justitiar der DGPT und Rechtsvertreter bei einigen Prozessen – damit konfrontiert wurde, den vvph seinerzeit einmal als «Kaninchenzüchterverein» titulierte zu haben. Er relativierte seine damalige Bemerkung, die im Zustand von hoher Erregung gefallen sei, was er im Nachhinein als Ausrutscher bedauerte. Es schloss sich eine Diskussion über die Vorzüge der Kaninchenzucht an, und der Abend wurde in Freundschaft beendet.

Wir planen, den allseits als gelungen empfundenen Neujahrsempfang als jährliches gesellschaftliches Ereignis zu wiederholen!

URSULA MEIER-KOLCU

### NORDWÜRTTEMBERG

#### Psychotherapie in der frühen Kindheit



Seit einigen Jahren nun schon sind psychoanalytisch ausgerichtete Interventionen bei verschiedenen Symptombildern wie unstill-

bares Schreien, Ess- und Schlafstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern mehr in den Blickpunkt unserer täglichen Praxis gerückt. Hatte man in früheren Zeiten diese Symptombilder noch als «funktionelle Störungen» betrachtet, so lassen sich heute verstärkt psychoanalytische Erklärungsmuster erkennen, die die genannten Symptombilder als Ausdruck einer Eltern-Kind-Beziehungsstörung ansehen. Psychoanalytisches Verständnis von Entwicklung bietet hier die Grundlage in der psychotherapeutischen Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern.

Umso unverständlicher zeigt sich hier wieder einmal die Haltung der KV Nord-Württemberg, die die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in der Behandlung von Kleinkindern verweigert hatte. Die betroffenen Kolleginnen klagten gegen diese Entscheidung der KV. Der folgende Text gibt eine Stellungnahme von Rechtsanwalt Dr. Martin Hirschmüller zu den Urteilen des Sozialgerichts Stuttgart wieder. Inzwischen wurde bekannt, dass die KV Nordwürttemberg auf eine Revision verzichtet, die sie sich bis Ende Januar vorbehalten hatte. Psychotherapeutische Leistungen für Säuglinge und Kleinkinder können also künftig wieder abgerechnet werden.

VOLKER DETTLING

#### Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bei Säuglingen und Kleinkindern

Das Sozialgericht Stuttgart hat in 4 Urteilen vom 21.11.02 (S 5 KA 343/01; S 5 KA 1232/02; S 5 KA 4109/00 und S 5 KA 1645/02) entschieden, dass psychotherapeutische Leistungen bei Säuglingen und Kleinkindern zu erstatten sind.

Geklagt haben 2 analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen. Die KV Nord-Württemberg hatte die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für probatorische Sitzungen (EBM 870), für biographische Anamnese (BM 860) und Kurzzeittherapien (EBM 871) für Kinder unter dem 4. Lebensjahr nicht anerkannt, obwohl in mehreren Fällen fachgutachterliche

Empfehlungen zur Übernahme der psychotherapeutischen Behandlungen vorlagen.

Die KV hat geltend gemacht, der Begriff «Säugling» beschreibe das Alter bis 12 Monate und der Begriff «Kleinkind» das Alter bis 4 Jahre. Der Begriff «Kind» im EBM umfasse somit erst Kinder ab dem 5. Lebensjahr. Zwar habe das LSG Baden-Württemberg in früheren Entscheidungen einen grundsätzlichen Abrechnungsausschluss für Leistungen, die bei Säuglingen und Kleinkindern erbracht worden seien, nicht gesehen, soweit der EBM allein auf die Formulierung «Kind» abhebe. Unabhängig vom Alter müsse aber eine Behandlungsmöglichkeit im Sinne der Leistungslegenden gegeben sein. Eine solche Behandlungsmöglichkeit sei mit Blick auf die Gebührennummern EBM 870 und EBM 871 zu verneinen, weil es sich hierbei um gesprächstherapeutische Leistungen handle, die einer verbalen Kommunikationsfähigkeit des Patienten bedürften. Eine derartige Kommunikationsfähigkeit liege bei Säuglingen und Kleinkindern entwicklungsbedingt nicht vor mit der Folge, dass die Abrechnung der Leistungen nach den Gebührennummern EBM 870 und EBM 871 bei diesen Personen ausgeschlossen sei.

Das Sozialgericht Stuttgart hat in den erwähnten 4 Urteilen diese Auffassung zurückgewiesen. Es hat zum einen ausgeführt, dass die Vergütung psychotherapeutischer Behandlungen von Säuglingen und Kleinkindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres zu Unrecht abgelehnt worden sei. Weder die Leistungslegenden der genannten Gebührennummern noch die Psychotherapie-Richtlinien, noch die Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung enthielten eine ausdrückliche Bestimmung der Altersgrenze, ab der die Gebührennummern EBM 860, 870 und 871 abgerechnet werden könnten oder aber einen ausdrücklichen Ausschluss der Berechnungsfähigkeit bei Patienten unter 4 Jahren. Das Gericht hat sich – im Anschluss an frühere Grundsatzzurteile des LSG Baden Württemberg vom 25.10.00 – auf den Standpunkt gestellt, die von der KV vorgenommene Differenzierung finde in den zitierten Bestimmungen keine Grundlage. Der Begriff «Kind» umfasse grundsätzlich die Zeitspanne von der Geburt des Kindes bis zu einem Alter von 14 Jahren, die Bezeichnung «Kind» stelle mithin den Oberbegriff dar, der – soweit aus dem Zusammenhang seiner Verwendung nicht ausdrücklich das Gegenteil hervorgehe – auch ein Kind in den ersten Lebensjahren mit einschließe.

Zusammenfassend hat das Gericht festgestellt, der Leistungsinhalt der streitigen Gebührennummern sei vollständig erbracht worden. Nach den auf den Abrechnungsscheinen angegebenen Diagnosen habe auch jeweils ein seelisches Krankheitsbild vorgelegen. Die Klägerinnen hätten deshalb Anspruch auf Vergütung der in den streitigen Quartalen und Behandlungsfällen erbrachten psychotherapeutischen Leistungen.

## SACHSEN

### 3. Sächsischer Psychotherapeutentag

Am 20.11.2002 fand in Dresden der 3. Sächsische Psychotherapeutentag statt, eine Veranstaltung der im Freistaat aktiven Berufsverbände bvvp, DGVT, Vereinigung und VPP.

Im Jahresturnus wechselt die Organisation dieses Tages unter den Verbänden, diesmal war die Landesgruppe Sachsen im bvvp an der Reihe. Unter dem Motto «Ambulante Psychotherapie – Vielfalt statt Einfalt» haben wir versucht, die hiesige Situation in der ambulanten Psychotherapie abzubilden, nachdem im vergangenen Jahr die klinische Psychotherapie im Vordergrund gestanden hatte.

Nachdem wir dieses für uns «schwerwichtige» Vorhaben geschultert hatten, hatte uns Prof. Joraschky, der Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der TU Dresden, Unterstützung bei der Auswahl und der Gewinnung von Referenten angeboten. Gemeinsam hatten wir uns mit ihm auf Referate von Prof. Dr. Schneider, Ordinarius in Rostock, und Dr. Infried Tögel aus Radebeul, dem «Nestor» der ambulanten Psychotherapie in Sachsen, verständigt. Unsere Idee eines Podiumsgesprächs mit niedergelassenen Therapeuten wollte er sofort unterstützen.

Zunächst sprach Prof. Schneider unter dem Titel: «Psychotherapie – Was hat sie für eine Zukunft?» Er führte aus, dass es trotz der Vielfalt in der von der GKV finanzierten Psychotherapie einen grauen Markt für «Psycho»-Leistungen gibt, und stellte die Frage, ob dieser Markt als schillerndes Angebot oder als Alternative aus Enttäuschung erlebt werde. Die Vielfalt in unserem Fach sei zunächst einmal eine Vielfalt an «Schulen», wobei eine Schule eine Ätiologie braucht, ein Krankheitskonzept, den Nachweis der Wirkung.

Die Anfänge der Psychotherapieforschung nach Freud sind um 1950 mit Verbatim – Protokollen zu finden, gleichzeitig experimentelle Ansätze bei der VT. Seit Sloane und Luborsky wird Outcome-Forschung betrieben, die bekannteste Studie im deutschsprachigen Raum ist bisher die von Grawe; Gewinner ist bisher die VT, auf dem 2. Platz liegen psychodynamische Psychotherapien.

Als genereller Wirkmechanismus von Psychotherapie wird die affektive Erfahrung eingeschätzt, als empirisch gesicherter Wirkfaktor die therapeutische Beziehung.

Unter finanzpolitischen Aspekten stehen «Störungswissen» und «Veränderungswissen» seit längerem hoch im Kurs, manualisierte Programme werden favorisiert, wobei die VT davon ausgeht, individualisierte Behandlung sei weniger effektiv. Nach Kiesler ist dort der «Uniformitätsmythos» zu entdecken, der eine «Störung» einwandfrei – nach ICD-10 – über individuelle Züge hinweg dingfest macht. Nach Beutler jedoch sollten Interventionen fokussiert werden an speziellen Facetten des Individuums, wie z. B. Krankheitsmotivation, Krankheitskonzept, sozialer Unterstützung.

Wir finden also heute Ansätze, die stärker störungsorientiert sind, versus Ansätze, die sich hierzu nicht eignen. In Rostock z. B. wird eine Kombination angewandt, indem Angstpatienten mit VT in einem psychodynamischen Setting behandelt werden. Entsprechend anzuwendende Ergebnisse der neuesten Psychotherapieforschung stellen Ahrens und Schneider in ihrem aktuellen Lehrbuch (Kapitel über empirische Psychotherapieforschung) dar.

Für die Zukunft sieht Prof. Schneider die Psychotherapie im Rahmen der GKV bedroht, verweist auf die Notwendigkeit, als Psychotherapeuten in ambulante rehabilitative Maßnahmen einzusteigen, d. h. entsprechend den Erkenntnissen der Organisationspsychologie direkt in der Arbeitswelt oder auch mit arbeitslosen Menschen tätig zu werden. Gleichzeitig sieht er innerhalb der GKV eine Bedrohung chronisch kranker Patienten (mixed neurotics) durch ökonomische Zwänge, hier gibt es nämlich keine Chroniker-Programme.

Ausdrücklich sprach Prof. Schneider unsere Dresdner Bundestagsabgeordnete auf die letztgenannten ökonomischen Aspekte an, indem er noch einmal betonte, dass psychische Erkrankungen inzwischen den ersten Platz auf der Ursachenliste für Frühberentungen einnehmen. Frau Dr. med. Marlies Volkmmer, MdB, eine ärztliche Kollegin, FÄ für Dermatologie und seit September 2002 für die

SPD im Bundestag, Mitglied des Gesundheitsausschusses, war Gast auf unserer Veranstaltung und stellte sich in der Pause der Diskussion mit den beiden Professoren und dem bvvp-Vorstand.

Dr. Infried Tögel aus Radebeul, psychologischer Psychotherapeut und Supervisor, mit 75 Jahren einer der Nestoren im hiesigen Raum, sprach zur Geschichte der Psychotherapie in Sachsen:

1931 fand der 6. Allgemeine Kongress der Psychotherapie unter Beteiligung von Heyer, Grodeck, Schulz und Kretschmer in Dresden statt, durch den 2. Weltkrieg wurde die Tradition abrupt abgebrochen, 1953 wurde die erste therapeutische Einrichtung in Leipzig eröffnet, Dr. Wendt wirkte in Dresden, die Kliniken in Erlabrunn und Rodewisch mit psychodynamischer Psychotherapie wurden eingerichtet.

1960 Gründung einer Abteilung für Psychosomatik am Krankenhaus Dresden-Neustadt durch Chefarzt Dr. Born, einer Kinderpsychotherapie in Leipzig durch Frau Dr. Wieck.

Herr Tögel führt aus, dass in der DDR vor allem stationäre Psychotherapie üblich war, an Polikliniken tätige Kollegen waren selten. Es gab nach seiner Einschätzung ein weitgehendes kollegiales Verständnis zwischen Ärzten und Psychologen, die Auseinandersetzungen rund um das PTG seien ihm persönlich deshalb fremd vorgekommen.

In der Diskussion konnten die von ihm

an die anwesenden Kollegen gestellten Fragen, warum Psychotherapeuten heute allein in ihrer Praxis arbeiten würden und warum es fast keine Gruppenpsychotherapie gäbe, eindeutig auf die finanziellen Bedingungen zurückgeführt werden.

Den 75 Teilnehmern unserer Veranstaltung schilderten im Teil 8 niedergelassene Kolleginnen und Kollegen (4 Ärzte, 4 psychologische Psychotherapeuten) ihren Arbeitsalltag bzw. die besonderen Erfahrungen seit ihrer Niederlassung. Ähnlich bunt und spannend, wie wir das bei einer Veranstaltung des bvvp in Hamburg vor einem Jahr erlebt hatten – daher war unsere Idee «importiert» –, fesselten die Berichte die Zuhörer so sehr, dass Prof. Schneider seinen Zug zurück nach Meck-Pom zu verpassen drohte.

Sehr bedrängend erlebten alle die Schilderungen dreier psychiatrischer Kolleginnen, Frau Anderssen-Reuster und Frau Kaltenbach aus Dresden, Frau Frauendorf aus Chemnitz, die ihre psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxen in den letzten Monaten aufgeben bzw. umgestalten mussten unter dem Druck der niedrigen Punktwerte (unter 90 % PT) bzw. der von der KV angedrohten Arzneimittelregresse/Rückzahlungsforderungen wegen zu hochfrequenter Abrechnung von Gesprächsleistungen.

Frau Rhee-Park, psychologische Psychotherapeutin, in Korea geboren und bis 2001

in Nordrhein im stationären Bereich tätig gewesen, beschrieb ihr «doppeltes Fremdsein» in der Psychotherapie sowohl mit der deutschen Kultur als nun auch mit der sächsischen Identität und den inneren und äußeren Spuren der DDR-Vergangenheit.

Herr Pohl, psychologischer Psychotherapeut, hat seine Praxis erst vor einem Jahr gegründet, nachdem er Mitte der 90er Jahre aus dem Westen nach Pulsnitz an die Psychosomatische Klinik Schwedenstein gewechselt war. Schnell fand er sich auf seinen letzten klinischen Schwerpunkt, die VT-Arbeit mit Borderline-Patienten, festgelegt und berichtete, wie sehr er sich unter diesem Gewicht nach der Teamarbeit in der Klinik zurückgesehnt habe. Seine Sehnsucht bildete den lebendigen Gegensatz zu Frau Anderssen-Reuster, die 6 Wochen vorher ihre psychiatrisch-psychoanalytische Praxis aus den genannten Gründen gegen die relative finanzielle Sicherheit einer Oberarzt-Stelle in ebener Klinik hatte eintauschen müssen.

Frau Hellmann, Gynäkologin und ärztliche Psychotherapeutin, stellte die Arbeit in ihrer Frauenarztpraxis mit inzwischen 4 Kolleginnen, davon 2 psychotherapeutisch tätig, vor und betonte immer wieder, dass ihre Kollegin und sie sich die Psychotherapie dank der «Subvention» durch die Gynäkologie «leisten» würden.

SABINE SCHMITT-DREES

# Selignow

# Verlagsservice



**Lindenstraße 25  
12207 Berlin**

Fon 030 . 60 90 29 6-0, Fax -22  
E-Mail: [info@selignow.de](mailto:info@selignow.de)

### Wir bringen Ihr Buch in Form

- ❖ Speziell Geisteswissenschaften, Alte Sprachen
- ❖ Sie sollen ein Manuskript druckfertig abliefern? Und haben keine Zeit? Klarer Fall für uns!
- ❖ Service: Registerautomatisierung, Lektorat, Grafikerstellung u. v. a. m.
- ❖ Beratung Digitaldruck (Book on demand)
- ❖ Vom Gestalter des bvvp-magazins

**[www.selignow.de](http://www.selignow.de)**

# ÄRGERNIS DES QUARTALS

## Der Hass, der zum Krieg führt

Bis Redaktionsschluss hab ich darüber gebrütet diesmal, was die Rubrik «Ärgernis» füllen sollte. Nicht, dass es kein Ärgernis gäbe: Das den Psychotherapeuten geklaute Geld, das vor und nach Inkrafttreten des PTG in andere Fachgruppentöpfen verschwunden und nie wieder aufgetaucht ist, der Klau derjenigen Kollegen, die auf Kosten der Ehrlichen nicht nur Leistungen für Tote abgerechnet haben, sondern auch nicht Erbrachtes für eine wohl weit größere Zahl von «Abrechnungseicheleichen», also für noch lebendige Patienten, deren Daten mit Hilfe eines gewährenden Chipkartenlesers über eine oder mehrere Quartalsgrenzen transferiert wurden (sie sind deutlich schwieriger aufzuspüren als richtig Tote)... Es sind der möglichen Themen viele. Doch so ärgerlich dies alles ist, es schien nicht stimmig. Warum?

Die politische Großwetterlage, der drohende Krieg mit all seinen Schrecken drängt immer wieder nach vorn ins Bewusstsein: Eine halbe Million Kinder unter 5 Jahren sind im Irak in den zwölf Jahren des Embargos gestorben, die Gesundheitsversorgung ist weitgehend zusammengebrochen, die Zivilbevölkerung schon jetzt ausgeblutet. Sie leidet unsäglich und lebt unter der ständigen Bedrohung, dass es noch viel, viel schlimmer kommt. Die UN rechnen im Falle eines Krieges mit 1 Million Flüchtlingen, mit bis zu einer Viertelmillion Toten; im Falle eines Bürgerkriegs, beim Einsatz von Atomwaffen – nicht einmal das schließen die USA aus –, könnten gar mehr als 3 Millionen Menschen sterben, Spätfolgen nicht mitgerechnet. Was ein solcher Krieg für die übrige Welt bedeutet, ist nicht abzusehen. Mit Afghanistan und dem Irak drohe ein imperialer Dauerkrieg gegen «das Böse», sagen die Ärzte von IPPNW. Mit den geschätzten Kriegskosten der USA in Höhe von 100 Milliarden \$ könnte man die Gesundheitsbedürfnisse der Ärmsten der Welt für 4 Jahre finanzieren, haben sie errechnet.

Die bereits bestehende humanitäre Katastrophe droht sich ins Unvorstellbare auszuweiten, sollte es wirklich zum Krieg kommen. Für mich als Psychotherapeutin besonders beklemmend ist dabei das Phänomen und das Ausmaß des Hasses, der seit langem gezielt geschürt und immer weiter angefacht wird, ja der gar als positives Potential erlebt und eingesetzt wird. Dieser immense Hass ist es, der weltweit alles zum Schweigen zu bringen droht, was Menschlichkeit ausmacht, und der, wenn ihm nicht Einhalt geboten wird, ein nicht mehr fassbares tödliches Potential entfesseln könnte.

Als Psychotherapeuten kennen wir Hass als schwer handhabbar in den individuellen Therapien. Was bedeutet er als kollektives Phänomen? Wie gefährlich ist dieser maligne Hass, gepaart mit Macht und unreflektierter Selbstüberschätzung? Kann uns, die wir in individuellen Bezügen mit Hass umzugehen gelernt haben, unser Wissen im Umgang mit diesem immensen kollektiven Hass helfen? Was ist zu tun, damit er nicht zu einem Weltbrand führt?

Joe Lichtenberg, Repräsentant der Selbst-Psychologie und einer der profiliertesten Denker der heutigen Psychotherapie, schildert in einem Vortrag «Hatred and its Rewards», wie im individuellen Menschen ein Hass-Szenario entstehen kann, wie es sich im psychischen

Gefüge verfestigt und ausweitet, bis ihm das gesamte Erleben des Menschen untergeordnet ist. Es ist dann jederzeit abrufbar, wenn es darum geht, unangenehmen Gefühlen wie Demütigung, Angst, Scham, Enttäuschung auszuweichen, Spannungen abzureagieren und über Rache und Vergeltung aus jeder Art von narzisstischem Verlust zumindest potentiell Genugtuung und Gewinn zu ziehen. Diese Art von «Gewinn» macht es so schwer, auf ein Hass-Szenario zu verzichten, denn es dient dem, der hasst, als Zufluchtsort, der bei jeder neuen narzisstischen Gefährdung für ihn verfügbar ist.

Lichtenberg sieht solche Hass-Szenarien auch als Bestandteil von Erfahrungen in Gruppen, in Rassen und Nationen: Hier entsteht über Gefühle von Zugehörigkeit und Teilhabe ein zusätzlicher «Gewinn», der scheinbar vitale Kraft verleiht (wir kennen das aus unserer deutschen Geschichte).

Neben dieser «freiwilligen» Teilhabe kann es zu einer quasi erzwungenen Teilhabe kommen, wenn über die Rollenerwartung des Hasenden im Sinne von projektiver Identifikation Druck ausgeübt wird, sich in einer bestimmten Weise zu verhalten. Auch dieses Phänomen spielt heute kollektiv eine fatale Rolle. Jeder Psychotherapeut weiß, wie schwer es ist, solchem Druck standzuhalten und das Hass-Szenario aufzulösen oder ihm auch nur Konstruktives entgegenzusetzen.

Eine einfache Lösung gibt es weder in der individuellen therapeutischen Situation noch für unsere gegenwärtige hochbrisante kollektive Konstellation. Einen Hinweis findet man bei Lichtenberg: Nicht einsteigen in eine vehement aufgezwungene Interaktion, die gegenüber dem Übermaß an Hass, wenn nicht ebenfalls von Hass, dann nur bestimmt sein könnte von Ohnmacht, Hilflosigkeit oder Aggression, sondern sich «als unabhängiges Zentrum der Initiative zur Geltung zu bringen» mit einem, wie er es nennt, «disziplinierten spontanen Engagement». Wie sich das ausformen könnte, mit welchem Ergebnis, ist offen. Es trifft sich jedenfalls mit dem Gedankengut von Zivilgesellschaft und Global Governance, das heute immer mehr Menschen aufgreifen, die das Dictum der Mächtigen in Frage stellen.

Wenn Sie dieses Heft in Händen halten, sind vielleicht fatale Entscheidungen gefallen. Wie es auch laufen wird: Solange das Hass-Szenario nicht verwandelt ist in ein Miteinander, solange nicht auch bei den Mächtigen die Werte Toleranz, Achtung vor dem Anderssein, Mitgefühl, Menschlichkeit bestimmend werden, solange werden wir alle weiter bedroht sein.

Uns bleibt es, Zusammenhänge zu erkennen und zu benennen, damit viele sie sehen können, und uns bleiben der Protest und der beharrliche Kampf gegen zynische Resignation und das Bewahren der Hoffnung «Eine andere Welt ist möglich». Denn: Wir bleiben in der Verantwortung, wir alle.

URSULA STAHLBUSCH



## FÜR UNS GELESEN

YALOM, IRVIN

### Der Panamahut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht

Nicht nur, aber auch ein Buch zum Thema QS: Yalom, Altmeister der Psychotherapie, gibt hier die Früchte seiner Lebensarbeit weiter. In 85 kleinen Kapiteln sagt er, was gute Therapie ist, und plädiert für den nötigen förderlichen Umgang des Therapeuten mit sich selbst.

Im Kapitel «Kreieren Sie für jeden Patienten eine neue Therapie» wendet er sich entschieden gegen Standardisierung der Therapie, wie sie gegenwärtig von der psychotherapeutischen Therapieforschung angeboten werde. Sie habe *«bestenfalls sehr wenig mit der Realität zu tun»*, Therapie werde *«ins Groteske verzerrt, wenn man sie in eine Form zwingt, die es unerfahrenen, unzureichend ausgebildeten Therapeuten (oder Computern) ermöglicht, einen immer gleichen Therapieverlauf anzubieten ... Eine der wahren Abscheulichkeiten der Krankenversicherungs-Bürokratie ist das immer stärkere Setzen auf eine Standardtherapie, die vom Therapeuten verlangt, eine vorgeschriebene Reihenfolge einzuhalten ...»*. Immer wieder betont er den therapeutischen Wert der Beziehung, deren Nutzung im Hier und Jetzt. Beziehung sei nicht standardisierbar. Er plädiert für eine vielfältige lebenslange Selbsterfahrung, das wertvollste Instrument des Therapeuten sei nun mal das eigene Selbst.

In den USA würde von vielen Krankenversicherungen nur noch «Empirisch Valuierte Therapie» (EVT) bezahlt; Lehrpläne würden entsprechend gestaltet, bei Prüfungen, mit denen Zulassungen erteilt werden, achte man darauf, dass «die Psychologen vom Wissen um die Überlegenheit der EVT durchdrungen» seien usw.

Eine weitere Warnung: «Hüten Sie sich vor Berufsrisiken»: «Isolation in der klösterlichen Abgeschlossenheit der Eins-zu-eins-Sitzung», Belastungen durch Idealisierung und Entwertung und das ständigen Ausgesetztsein dem primitiven und verdrängten Material, Suicid von Patienten, dies alles sei besonders belastend in Zeiten eigener Lebens-

Krisen und unter der ständige Überlastung infolge des ökonomischen Drucks. Deshalb dränge er Therapeuten zu Supervisionsgruppen.

Das letzte Kapitel: «Genießen Sie Ihre berufsbedingten Privilegien»: Der heilsame Einfluss auf unsere Patienten gebe unserem Leben Sinn. Unser Beruf sei nicht nur ein Schutz gegen Stagnation, er biete die Möglichkeit, uns selbst zu transzendieren, uns zu entwickeln und zu wachsen, es sei auch eine intellektuelle Herausforderung, die Entwicklung, Funktion und Förderung des menschlichen Geistes zu erforschen. Es sei ihm immer als außerordentliches Privileg erschienen, der Zunft der Heiler anzugehören, die sich seit Anbeginn der Zeit menschlichen Elends angenommen haben.

Ich hätte dieses Buch gern nicht am Ende, sondern zu Beginn meiner therapeutischen Tätigkeit gelesen.

URSULA STAHLBUSCH

YALOM, IRVIN (2002), *Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht*. btb, ISBN 3-442-72848-7, 9 €

### VERBRAUCHERZENTRALE IM NORDEN Psychotherapie – Auswahl, Finanzierung, Vertragsbedingungen, Schutz vor Missbrauch

Ich könnte es bei dem Satz belassen «nach der Lektüre habe ich fünf Exemplare bestellt.» Aber ob das allein überzeugt?

Wir hatten bereits «Chance Psychotherapie» der Verbraucher-Zentrale positiv besprochen. Dies ist nun eine Kurzinformation für Menschen, die aktuell die Aufnahme einer Psychotherapie erwägen. Folgerichtig wird informiert über die nicht nur für Laien oft verwirrenden unterschiedlichen Qualifikationen und Bezeichnungen von PsychotherapeutInnen oder die Finanzierung der Therapie durch gesetzliche und private Krankenkassen bzw. im Erstattungsverfahren. Ein bisschen arg an der leidvollen Realität vorbei geht allerdings der Rat, man möge die Therapieentscheidung gemeinsam mit den «be-

handelnden Ärzten, insbesondere mit Fachärzten für Psychotherapie oder Psychiatrie fällen», hilfreicher ist, dass den potentiellen PatientInnen quasi eine Checkliste an die Hand gegeben wird, um bei der Therapeuten-suche Spreu vom Weizen zu trennen. Wichtig sind auch die Kriterien, um «normale» und notwendige Therapiekrisen von einem Entgleisen und von Missbrauch zu unterscheiden.

Vor allem ist der Ratgeber hilfreich, weil er die Rechte der PatientInnen benennt (und sei es nur das Recht, Fragen an die Therapeuten stellen zu dürfen!). Allerdings wäre es illusionär zu glauben, die real existierenden PatientInnen wären heute schon in der Lage, alle Ratschläge zu befolgen, dazu ist die Therapeut-Patienten-Beziehung noch zu schief. Als Hilfe auf dem Weg zur Mündigkeit der PatientInnen, aber auch zur eigenen Qualitätssicherung – sehr empfehlenswert.

VERBRAUCHERZENTRALE IM NORDEN (2001), *Psychotherapie. Auswahl, Finanzierung, Vertragsbedingungen, Schutz vor Missbrauch*, 2,56 €.

Zu bestellen bei: Verbraucher-Zentrale Hamburg, Tel. 040-248320, Fax 040-24832290 E-Mail: info@vzhh.de

URSULA NEUMANN

### TODENHÖFER JÜRGEN Wer weint schon um Abdul und Tanaya – Die Irrtümer des Kreuzzugs gegen den Terror

Als letztes noch reingequetscht, weil es so wichtig ist: Todenhöfers eindringliches Plädoyer gegen den Krieg im Irak, den er als schweres völkerrechtliches Verbrechen sieht.

Die Sanktionen der letzten 12 Jahre wurden von der westlichen Welt ohne großen Protest hingenommen. Sie haben einer halben Million Kleinkinder das Leben gekostet. Das sei unser Verbrechen, schreibt er. Sie verletzen Menschenrechte und seien zu Massenvernichtungswaffen gegen ein ganzes Volk geworden. Graf Sponeck, 2000–2001 UN-Koordinator des ÖL-für-Lebensmittel-Programms,



sei deshalb wie bereits sein Vorgänger unter Protest von seinem Amt zurückgetreten. Bagdad, einst die Hauptstadt der kulturellen Welt, sei eine tief verwundete, gebrochene Stadt. Zerstörte Schulen, Mangel an Medikamenten, schmutziges Wasser treffe v.a. die Kinder. Zehntausende hungernder Straßenkinder gebe es allein in Bagdad. Aber:

»Wer weint schon um Abdul und Tanaya?«  
«George W. Bush war noch nie im Irak. Er hat noch nie ein irakisches Krankenhaus gesehen, noch nie irakische Kleinkinder, die sterben müssen, weil wir im Kampf gegen das Böse so »prinzipienfest«, so »gut« sind. Was sind schon 500.000 irakische Kleinkinder, wenn es gilt, »dem Guten« zum Durchbruch zu helfen?»

T. sieht den internationalen Terrorismus als die schwierigste Herausforderung unserer Zeit. Er belegt in einer faktenreichen Analyse, dass Terror mit Kriegen nicht zu bekämpfen ist, dass Krieg – abgesehen von dem unsäglichen Leiden einer unschuldigen Zivilbevölkerung – nur den Terroristen in die Hände arbeitet, die einen »funktionierenden Feind« brauchen. »Es könnte sein,« schreibt T., »dass wir 30 Tage Bomben auf den Irak mit 30 Jahren Terrorismus bezahlen.«

Der Bombenkrieg in Afghanistan habe viel mehr Menschen getötet als die Terroranschläge des 11. September. Das werde als »unvermeidlicher Kollateralschaden« auf der Jagd nach bin Laden abgetan. Wie viele Menschen darf man töten, um einen Terroristen zu fangen oder einen Diktator abzusetzen? fragt er. Die USA versuchten, die millionenschwere Pleite des Afghanistan-Krieges immer noch als Erfolg zu verkaufen und nehmen den Irak als nächstes ins Visier, auch wieder voll auf Kosten der Zivilbevölkerung.

Todenhöfer kennt die Situation in Afghanistan und im Irak aus eigener Anschauung. Er ermöglicht dem Leser eine Zusammenschau entscheidend wichtiger Fakten und Zusammenhänge, die wenigstens unserem Nichtwissen abhelfen können. Er geht sehr hart ins Gericht mit der Politik der Bush-Administration, aber auch mit denen, die jede rationale Stellungnahme zu dieser fragwürdigen Politik mit dem Totschlag-Vorwurf »Anti-amerikanismus« belegen – als ehemals aktiver CDU-Politiker eine sehr beachtens- und achtenswerte Position. Nach der Lektüre des Buches fragt man sich, wie es irgendjemand weiter möglich ist, den – wie Todenhöfer es nennt – »Erdölkolonialismus«, dem Bush alle Werte unserer abendländischen Kultur zu opfern bereit ist, nicht mit aller Kraft zurückzuweisen.

Lesen Sie dieses Buch, kaufen Sie es am

besten gleich im Dreierpack und verschicken Sie es an Leute, die guten Willens sind.

URSULA STAHLBUSCH

TODENHÖFER, JÜRGEN (2003): *Wer weint schon um Abdul und Tanaya? Die Irrtümer des Kreuzzugs gegen den Terror*. Herder, ISBN 3-451-28115-5, 19,90 €

GEISLER, LINUS

### Arzt und Patient – Begegnung im Gespräch

92 % der befragten PatientInnen hätten gewünscht, das Gespräch zwischen Arzt und Patient solle stärker in den Vordergrund rücken, schreibt der Autor im Vorwort – dies ist die beste Begründung für die Notwendigkeit dieses Buches. Denn wenn man liest, wie derzeit »Qualität« in Medizin und Psychotherapie gesichert werden soll, dann spielt dieser Aspekt keine Rolle, oder – wie Linus Geisler, Mitglied der Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin, formuliert – »Der »technologische Imperativ« scheint den kommunikativen Spielraum des Arztes immer mehr einzuengen«. Gegen diesen Irrweg kämpft Geisler beharrlich in der Überzeugung, dass Menschlichkeit rational und Rationalität, die den Namen verdient, menschlich ist. Er wirbt für das gleichberechtigte Gespräch in der Überzeugung, dass dadurch nicht nur die PatientInnen emanzipierter werden.

Ausführlich, aufgeteilt in kleine Häppchen und unterhaltsam zu lesen, bringt er den (ärztlichen) LeserInnen das nahe, was im Studium (und danach) zu kurz gekommen ist: Gesprächs»techniken«, Förderung von Compliance, das Sprechen mit »schwierigen Patienten« usw. Jeweils ein großer Abschnitt ist z. B. dem Gespräch mit chronisch Kranken, Schmerz- und Aids-PatientInnen, Behinderten, Suizidgefährdeten, mit Menschen auf der Intensivstation gewidmet. Die vierte Auflage wurde durch ein Kapitel über das ärztliche Gespräch mit AusländerInnen ergänzt. Antworten werden gegeben, wie man mit Todkranken und Sterbenden spricht, und so trägt das Buch zur Überwindung der Hilflosigkeit bei, die häufig der Grund ist, weshalb sich ÄrztInnen vor diesen Situationen drücken.

Mein Tipp: Wenn Sie das Buch gelesen haben, schenken Sie es Ihrem Hausarzt!

GEISLER, LINUS S.: *Arzt und Patient, Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*. 4. erw. Aufl. 2002. 415 S. m. Abb. 21 cm. Kartoniert. 532gr., ISBN: 3-89786-041-4, 34,90 €

URSULA NEUMANN

BAUER, JOACHIM

### Das Gedächtnis des Körpers

Ein echtes Pro-Psychotherapie-Buch: Wirksamkeit und Notwendigkeit der Psychotherapie werden aus Sicht der Ergebnisse der neuesten Hirnforschung dargestellt, spannend für den Laien, der »Fachmann« findet Neues und Wertvolles. So kommen Forschungen der Entwicklungspsychologen und der »harten« Wissenschaften zusammen.

Am meisten beeindruckt mich, wie es Bauer gelingt, aufgrund dieser neuesten Forschungsergebnisse die von Depressiven meist als beschämend erlebten Symptome und »Coping-Unfähigkeiten« als »richtig somatische« neuronale Netzwerk-Verschaltungen darzustellen, die am besten durch Psychotherapie zu verändern sind. Aus eigener Erfahrung weiß ich, wie sehr sich ein Patient entlastet fühlt und öffnen kann, wenn ich ihm diese Zusammenhänge erkläre. Dass es gute Studien gibt, die zeigen, dass Psychotherapie im Gegensatz zu alleiniger Pharmakotherapie das Risiko für weitere depressive Episoden senkt, war mir ebenso wenig bekannt wie die Studien über enge Zusammenhänge zwischen Depression und Herzkrankungen.

Über PTBS und Schmerzpatienten gibt es Neues. Die beschriebenen Experimente mit subliminalen Reizen erstaunen, auch die Rolle von Endorphinen als Auslöser von Dissoziationen. Zahlen über Missbrauch und Traumatisierung nochmals so deutlich zu sehen – der Praxisalltag bestätigt das! Wie wichtig die vor der Trauma-Bearbeitung erarbeitete »Präsenz«, ein Dableibenkönnen, guter emotionaler Kontakt sind, kann ich ebenfalls nur bestätigen.

Ein Buch, das für die Positionierung der Psychotherapie bei der Neugestaltung unseres Gesundheitssystems wichtig sein kann!

JOSEF RABENBAUER

BAUER JOACHIM (2002): *Das Gedächtnis des Körpers – Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Eichborn-Verlag, ISBN 3-8218-3956-2, 19,90 €

RAUCHFLEISCH, UDO; FROSSARD, JACQUELINE; WASER, GOTTFRIED; WIESENDANGER, KURT; ROTH, WOLFGANG

### Gleich und doch anders

Das Buch gibt einen historischen Überblick zur psychodynamischen und soziologischen Sicht der Homosexualität, beschreibt das



Konzept «internalisierte Homophobie» als Reaktion auf den «jederzeit herrschenden Heterosexismus», dies bei homo- wie heterosexuellen TherapeutInnen und PatientInnen. Strukturierung von Phasen des coming-out-Prozesses, Überlegungen zu Übertragungsdynamik und spezifischen Krankheitsbildern geben dem Praktiker und auch dem an Theorie und Selbstreflexion Interessierten Stoff zum Nachdenken.

Interessant sind die Ausführungen zur Psychodynamik von Störungen des narzisstischen Gleichgewichts bei homosexuellen und bisexuellen PatientInnen. Die Überlegungen stellen m.E. mancherorts postulierte Zusammenhänge vom Kopf auf Füße: Narzisstische Defizite seien nicht a priori als Zeichen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung zu werten, vielmehr sei zu prüfen, ob solche Defizite nicht als «normale» Folgen einer langdauernden Verunsicherung des «anders» Fühlenden zu begreifen seien. Dies kann für Diagnostik und therapeutische Intervention bedeutsam sein. Ebenso die Zusammenschau von Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik, die ich mir allerdings etwas umfassender gewünscht hätte. Hier erscheint mir manches verkürzt; unterrepräsentiert auch die Beiträge von Frauen und damit auch z.B. die Reflexion des Settings lesbische Therapeutin-lesbisch/heterosexuelle Patientin. Eine realistische Abbildung der Verhältnisse? Jedenfalls ein Thema für weitere Studien. Das Verdienst des Buchs: Ein vernachlässigtes Problem wird zur Sprache gebracht.

RENATE GEIB

UDO RAUCHFLEISCH et al., *Gleich und doch anders, Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren*

## LESERBRIEFE

*Angehörigen, Klett-Cotta 2002, ISBN 3-608-94236-X, 27,50 €*

Dieser Leserbrief steht als pars pro toto für viele «Kleinpraxen-Betreiber», die für zu wenig Geld tun, was sie können:

Liebe Frau Kollegin Stahlbusch, mit Ihrem Beitrag «Schon wieder Sonderbehandlung für Psychotherapie» sprechen Sie mir altem Hasen (25jähriges Praxisjubiläum, d.h. ca. 30.000 Betriebsstunden auf dem Buckel) aus der Seele! Falls ich nicht die Sofortrente aus der Glückspirale gewinne, werde ich wohl auch mit 70 noch arbeiten! Seit Jahren – vor allem nach Steuernachzahlungen für die wenigen «fetteren» Jahre – kann ich mir keine adäquate Altersvorsorge mehr leisten. Übrigens arbeite ich seit Jahren nur noch ca. 40–42 Wochen mit 25–30 Sitzungen, was mir über beide Ohren reicht und was, wie ich finde, für jeden von uns mehr als genug ist auf Dauer. Das wären maximal 1200 Sitzungen/Jahr zuzüglich Büro und Supervision und Fortbildung und und und ... 1000 Sitzungen würden auch reichen, damit wir uns nicht «krank schaffen, um für kranke Tage was auf die Seite zu legen» (H. D. Thoreau).

Ihnen frohes Schaffen und freundlichen Gruß

DR. CHRISTOPH PIRKER,  
FA F. PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN,  
SCHEIDEGG

## Die AutorInnen

**BOWE, NORBERT**, FA für PTM, bvpv-Vorstand, Kirchzarten • **CLEVER, BIRGIT**, Dr. med., 1. Vorsitzende des bvpv und vpps, Delegierte der KV Südbaden, Mitglied des gemeinsamen Beirats der Landesärztekammer und der Landeskammer PP/KJP, Freiburg • **DEPPE, HANS-ULRICH**, Prof. Dr. med., Professor für medizinische Soziologie und Direktor des Instituts für medizinische Soziologie im Universitätsklinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main. • **DETLING, VOLKER**, AKJP, 2. stellvertretender Vorsitzender des bvpv-Vorstands, Redaktion bvpv-magazin, Ettlingen • **FOLLERT, PETER**, Dipl.-Psych., Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Freiburg i. Br., Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin • **GEIB, RENATE**, Dipl.-Psych., Saarbrücken • **KLETT, MARTIN**, AKJP, Mitglied des Vorstandes des bvpv und vpps, Delegierter der KV Südbaden, Delegierter der Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg, Mitglied des gemeinsamen Beirats von Landesärztekammer und Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg, Freiburg • **KORTE, MEINHARD**, Dr. med., FA für PTM und Allgemeinmedizin • **MEIER-KOLCU, URSULA**, Dipl. Psych., kooptierte Beisitzerin und Delegierte des RV Hamburg, Hamburg • **NEUMANN, URSULA**, Dipl.-Psych., bvpv-Redaktion, Delegierte der KV Südbaden und der Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg • **RABENBAUER, JOSEF**, Dr.med., FA für PTM, Freiburg • **RESCHKE, ANGELA**, Dipl.-Psych., Heilpraktikerin, Verbraucher-Zentrale Hamburg e.V., Abteilung «Gesundheitsdienstleistungen/Patientenschutz» • **SCHMITT-DREES, SABINE**, Ärztin, Psychotherapie, 1. Vorsitzende des RV Sachsen, Ullersdorf • **SCHNEIDER-REINSCH, ELISABETH**, Dipl.-Psych., Mitglied im Vorstand des bvpv, 2. Vorsitzende des VHVP, Mitglied des Vorstandes der Landeskammer PP/KJP Hessen, Abgeordnete der KV Hessen • **STAHLBUSCH, URSULA**, Dr. med., FA für PTM, PT, PA, bvpv-Redaktion, RV Bayern – erw. Vorstand u. Beirat, Prien • **VOGEL, HEINER**, Dipl.-Psych., Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg, Klinikstr. 3, 97070 Würzburg E-mail: h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de

## Warnung! Mobile Lesegeräte!

**Ab September sind die bisherigen mobilen Chipkarten-Lesegeräte nicht mehr zulässig!**

Es handelt sich um eine zwar längst fällige, nichts desto weniger aber schlecht koordinierte Aktion: Der mit den bisherigen Geräten mögliche und in unbekanntem Ausmaße praktizierte Missbrauch bzw. Abrechnungsbetrug soll endlich unterbunden werden. Das ist gut. Aber aus welchen Gründen auch immer ist die kurzfristige Lieferung der neuen Geräte und die entsprechende Koordination mit den Software-Programmen schwierig. Die Gefahr ist, dass Sie Ihren neuen Kartenleser installiert haben und Ihr Update noch nicht auf dem aktuellen Stand ist oder umgekehrt. **Sie können dann keine Karten einlesen!**

Deshalb setzen Sie sich unbedingt mit Ihrem Softwarehaus in Verbindung, damit die Umstellung koordiniert erfolgen kann. Die alten mobilen Lesegeräte sind ab dem 4. Quartal nicht mehr zulässig. Ob Sie Ihr altes Gerät aufrüsten können oder ein neues benötigen, erfahren Sie bei dem Hersteller, Ihre örtliche KV wird Sie auch beraten.

## DIENSTLEISTUNGEN

### Inora Life: Innovative Kapitalanlage mit Garantie

*Nach den schmerzlichen Börsenentwicklungen der letzten drei Jahre dürfte dieses Garantieprodukt auf großes Interesse stoßen. Die Kapitalanlage eignet sich insbesondere für diejenigen, die kein Verlustrisiko eingehen möchten, aber dennoch an den Chancen des Aktienmarktes teilhaben wollen.*

#### Zum Produkt:

Es handelt sich hierbei um eine fondsgebundene Lebensversicherung mit 5-jähriger Beitragszahlungsdauer, einer Gesamtlaufzeit von 12 Jahren und einem Investmentkonzept, das bislang in Deutschland einzigartig ist. Der jährliche Mindestbeitrag liegt bei 2.500 €, somit liegt der Gesamtbeitrag bei mindestens 12.500 €. Die Auszahlung ist einkommenssteuerfrei. Fragen zum Gesundheitszustand werden nicht gestellt.

Die Beiträge werden in einem Garantiefonds angelegt, der international in Aktien von 12 Unternehmen investiert ist, die jeweils zu den erfolgreichsten und größten Unternehmen ihrer Branchen gehören. Garantiegeber ist die Société Générale, eine der bekanntesten europäischen Investmentbanken mit mehr als 80.000 Mitarbeitern in 75 Ländern und einem Börsenwert von 29 Mrd. (gelistet im Eurostoxx 50).

Welche Garantien werden Ihnen geboten? Hier sind zwei mögliche Fälle zu unterscheiden:

*Fall A* (Leistungsgarantie mit einer Verdreifachung des eingezahlten Kapitals):

Wenn keine der 12 Aktien des Fonds in den letzten drei Jahren der Laufzeit (also im 10.–12. Jahr) unter 60 % des Anfangskurses gefallen sind, wird Ihnen das Dreifache des eingezahlten Kapitals ausbezahlt. Dies entspricht einer jährlichen Rendite von 11,48 % auf das eingezahlte Kapital.

*Fall B* (Beitragsgarantie als Mindestleistung):

*Sollte eine der 12 Aktien des Fonds in den letzten drei Jahren der Laufzeit unter 60 % des Anfangskurses gefallen sein, wird eine an den tatsächlichen Marktwert angepasste Summe ermittelt und ausgezahlt. Jedoch selbst im ungünstigsten Falle gilt eine Mindestgarantie: Die Auszahlungssumme kann nicht unter das eingezahlte Kapital fallen.*

#### Unsere Bewertung:

Die Wahrscheinlichkeit, dass nach zwölf Jahren das Dreifache des ein-

gezählten Kapitals zur Auszahlung kommt, halten wir für recht hoch. Denn in den letzten 20 Jahren wäre bei Betrachtung der 12 Aktien des Fonds immer der Fall A eingetreten. Und dieser Fall tritt selbst dann ein, wenn die Kurse aller 12 Aktien innerhalb der letzten drei Anlagejahre um jeweils bis zu 40 % fallen würden (!). Und selbst im ungünstigsten Fall besteht für den Anleger auf Grund der Beiträgerhaltsgarantie kein Verlustrisiko. Dies würde sich so mancher wünschen, der in den letzten Jahren in Aktien und Aktienfonds investiert hat.

Bei einem Vergleich der Inora Life mit unserem Gruppenvertrag bei der Standard Life kommen wir zu folgender Einschätzung: Sollte die Börsenentwicklung der nächsten 12 Jahre sehr gut verlaufen und eine Wertentwicklung von 11,48 % übertroffen werden können, hätte Standard Life die Nase vorn. Bei einer darunter liegenden Börsenentwicklung läge Inora Life vorn, sofern bei Inora Life der oben beschriebene Fall A eintritt. Sollte jedoch bei Inora Life auf Grund einer entsprechend kritischen Börsenentwicklung der Fall B eintreten, wäre Standard Life aller Voraussicht nach auf Grund von Rücklagenbildungen überlegen. Und wenn eine längere Laufzeit als 12 Jahre angestrebt wird, käme von beiden Möglichkeiten ohnehin nur die Standard Life in Frage.

Weitere Informationen und Antragsunterlagen zu Inora Life senden wir Ihnen auf Anforderung gern zu.

HARTMUT SCHEELE

### Im Brennpunkt: Lebens- und Rentenversicherungen in der Krise?

In den letzten Monaten rauschte es kräftig im Blätterwald: Die lang anhaltende Flaute an den Kapitalmärkten – gekennzeichnet durch einen lang andauernden Tiefstand der Zinsen und durch Verluste an den Aktienbörsen – macht auch vor den Lebens- und Rentenversicherungen nicht halt. Und so mancher, der sich auf diese vermeintlich sichere Form der Altersvorsorge verlassen hat, musste besorgt die Meldungen über sinkende Erträge und schwindende Reserven bei den Kapitalversicherungen zur Kenntnis nehmen. Bei einigen deutschen Gesellschaften steht zur Zeit selbst die Erzielung eines Garantiezinses von 3,25% in Frage.

Dennoch muss man hier differenzieren: Gesellschaften mit vergleichsweise hohen Rücklagen können die beschriebene Situation besser überstehen und verkraften. Auch ist zu fragen, wo die Alternativen liegen. Denn wer in den letzten Jahren in Einzelaktien oder Aktienfonds investiert hatte und zum Teil kräftige Verluste hinneh-



men musste, wäre schon über eine bescheidene Wertentwicklung von wenigen Prozentpunkten hocherfreut.

Letztlich zeigt sich in der derzeitigen Situation, wie gut man daran tut, bei der Auswahl einer Kapitalversicherung auf deren Finanzkraft zu achten. Und hierbei kommt den Bewertungsergebnissen der bekanntesten rating-Agenturen wie Standard & Poors und Moody's eine besondere Bedeutung zu.

Und ganz offensichtlich lagen wir bei der Auswahl unseres Partners für unseren bvvp-Gruppenvertrag richtig: Die bereits seit 1825 bestehende britische Standard Life zählte nicht nur zu den in den letzten Jahrzehnten auszahlungsstärksten Gesellschaften in Europa, sondern gehört auch aktuell – u. a. auf Grund ihrer Kapitalstärke – europaweit zu den am besten bewerteten Gesellschaften.

Im Unterschied zu den deutschen Kapitalversicherungen hat die überwiegende Investition in Aktien bei den britischen Kapitalversicherern eine lange Tradition und erfolgt mit einem sehr leistungsfähigen und erfahrenen Kapitalanlagemanagement. Dieses Anlagekonzept hat sich langfristig als das bisher deutlich erfolgreichere erwiesen. Abgesichert wird die Aktien-orientierte Anlagestrategie durch die Bildung von Rücklagen. Diese werden in guten Börsenzeiten aufgebaut, um dann in schwierigen Zeiten die Wertentwicklung der einzelnen Versicherungsverträge subventionieren zu können und für einen möglichst ausgeglichenen Wertverlauf zu sorgen.

Neben der monatlichen laufenden Besparung können Sie auch Einmalbeiträge ab 5.000 € aufwärts anlegen. Die Mindestlaufzeit beträgt 12 Jahre.

Nähere Informationen zu unserem Gruppenvertragspartner Standard Life senden wir Ihnen auf Anforderung gern zu.

Haben Sie als Selbstständige(r) über Ihren Ehepartner einen «abgeleiteten Anspruch», werden auf Ihren eigenen Riester-Renten-Vertrag ausschließlich die Ihnen zustehenden staatlichen Zulagen eingezahlt. Ein eigener Beitrag entfällt hier.

Über die direkt vom Staat gezahlten Zulagen hinaus gibt es in bestimmten Fällen noch zusätzliche Steuervorteile. Füllen Sie hierzu in Ihrer Einkommenssteuererklärung zukünftig die neue Anlage «AV» aus. Dann errechnet das Finanzamt im Rahmen der sog. «Günstigerprüfung» für Sie, ob über die direkt auf den Riester-Vertrag gezahlten Zulagen hinaus Ihnen noch zusätzliche Steuervorteile zustehen.

HARTMUT SCHEELE,

AVB Versicherungs- und Finanzdienstleister des bvvp

Anfragen an: bvvp-Dienstleistungen Manfred Falke, Triftstr.33, 21255 Tostedt, Tel. 04182/21703, Fax 04182/22927, Email [vvpnds@bvvp.de](mailto:vvpnds@bvvp.de)

**Besuchen Sie auch die bvvp-homepage**

**[www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)**

**Während das bvvp-magazin «fürs Grundsätzliche» zuständig ist,  
finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung.**

---

**Das bvvp-magazin hat eine eigene Webseite:**

**[www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de)**

**Online Anzeigen aufgeben, in älteren Heften recherchieren,  
nachbestellen, abonnieren, u.v.a.m.**

# VERANSTALTUNGEN

## Weiterbildung, Kongresse, Reisen

von bis	Veranstaltung	Kontakt
2003-04-09	<b>Roland Kachler: Lass die Liebe tanzen.</b> Lesung. Stadtbücherei Esslingen, Kutschersaal Webergasse 4-6, Esslingen/Neckar. 20.00 Uhr	
2003-04-12 2003-04-26	<b>53. Lindauer Psychotherapiewochen.</b> 1. Woche: Kindheit hat Folgen! 2. Woche: Lebensthemen und Lebenssinn.	www.lptw.de 089/2916 3855
2003-04-20 2003-04-24	<b>Diplom Seminarleiter/in für Organisations- und Familienaufstellungen.</b> Studium. Studiendauer: 1 Jahr, Blockstudium, SOF-03, 20.04.-24.04.2003, 10.08.-14.08.2003, 01.12.-05.12.2003, 03.03.-07.03.2004, 1.900,- €. Akademie für Psyche und Soma, Wiesenweg 20, 53121 Bonn. Telefon: 0228/96 28 695, Fax: 0228/9628715	www.akademie-ps.de
2003-04-30 2003-05-03	<b>Leidenschaft und Verantwortung im Herzen von Konflikten:</b> 4. Internationale Arbeitstagung zu Systemaufstellungen, Congress Centrum Würzburg Aufstellungen von Familien, Organisationen, Volksgruppen, Nationen. Inhalte und Schwerpunkte: Die Zukunft der Aufstellungsarbeit – Neues, Mutiges und Zukunftsweisendes im therapeutischen, pädagogischen und juristischen Feld, bei der Weiterentwicklung von Organisationsaufstellungen und vor allem im interkulturellen und politischen Bereich: Aufstellungen bei akuten Konflikten großer Gruppen, Friedens- und Versöhnungsarbeit in Aufstellungen.	www.hellinger.com
2003-05-03 2003-05-10	<b>Genusswandern mit Hans Jelluscheck:</b> Die nächsten Schritte – Paare auf dem Weg. Eine «etwas andere» Kurswoche für Paare. In dieser Woche soll Paaren Gelegenheit gegeben werden, im intensiven Dialog miteinander ihre Beziehung zu reflektieren. Vormittags werden jeweils zwei Impulsreferate gehalten, die ins Thema führen und an die sich ein angeleiteter Austausch zwischen den Paaren anschließt (keine Paartherapie). Schöne Wege und Rastplätze erwarten uns in der zweiten Tageshälfte. Etwa 2 bis 3-stündige Wanderungen führen uns durch die besondere Landschaft der Toskana. Leitung: Dr. Hans Jelluscheck (Paararbeit), Manfred Bögle (Wanderungen). 3.-10.5.2003 (Sa 18- Sa 10 Uhr), Fattoria Montestigliano, Rosia/Siena (Toskana) € 875,- Kursgebühr pro Paar zzgl. € 840,- Halbpension pro Paar. Vor Ort können Fahrtkosten/Eintrittsgelder in Höhe von ca. € 35,- anfallen.	www.genusswandern.de
2003-05-09 2003-05-11	<b>Humor in der Therapie. Workshops mit FRANK FARELLY:</b> Freitag: 18- ca. 20 Uhr Deutsche Einführungsveranstaltung von Dr. Eleonore Höfner, Samstag: 10-18 Uhr Sonntag: 9-16 Uhr, Seminargebühr: 380,- € (ohne Hotel und Verpflegung)	www.provokativ.com
2003-05-15 2003-05-21	<b>Ayurveda-Basis-Studium</b> in Bierstein. Leiter: Dr. Shive Narain Gupta Kurs-Nr. ABS03.2	www.mahindra-institut.de
2003-05-16 2003-05-18	<b>Bildgestalten mit Musik.</b> Termine: 16.05.-18.05.2003 und 10.10.-12.10.2003. Lehrgangsort: Alte Schmiede Vollmershain. Leitung: Lehrmusiktherapeut Doz. Dr. phil. habil. Christoph Schwabe. Gebühr: 150,- €	www.musiktherapie-crossen.de
2003-05-28 2003-06-02	<b>Psychoanalyse und Körpertherapie:</b> Fortbildung in Staufen im Breisgau. 2 Gruppen zu ca. 14 Teilnehmern, Arbeit zum Teil getrennt, zum Teil im Plenum. Schwerpunkte Gisela Worm: berufsbezogene Selbsterfahrung, Gegenübertragungsprozesse und Handlungsperspektiven; Tilmann Moser: Themenbezogene Selbsterfahrung und Supervision von Behandlungsfällen bei laufenden oder neu eingeführten körperlichen Interaktionen. Kosten 310,- € plus Vollpension ca. 50,- € pro Tag.	G. Worm 07623/828666 T. Moser 0761/60304
2003-06-02 2003-06-06	<b>Einführung in die Gestalttherapie:</b> Ein selbsterfahrungsorientiertes Intensivseminar. (anerkannt als Bildungsurlaub) mit Anke Doubrava und Horst ter Haar (leiten diesen Workshop jeweils zur Hälfte) Mo. 9.30 – Fr. 15.00	www.gestalt.de
2003-06-20 2003-06-21	<b>Wege aus der Wortlosigkeit – aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie.</b> Psychosomatische Universitätsklinik Heidelberg, Maria Syska, PD Dr. G. Seidler. Tel.: 06221/565884	trauma@med.uni-heidelberg.de
2003-09-05 2003-09-06	<b>NIK wird 18! 4. NIK-Kurzkonferenz und 10. Kurzzeittherapiekonferenz der EBTA</b> in Berlin. Norddeutsches Institut für Kurzzeittherapie e.V. (NIK)	www.nik.de
2003-09-12	<b>Ausbildung in gruppenanalytischer Psychotherapie:</b> «Gruppenanalyse Bodensee», das Institut für gruppenanalytische Psychotherapie in Kreuzlingen am Bodensee bietet eine 3-jährige Ausbildung in Gruppentherapie auf psychoanalytischer Grundlage mit Abschlussdiplom an. Info und Anmeldung: H. Freund, Markgrafenstr. 27, 88682 Salem, Tel: 07553-829050, Email: hermann.freund@gmx.de	H.Freund, Markgrafenstr. 27, 88682 Salem, Tel: 07553-829050, Email: hermann.freund@gmx.de
2003-09-19 2003-09-21	<b>Einführungsseminar. Systemische Beratung (DGSF):</b> Durch die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie anerkannte Weiterbildung. Ausbildungsorte: Tagungshäuser in Donndorf bei Artern und Bodelwitz bei Pöbneck. Die Kosten für Übernachtung und Verpflegung sind nicht im Weiterbildungspreis enthalten. Kosten: Ausbildungsgebühr (einschl. Einführungsseminar): 3.500,- €	www.beziehungswerkstatt-jena.de

**Veranstaltungsanzeigen kostenlos aufgeben unter [www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de).**

Bis zu zwei Zeilen (200 Zeichen) gratis (nur 1 x pro Veranstalter), darüber hinaus 12 € pro Zeile (100 Zeichen). Anzeigenaufgabe per Fax (Selignow Verlagsservice, 030-609029622) ist grundsätzlich kostenpflichtig.

# NEUERSCHEINUNGEN

## Argument

*Jahrbuch für kritische Medizin: Qualifizierung und Professionalisierung.* [Bd.37]. 3-88619-816-2. 15,50 €

## Asanger

BREITENBACH, GABY; REQUARDT, HARALD: *Psychotherapie mit entmutigten Klienten.* Herausforderungen. 3-89334-364-4. 29,00 €

HAI SCH, J.: *Der mündige Patient und sein Arzt.* Wie der Arzt die Eigenverantwortung des Patienten fördern kann – ein Trainingsprogramm. 3-89334-396-2. 19,00 €

HEHL, FRANZ J.: *Von der Herkunftsfamilie zur Paartherapie.* Die Abhängigkeit zwischen frühen familiären und späteren Beziehungsproblemen. 3-89334-382-2. 29,00 €

LIMMER, RUTH: *Soziale Bewältigungsregeln in der Partnerschaft.* 3-89334-391-1. 24,00 €

STACHOWSKE, RUTHARD: *Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe.* Drogenabhängigkeit und Familiengeschichte. 3-89334-379-2. 24,00 €

TÖNNIES, SVEN: *Entspannung, Suggestion, Hypnose.* Praxisanleitungen zur Selbsthilfe und Therapie. 3-89334-393-8. 22,00 €

WIEGAND-GREFE, SILKE: *Die präzentierten Probleme in der Familientherapie.* Behandlungswirklichkeit der Paar- und Familientherapeuten und empirische Klassifizierung von Problemtypen. 3-89334-388-1. 24,00 €

## Attempto

KLOSINSKI, GUNTHER: *Kinder- und jugendpsychiatrische Brennpunkte.* Für Sozial-, Sonder- und Heilpädagoginnen. 3-89334-356-1. 24,90 €

*Besonderheiten seelischer Entwicklung. Störung – Krankheit – Chance.* 3-89334-349-9. 34,00 €

*Grenz- und Extremerfahrungen im interdisziplinären Dialog.* 3-89334-355-3. 38,00 €

## Beltz

LAUTH, GERHARD W.; SCHLOTTKE, PETER F.: *Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern.* 3-621-27474-X. 39,90 €

MUNSCH, SIMONE: *Binge Eating.* Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen. 3-621-27531-2. 39,90 €

SCHANDRY, RAINER: *Biologische Psychologie.* 3-621-27485-5. 49,90 €

STAVEMANN, HARLICH H.: *Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung.* Eine Anleitung für Psychotherapeuten, Berater und Seelsorger. 3-621-27496-0. 34,90 €

*Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik.* 3-621-27472-3. 44,90 €

*Soziale Phobien.* Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. 3-621-27541-X. 34,90 €

*Trainingsprogramme zur schulischen Förderung.* Compendium für die Praxis. 3-621-27518-5. 19,90 €

## Carl-Auer-Systeme

GULOTTA, GUGLIELMO: *Gemeinsam in die Falle gehen.* Vom Beziehungsdrama zum Happy End. 3-89670-408-7. 12,95 €

KAMPENHOUT, DAAN VAN: *Ich lasse mich finden.* Wie mein Wunschpartner zu mir kommt. 3-89670-406-0. 15,95 €

KLEIN, LOUIS: *Corporate Consulting.* Eine systemische Evaluation interner Beratung. 3-89670-317-X. 24,00 €

LANDAU, DAVID: *Unternehmenskultur und Organisationsberatung.* Über den Umgang mit Werten in Veränderungsprozessen. 3-89670-316-1. 16,00 €

LORENZ-WALLACHER, LIZ: *Schwangerschaft, Geburt und Hypnose.* Selbsthypnose-training in der modernen Geburtsvorbereitung. 3-89670-405-2. 19,95 €

SCHLIPPE, ARIST VON; HACHIMI, MOHAMMED EL; JÜRGENS, GEWISSA: *Multikulturelle systemische Praxis.* Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision. 3-89670-407-9. 22,95 €

*Handbuch der Hypnotherapie*

*bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen.* 3-89670-400-1. 66,00 €

*Mediation und Demokratie.* Neue Wege des Konfliktmanagements in größeren Systemen. 3-89670-402-8. 49,00 €

*Konfliktfelder Wissende Felder.* Systemaufstellungen in der Friedens- und Versöhnungsarbeit. 3-89670-409-5. 26,95 €

## Deutscher Psychologischer-Verlag

NILGES, HEINZ: *Grundriss des Psychotherapeutenrechts für Psychologische und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.* 3-931589-56-9

## DGVT Deutsche Gesellschaft f. Verhaltenstherapie

BORG-LAUF, MICHAEL: *Kommentierte Literaturliste für die Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.* 3-87159-815-1. 2,50 €

CLAAS, PETRA; SCHULZE, CHRISTA: *Prozessorientierte Psychotherapie bei der Traumaverarbeitung.* 3-87159-144-0. 19,80 €

KLEMENZ, BODO: *Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen.* 3-87159-902-6. 24,80 €

LENZ, ALBERT; STARK, WOLFGANG: *Empowerment.* 3-87159-610-8. 19,00 €

NESTMANN, FRANK; ENGEL, FRANK: *Die Zukunft der Beratung.* 3-87159-704-X. 24,80 €

RÖHRL, BERND: *Prävention und Gesundheitsförderung.* Band 2. 3-87159-608-6. 30,00 €

*Lehrbuch der Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Band 2.* Interventionsmethoden. 3-87159-025-8. 49,00 €

*Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialer Versorgung.* 3-87159-019-3. 49,00 €

*Schwierige Zeiten.* Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. 3-87159-901-8. 19,80 €

## edition diskord

*Koordinaten der Männlichkeit.* Orientierungsversuche. 3-89295-728-2. 15,00 €

*Normale Gegenübertragung und mögliche Abweichungen.* Zur Aktualität von R. Money-Kyrles Verständnis des Gegenübertragungsprozesses. 3-89295-729-0. 16,00 €

## Edition Psychosymbolik

DANIS, JOHANNA J.: *Psychosymbolik. Ein Lebensweg.* 3-925350-76-4. 33,00 €

DANIS, JOHANNA J.: *RHS. Reden Hören Sprechen.* Vorträge gehalten am Institut für Psychosymbolik von Oktober 2000 bis Dezember 2001. 3-925350-77-2. 28,00 €

## EHP Edition Humanistische Psychologie

BAULIG, INGE; BAULIG, VOLKMAR; WHEELER, GORDON: *Praxis der Gestalttherapie mit Kindern.* 3-89797-017-1. 19,00 €

FRANZ; KOPP: *Kollegiale Fallberatung. State of the art und organisationale Praxis.* 3-89797-023-6. 19,00 €

KÜMMEL, WINFRIED: *Der Gestaltansatz in der ergotherapeutischen Praxis.* 3-89797-021-X. 19,00 €

PORTELE, GERHARD H.: *Wer bin ich? Gedanken zu Selbst und Nicht-Selbst.* 3-89797-022-8. 22,00 €

SCHIEIN, EDGAR H.: *Organisationskultur.* The Ed Schein Corporate Culture Survival Guide. 3-89797-014-7. 34,00 €

SCHMID, BERND: *Handbuch Systemische Transaktionsanalyse I.* Professionelle Begegnung und Persönlichkeit. 3-89797-019-8. 25,00 €

SCHMID, BERND: *Kollegiale Fallberatung. State of the Art und organisationale Praxis.* 3-89797-023-6. 19,00 €

*Supervision und Beratung.* Ein Handbuch. 3-926176-27-X. 30,00 €

*Zeitschrift für Gestaltpädagogik: Entscheidungen.* [Heft 2]. 3-89797-700-1. 9,00 €

## Hogrefe

BÜSSING, ANDRÉ; DRODOFSKY, ANITA; HEGENDÖRFER, KATRIN: *Telearbeit und Qualität des Arbeitslebens.* Ein Leitfaden zur Analyse, Bewertung und Gestaltung. 3-8017-0994-9. 29,95 €

SACHSE, RAINER: *Klärungsorientierte Psychotherapie.* 3-8017-1643-0. 29,95 €

*Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen.* DSM-IV-TR. Textrevision. 3-8017-1660-0. 129,00 €

*Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden.* 3-8017-1696-1. 49,95 €

*Leitfaden Qualitätszirkel in Psychiatrie und Psychotherapie.* 3-8017-1251-6. 49,95 €

## Huber, Hans

BOOTHE, BRIGITTE: *Panne – Irrtum – Missgeschick.* Die Psychopathologie des Alltagslebens in interdisziplinärer Perspektive. 3-456-83878-6. 29,95 €

CAROLUSSON, SUSANNA: *„Da drin ist noch jemand!“* Tobias' Leben nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma. 3-456-83960-X. 24,95 €

MEICHENBAUM, DONALD; SCHATTENBURG, LOTHAR: *Intervention bei Stress.* Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. 3-456-83893-X. 22,95 €

RYFFEL-RAWAK, DORIS: *Wir fühlen uns anders!* Wie betroffene Erwachsene mit ADS/ADHS sich selbst und ihre Partnerschaft erleben. 3-456-83959-6. 16,95 €

TEEGEN, FRAUKE: *Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen.* Prävalenz – Prävention – Behandlung. 3-456-83806-9. 24,95 €

## Klett-Cotta und Pfeiffer

FONAGY, PETER: *Bindungstheorie und Psychoanalyse.* 3-608-95991-2. 30,00 €

MASTERS, JAMES F.: *Das Selbst und die Objektbeziehung.* Theorie und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. 3-608-91046-8. 35,00 €

PARNELL, LAUREL: *EMDR-Therapie mit Erwachsenen*. Kindheitstrauma überwinden. 3-608-89713-5. 26,00 €

RIEHL-EMDE, ASTRID: *Liebe im Fokus der Paartherapie*. 3-608-91081-6. 27,50 €

RINGWELSKI, BEATE: *Focusing – Ein integrativer Weg der Psychosomatik*. 3-608-89714-3. 19,00 €

ROSENKÖTTER, HENNING: *Auditive Wahrnehmungsstörungen*. Kinder mit Lern- und Sprachstörungen behandeln. 3-608-94344-7. 22,50 €

SUMM; WILTSCHKO; KEIL: *Grundbegriffe der Personenzentrierten und Focusin*. 3-608-89697-X. 35,00 €

TABBERT-HAUGG, CHRISTINE: *Alptrauum Prüfung*. Gestörtes Prüfungsverhalten als Ausdruck von Schwellenängsten und Identitätskrisen. 3-608-89715-1. 20,00 €

*Bindung und Trauma*. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 3-608-94061-8. 38,00 €

*Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit*. 3-608-89717-8. 20,00 €

*Tiefenpsychologie lehren – Tiefenpsychologie lernen*. 3-608-94060-X. 27,50 €

## Klotz, Dietmar

BRANDL, GERHARD: *Zum Mitmenschen unterwegs*. Ein Konzept seelischer Gesundheit. 3-88074-454-8. 17,80 €

KHAN, M. MASUD: *Erfahrungen im Möglichkeitsraum*. Psychoanalytische Wege zum verborgenen Selbst. 3-88074-463-7. 19,80 €

LOTZ, NORBERT W.; SCHOLZ, WOLF U: *FIRST-Papers zur Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. 6 Aufsätze aus den Jahren 1988-1990. 3-88074-455-6. 14,80 €

LOTZ, NORBERT W.: *Das Innere Selbstgespräch*. Wie man seine Gefühle und Verhaltensweisen wirksam beeinflussen kann. 3-88074-456-4. 8,90 €

*Aggression mal konstruktiv*. Ambulante Milieuthérapie in Theorie und Praxis. 3-88074-298-7. 15,20 €

## Königsfurt

FRANZ, MARIE L: *Träume*. 3-89875-071-X. 12,90 €

WINKELHEIDE, MARLIES; KNEES, CHARLOTTE: *... doch Geschwister sein dagegen sehr*. Schicksal und Chancen der Geschwister behinderter Menschen. 3-89875-067-1.

## Pabst Science Publishers

BRENNER, HELMUT: *Autogenes Training*. Der Weg zur inneren Ruhe. 3-936142-62-9. 15,00 €

BRENNER, HELMUT; TRAPPE, MARIANNE: *Herzgesundes Leben*. Herzintakt statt Herzinfarkt. 3-89967-026-4. 15,00 €

BRENNER, HELMUT: *Progressives Entspannungstraining*. Praxis der Tiefmuskelentspannung. 3-936142-61-0. 15,00 €

WÖLK, CHRISTOPH; SEEBECK, ANDREAS: *Brany, das Anti-Zwangs-Training*. Ein computergestütztes Trainingsprogramm für Patienten mit Zwangsstörungen. 3-935357-10-9. 40,00 €

*Das Ende der Geborgenheit?* Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen. 3-89967-002-7. 40,00 €

## Psychiatrie-Verlag

BOCK, THOMAS: *Umgang mit psychotischen Patienten*. Basiswissen. 3-88414-332-8. 12,90 €

BRILL, KARL E.: *Psychisch Kranke im Recht*. Ein Wegweiser. 3-88414-335-2. 12,90 €

CONRAD, KLAUS: *Die beginnende Schizophrenie*. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahnsinns. 3-88414-342-5.

LISOFSKY, BEATE; JANSSEN, LUDWIG: *Psychiatrie und Öffentlichkeitsarbeit*. 3-88414-330-1. 19,90 €

MASON, PAUL T.; KREGER, RANDI: *Schluss mit dem Eiertanz*. Ein Ratgeber für Angehörige von Menschen mit Borderline. 3-88414-337-9. 15,90 €

PETERSEN, ARNE: *Affenstall*. Auf Station. 3-88414-340-9. 12,90 €

SCHAUMBURG, CORNELIA: *Maßregelvollzug*. Basiswissen. 3-88414-334-4. 12,90 €

SCHEIDGEN, ILKA: *Meine Freundin Johanna*. Ein Leben zwischen Manie und Depression. 3-88414-341-7. 13,90 €

WAGNER-NEUHAUS, DORIS: *Depressionen*. Ein Ratgeber für Angehörige. 3-88414-343-3. 12,90 €

*Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime*. 3-88414-339-5. 19,90 €

## Psychosozial-Verlag

FONAGY, PETER; TARGET, MARY: *Frühe Bindung und psychische Entwicklung*. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungs-

forschung. 3-89806-090-X. 36,00 €

GÖDDE, GÜNTER: *Mathilde Freud*. Das Leben der ältesten Tochter Sigmunds und Freudens in Briefen und Selbstzeugnissen. 3-89806-205-8. 29,90 €

MILCH, WOLFGANG E.: *Suizidversuche schizophrener Patienten*. Psychopathologie, Psychodynamik, Prävention. 3-89806-230-9. 29,90 €

NIEMEYER-LANGER, SUSANNE: *Der kreative Dialog der Künstlerin Niki de Saint Phalle*. 3-89806-198-1. 19,90 €

*Bindungsstörungen und Entwicklungschancen*. 3-89806-151-5. 19,90 €

*Freie Assoziation: Das Unbewusste in Organisation und Kultur*. [Heft 03/2003]. 3-89806-215-5. 17,50 €

*Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik: Was macht die Schule mit den Kindern? – Was machen die Kinder mit der Schule?* [Band 15]. Psychoanalytisch-pädagogische Blicke auf die Institution Schule. 3-89806-221-X. 19,90 €

*Psychoanalyse und Körper*. [Heft 2]. 3-89806-246-5. 14,90 €

## Reichert, Ludwig

FROHNE-HAGEMANN, ISABELLE: *Fenster zur Musiktherapie*. Musiktherapie-theorie. 1976-2001. 3-89500-255-0. 24,80 €

LEIDECKER, KLAUS: *Musik als Begegnung*. Schöpferisches Handeln zwischen Pädagogik und Therapie. 3-89500-256-9. 18,00 €

STROBEL, WOLFGANG: *Reader Musiktherapie*. Klanggeleitete Trance, musiktherapeutische Fallsupervision und andere Beiträge. 3-89500-135-X. 18,00 €

*Zur Idee des therapeutischen Nachnährens – was kann Musiktherapie leisten?* Beiträge der 10. Musiktherapie-Tagung des Freien Musikzentrums München 2002. 3-89500-295-X. 15,00 €

## Schattauer

KÖHLER, THOMAS: *Medizin für Psychologen und Psychotherapeuten*. Orientiert an der Approbationsordnung für Psychologische Psychotherapeuten. 3-7945-2238-9. 35,95 €

RÜEGG, J. CASPAR: *Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn*. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin. 3-7945-2150-1. 29,95 €

SPLITZER, MANFRED: *Verdacht auf Psyche*. Grundlagen, Grund-

fragen und klinische Praxis der Nervenheilkunde. 3-7945-2267-2. 22,95 €

*Forensische Kinder, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie*. Aspekte der forensischen Begutachtung. 3-7945-2217-6. 40,95 €

*Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie. Teil I: Leitlinie und Quellentext für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst*. In Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften AÄGP, DGPM, DGPT und DKPM. Teil II: Europäisches Forschungsprogramm, Qualitätsmanagement und Basisdokumentation. 3-7945-2194-3. 29,95 €

*Mit Schizophrenie leben*. Informationen für Patienten und Angehörige. Alliance Psychoedukations-Programm. 3-7945-2245-1. 14,95 €

*Psychosoziale Faktoren der koronaren Herzkrankheit*. 3-7945-2254-0. 29,95 €

## Shaker

BUSSMANN-MORK, BARBER A.: *Rehabilitation mittelschwererer verbaler Lern- und Behaltensstörungen*. Ein evaluativer Vergleich zweier verschiedener Ansätze – funktionsorientiert vs. Alltagsorientiert. 3-8265-9051-1. 39,50 €

DÜSCH, ELKE: *Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie*. 3-8265-8874-6. 49,00 €

HANNÖVER, WOLFGANG: *Vorhersage von Behandlungsergebnissen stationärer Psychotherapie*. Eine Anwendung des CART-Algorithmus auf Qualitätssicherungsdaten. 3-8322-0258-7. 45,80 €

MERZ, CHRISTINE: *Erwachsene Töchter aus alkoholbelasteten Familien*. Entwicklung eines Gruppenangebots für ein spezifisches Klientel von Suchtberatungsstellen. 3-8265-8523-2. 24,50 €

O'CONNOLLY, THOMAS A.; DEMLING, JOACHIM H UND ANDERE: *Psychotherapie und Religion: Eine repräsentative Erhebung unter fränkischen Therapeuten*. 3-8322-0166-1. 35,80 €

SACHSE, RAINER; SCHLEBUSCH, PETER; LEISCH, MARKUS: *Psychologische Psychotherapie des Alkoholismus*. 3-8322-0998-0. 24,80 €

## Springer

HANSCH, DIETMAR: *Erste Hilfe für die Seele*. 3-540-44300-2.

KÖRKELE, JOACHIM; SCHINDLER, CHRISTINE: *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen*. Ergebnisse. 3-540-41157-7.

RAPPE-GIESECKE, KORNELIA: *Supervision*. 3-540-44298-7.

*Handbuch der Familiendiagnostik*. 3-540-41125-9. 49,95 €

*Psychologische Tests für Mediziner*. 3-540-43503-4.

## Thieme

CAMPAGNOLO, INES; FRITZSCHE, KURT; HARTMANN, ARMIN: *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik*. 3-13-128151-0. 39,95 €

HERPERTZ, SABINE C.; SASS, HENNING: *Persönlichkeitsstörungen*. 3-13-128231-2. 69,95 €

HEUFF, GEREON; SENF, WOLFGANG: *Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie*. Das Manual zur Psy-BaDo. 3-13-115051-3. 29,95 €

ROHKAMM; REINHARD: *Taschenatlas Neurologie*. 3-13-124192-6. 32,95 €

*Depression*. Diagnose und Pharmakotherapie. 3-13-104662-7. 17,95 €

## Vandenhoeck & Ruprecht

ROTH, MARTINA: *Träume in der Systemischen Paartherapie*. 3-525-46182-8. 19,90 €

SCHÜTTAUF, KONRAD; SPECHT, ERNST K.; WACHENHAUSEN, GABRIELA: *Das Drama der Scham*. Ursprung und Entfaltung eines Gefühls. 3-525-01471-6. 19,90 €

*Entwicklung nach früher Traumatisierung*. 3-525-46022-8. 19,90 €

*Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen/ Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter*.

– Ethische Grundlagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 3-525-46185-2. 24,90 €

– *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen*. Indikation, Effekte, Verlauf. 3-525-46180-1. 21,90 €

– *Aggressives Verhalten bei Kindern und Jugendlichen*. Prävention, Behandlung. 3-525-46179-8. 24,90 €

*Körperspuren*. Psychoanalytische Texte zu Körper und Geschlecht. 3-525-46024-4. 19,90 €

*So liegt die Zukunft in Finsternis*. Suizidalität in der psychoanalytischen Behandlung. 3-525-45902-5. 15,90 €

*Träume, Spielräume II*. Kreativität und Persönlichkeitsentwicklung. 3-525-46020-1. 19,90 €

# Die Zeitschrift für Erfahrungsaustausch und Diskussion

## Ein Thema, viele Perspektiven

Jedes Heft mit einem aktuellen  
Themenschwerpunkt:

- aus Sicht unterschiedlicher Therapierichtungen  
und Berufsgruppen
- dargestellt anhand ausführlicher Einzelfälle

## Das Herausgeber-Team:

Dr. phil. Dipl.-Psych. Michael Broda  
Dr. phil. Dipl.-Psych. Steffen Fliegel  
Dr. phil. Dipl.-Psych. Arist von Schlippe  
PD Dr. rer. soc. Jochen Schweitzer  
Prof. Dr. med. Wolfgang Senf  
Prof. Dr. med. Ulrich Streeck, M.A.

## Die Themen:

Heft 1/2000	Posttraumatische Belastungsstörungen
Heft 2/2000	Paartherapie
Heft 3/2000	Panik
Heft 4/2000	Borderline Störungen
Heft 1/2001	Gruppentherapie
Heft 2/2001	Bulimie
Heft 3/2001	Sexuelle Störungen
Heft 4/2001	Depressionen
Heft 1/2002	Chronische somatische Erkrankungen
Heft 2/2002	Gefühle
Heft 3/2002	Psychosen
Heft 4/2002	Adoleszenz
Heft 1/2003	Soziale Ängste
Heft 2/2003	Sucht
Heft 3/2003	Zwangsstörungen
Heft 4/2003	Krisenintervention



## Inklusive Online-Zugang\* Recherche im Volltext

[www.thieme-connect.de](http://www.thieme-connect.de)

[www.thieme.de/pid](http://www.thieme.de/pid)

\*gilt nur für das persönliche Abonnement

## Psychotherapie im Dialog

■ Praxisnah

■ integrierend

■ Diskussionsfreudig

Ja,

ich abonniere die Zeitschrift **Psychotherapie im Dialog PiD**

ab

Sie erscheint 4mal im Jahr. Die Hefte erhalte ich direkt vom Verlag.  
Die Berechnung erfolgt über eine Buchhandlung.

Preis 2003 € 99,-

Preis 2003 für Ärzte und Psychologen in psychotherapeutischer Aus- und  
Weiterbildung € 59,-\*

Unverbindliche Preisempfehlung inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten (Inland € 6,60;  
Auslandspreise auf Anfrage). Der laufende Jahrgang wird anteilig berechnet.

\*Berechtigungsnachweis liegt bei. Ermäßigter Preis gilt für maximal 6 Jahre.

X

Datum/Unterschrift

**Vertrauensgarantie:** Ich kann diese Bestellung innerhalb von 10 Tagen  
(Poststempel) durch eine schriftliche Mitteilung an den Georg Thieme Verlag  
widerrufen.

X

2. Unterschrift

Ja,

ich möchte von der Zeitschrift **Psychotherapie Einzelhefte zum Preis von je € 29,90**  
inkl. MwSt., zzgl. Versandkosten Heft Nr. \_\_\_\_\_

FAX 07 11 / 89 31 - 1 33

@ Kundenservice  
@thieme.de

Georg Thieme Verlag,  
PF 30 11 20, 70451 Stuttgart

www.thieme.de



Thieme