

bvvp **magazin**

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

Werte ***in Medizin und Psychotherapie***

- *Gesprächspsychotherapie – quo vadis ?*
- *Bilder vom bvvp-Jubiläum*
- *Interviews: Alf Trojan und Ulrich Schwantes*
- *Abrechnungsbetrug*

*4. Jahrgang
Ausgabe 1/2005*





Räume

Gesuche

4000 niedergelassene Psychotherapeuten erreichen Sie für nur 12 €. Einfach online buchen unter www.cosis.net/ads.

Angebote

Köln: Raum in psychotherapeutischer Praxisgemeinschaft zu vermieten. www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-01/05-87

Mannheim: Raum in Psychol. Praxengemeinschaft an Psychol. Psychotherapeutin/en mit KV - Zula. zu vermieten; Kontakt: 0621 - 3365624 oder 414943

Stellenangebote

Bechten Sie bitte die **Stellenanzeige** auf Seite 13.

Verschiedenes

Psychotherapeutische Weiterbildung

Das Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie bietet ab SS 2005 fortlaufend Weiterbildung in psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Kontakt und Anmeldung: W. Pohlmann, Tel. 0221-425971, Fax 0221-9418361, e-mail: wpohlmann@aol.com www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-01/05-88

Qualitätsmanagement Kompaktkurs inkl. Handbuch. Speziell von Psychotherapeuten entwickelt. Information: Q4 GmbH, Otto-Heilmann-Straße 5, 82031 Grünwald Telefon: 089-693864-0 mra@q4-online.com

Kein Geld im Gesundheitssystem? Öffentliche Kassen Leer? GKV am Ende? Hintergründe und Lösungen in HUMANWIRTSCHAFT. Vollbeschäftigung und gesunde Wirtschaft sind möglich! Probeheft bei: www.humanwirtschaft.org, Humanwirtschaft, Humboldtstr. 108 in 90459 Nürnberg, Tel. 0911-4300 771

Praxis

Praxisgemeinschaften

Psychotherapeut sucht Kollegen/in Sitz Raum Schleswig sucht Kollegen/in wg. Gemeinschaftspraxis Praxis vorhanden sehr schön gelegen Tel. 04621 360 315



KLEINANZEIGEN BUCHEN

Kleinanzeigen bequem buchen mit unserem Online-Anzeigensystem!

Preise

- schnelle Eingangsbestätigung
- kinderleicht zu bedienen
- faire Preise
- rund um die Uhr für Sie da
- superschnelle Chiffre
- Bezahlung per Kreditkarte mit verschlüsseltem Datentransfer
- 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

BUNDESVORSTAND & REGIONALVERBÄNDE

SCHWERPUNKT

DIENSTLEISTUNGEN

INTERVIEW

ÄRGERNIS

FÜR UNS GELESEN

SERVICE

IMPRESSUM

Vorwort	4
Die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie	5
Stellungnahme des bvvp	6
Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen	10
Wahl der PP/KJP für die KBV-VV	11
Die Würfel sind gefallen – ein Kommentar	12
Jetzt fließt endlich Geld	14
Kein Scherz	15
Fachärzte suchen Zusammenarbeit	15
10 Jahre bvvp – Jubiläumsfest in Berlin	16
Turnhosen für Peru – Die Tombola	19

WERTE IN MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE

Die neue Schwerpunkt-Redaktion	20
Werte im Wandel	20
Psychotherapeutische Ausbildung und die Frage der Werte	22
Medizin und Psychotherapie, «Agenten» zwischen Wertebewahrung und Wertewandel	24
Ethische Implikationen von Screening-Verfahren	26
Heile, heile, Segen	28
Was wollen die Patienten?	29
Wunder erwarten – Realität akzeptieren	30
Auszug aus der CD «Die neue Normalität»	30
Wer definiert Gesundheit?	30

Vertragspsychotherapeuten auf Reisen	33
--	----

Der Professor unter der Spreebrücke	34
---	----

Wer sind die Nestbeschmutzer?	36
Post vom Anwalt	37

Für uns gelesen	38
-----------------------	----

Adressen der Regionalverbände	12
Neuerscheinungen	39
Veranstaltungen	40

Impressum	14
-----------------	----

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Birgit Clever

mit dem ersten Magazin 2005 wünsche ich Ihnen privat und beruflich das Allerbeste für das neue Jahr. Ich hoffe es wird ein produktives Jahr. Die Herausforderungen lassen sich – jedenfalls im berufspolitischen Bereich – unschwer erkennen. Ein Jahreswechsel bietet sich immer für Rückbesinnung und Neubestimmung an, diesmal ganz besonders. Geboren aus der antizipatorischen Einsicht, daß die Psychotherapeuten allesamt durch die Seehofersche Gesundheitsstrukturreform im System der Kassenärztlichen Vereinigungen absehbar gewaltig unter Druck geraten würden, hat sich der bvvp innerhalb von 10 Jahren mit seiner bottom up Struktur zu einem auch bundespolitisch schlagkräftigen Verband entwickelt. Wir können inzwischen auf große, nicht nur honorarpolitische Erfolge zurückblicken. Unser Jubiläum in Berlin hat eindrücklich dokumentiert, dass der bvvp in Politik und Selbstverwaltung sehr geschätzt und anerkannt wird. Wichtig bleibt festzuhalten, dass wir trotz unseres ausgewiesenen honorarpolitischen Schwerpunktes nicht in den Ruf egoistisch raffgieriger, ausschließlich monetär orientierter Leute geraten sind, sondern dass unser integratives Engagement in Bezug auf die verschiedenen psychotherapeutischen Gruppierungen genauso wahrgenommen wird wie auch unser in den gesellschaftspolitischen Bereich hineinwirkender Einsatz für bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen und für unsere Patienten. Als wichtiger Meilenstein ist hier die Aktivität des bvvp für das Psychotherapeutengesetz und im Zusammenhang damit auch gegen die gesonderte Zuzahlung in den Jahren 94–98 zu nennen. Es war ganz vorrangig der Verdienst des bvvp, dass die einseitige Zuzahlung ausschließlich bei Psychotherapiepatienten von ursprünglich 25 % des Sitzungshonorars von der Politik wieder fallen gelassen wurde. Wir hatten damals mit einer bundesweiten Umfrage eindrucksvoll belegen können, dass es mit dieser Zuzahlung zu einer Belastung gekommen wäre, die die ausschließlich betroffenen Psychotherapiepatienten nicht hätten schultern können. Es hätte sich in der Folge eine medizinisch nicht vertretbare Versorgungsverschlechterung entwickelt. Bei Interesse können Sie diese Umfrage gerne bei der Geschäftsstelle anfordern.

Beim Jubiläum selbst wurde unser gesellschaftspolitisches Faible ebenfalls sichtbar: Ursula Neumann, der wir zusammen mit Ursula Stahlbusch nicht nur den unverwechselbaren gesellschaftspoli-

tischen Akzent unseres Magazins verdanken, hatte eine wunderbare Tombola organisiert – Turnhosen für Peru. Unser ehemaliges Vorstandsmitglied Marie-Luise Näher ist seit zwei Jahren bei den Indianern im peruanischen Tiefland tätig. Unsere Verbindungen sind nicht abgerissen und das ist gut für beide Seiten. Sie finden in diesem Magazin hierzu auch einen interessanten Bericht.

Ebenfalls finden Sie in diesem Heft die Stellungnahme des bvvp zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie und einen Kommentar dazu. Unser Vorstandsmitglied Elisabeth Schneider-Reinsch hatte sich als Mitglied des Bundesausschusses Psychotherapie bisher für die transparente und zügige Bearbeitung und positive Bescheidung der GT eingesetzt. Im neuen Bundesausschuss wird aller Voraussicht nach niemand vom bvvp mehr vertreten sein.

Und damit kommen wir zur unerquicklichen Seite der Bilanz nach 10 Jahren. Nicht nur auf Ärzteseite ist dem bvvp im letzten Jahr seitens der bisher mit dem bvvp vielfach Seite an Seite agierenden DGPT auf sehr bedauerliche und von uns nicht gewünschte Weise der Boden zur Kooperation entzogen worden (vgl. Bericht in Magazin 3/2004). Inzwischen hat der DGPT-Vorstand auch auf der PP/KJP-Seite die Kooperation mit dem bvvp verlassen und sich u. a. auch auf unsere Kosten, aber auch auf Kosten von vpp und dgvt, mit Vereinigung und DPTV zusammengetan. Lesen Sie dazu den Kommentar von Norbert Bowe. Der DGPT-Vorstand hat mit diesen Aktionen Neuorientierungen in der Verbändelandschaft befördert. Zu wessen Nutzen und Lasten sich letztlich diese Neugestaltung entwickeln wird ist derzeit schwer vorherzusagen. Aber auch primär unerfreuliche Neugestaltungen tragen ja bei aller Irritation auch immer die Chance des Überdenkens und des Neuanfangs in sich. So war es auch schon in Gründungszeiten des bvvp. Damals hat die Seehofersche Gesundheitsreform eine Neuorientierung erzwungen, die uns zwar zunächst geschreckt hat, mit der wir dann aber auch ganz gut fertig geworden sind, indem wir uns aktiv mit den Gegebenheiten auseinandergesetzt haben. Und so werden wir das jetzt auch wieder machen.

Getreu unserem Motto, uns aufgeschlossen mit Neustrukturierungen im Gesundheitssystem auseinanderzusetzen hat sich der bvvp deshalb nicht nur intensiv und produktiv mit dem TK-Modell auseinandergesetzt und in der jetzigen Form an vielen wichtigen Punkten so ausgestaltet, dass es nun in allen 3 Modellregionen inzwischen mit vereinheitlichten Verträgen mit Zustimmung der beratenden Fachausschüsse unterschrieben werden konnte. Wir haben uns auch an der Entwicklung eines Rahmenkonzeptes für Integrierte Versorgungsmodelle zur Depression mit der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie) und dem BVDN (Berufsverband deutscher Nervenärzte) beteiligt und hier eine angenehme und produktive Zusammenarbeit erlebt. Das Rahmenmodell beschreibt Grundzüge des Zusammenspiels ambulanter und stationärer Leistungserbringer im psychotherapeutischen und psychiatrischen Bereich, die allerdings im Falle regionaler Umsetzung bezüglich der konkreten Einschlusskriterien für die Patienten, der Spezifizierung z. B. des psychotherapeutischen Behandlungsangebotes, der am Projekt beteiligten Leistungsträger und der Kalkulation der Vergütungen noch präzisiert werden müssen. Ich bin der festen Überzeugung, dass der bvvp auf seiner Frühjahrstagung die Aufgabe, Bilanz zu ziehen und zukunftsweisende Perspektiven und Strategien zu bestimmen, im produktiven Wechselspiel zwischen Delegierten und Vorstand aufgreifen wird, damit wir mit unserem inzwischen stattlichen bvvp-Schiff weiterhin mit Sinn und Freude durch die berufspolitischen Wogen segeln können.

MIT HERZLICHEN GRÜSSEN
BIRGIT CLEVER

AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK UND DEM BUNDESVORSTAND

Die Anerkennung der Gesprächspsycho- therapie als Richt- linienverfahren steht an

Bereits vor 2 Jahren hatte der Wissenschaftliche Beirat nach Art. 1, § 11 Psychotherapeutengesetz nach eingehender Prüfung die Gesprächspsychotherapie als Verfahren wissenschaftlich anerkannt und zur Psychotherapie-Ausbildung empfohlen. Die Gesprächspsychotherapeutischen Wissenschaftler und Verbände hatten zu allen wesentlichen Indikationsgebieten der Psychotherapie wissenschaftliche Untersuchungen über Wirksamkeit und Nutzen der Methode vorgelegt und für 4 der 8 Hauptindikationsbereiche besonders ausführliches Untersuchungsmaterial von hohen Evidenzstandards vorweisen können.

Nach jahrzehntelanger Entwicklungs- und Ausübungspraxis bei enger Verzahnung mit der wissenschaftlichen Forschung an den psychologischen Universitätsinstituten und nach langer ambulanter Anwendungspraxis unter Bedingungen der Erstattungspsychotherapie wie der Richtlinienpsychotherapie ist es an der Zeit, dass dieses Verfahren auch sozialrechtlich als weiteres Richtlinienverfahren anerkannt wird.

Der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz umstrukturierte „Gemeinsame Bundesausschuss Psychotherapie“ mit seinem neuen Vorsitzenden Dr. Rainer Hess hatte in Anlehnung an die sog. BUB-Richtlinien, welche Zulassungsverfahren zur GKV-Versorgung von neuen Diagnostik- und Therapiemethoden regeln, in einem Unterausschuss einen Fragenkatalog entwickelt und neben den Vertretern der GT auch Fach- und Berufsverbänden zur Stellungnahme vorgelegt.

Bei der im folgenden dokumentierten Stellungnahme des bvvp ging es auch dar-

um, die grundsätzliche Herausforderung zu betonen, nach In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes ein nachvollziehbares, in sich schlüssiges und den Kriterien der Wissenschaftlichkeit standhaltendes, Prüfverfahren zu installieren und anzuwenden und dabei die BUB-Richtlinien den Besonderheiten des Prüfungsgegenstandes „neues Psychotherapieverfahren“ angepasst zur Anwendung zu bringen.

Der bvvp, der als Berufsverband sich nicht die Beurteilung von Verfahren unter Evidenzkriterien zur Aufgabe machen kann, war allerdings spätestens mit der Bestätigung der Gesprächspsychotherapie als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren durch den Wissenschaftlichen Beirat zu der Überzeugung gelangt, dass damit auch Nutzen und Wirtschaftlichkeit des Verfahrens nicht mehr ernsthaft in Frage gestellt werden können. Dabei standen für uns v. a. folgende Gesichtspunkte im Vordergrund:

1. Die lange praktische Bewährung auch unter Richtlinienbedingungen (vor allem nach der Wende in den Ost-KVen).
2. Die nachgewiesene große Anwendungsbreite und durchgängige Geeignetheit für die Behandlung von seelischen Störungen von Krankheitswert.
3. Die Nachweise von stabilen Behandlungsergebnissen in Behandlungsdauern, die denen der bisher anerkannten Richtlinienverfahren entsprechen – womit auch die Wirtschaftlichkeit hinreichend unter Beweis gestellt ist.
4. Die absolute Kostenneutralität, da durch die GesprächspsychotherapeutInnen keinerlei Leistungsausweitung (Behandlungen innerhalb von Richtlinien-Kontingenten) und keinerlei Erhöhung der Zahl der Leistungserbringer (verbindliche Bedarfsplanungsrichtlinien) provoziert wird.
5. Die Beendigung des unwürdigen Zustandes, dass ausgebildete Gesprächspsychotherapeuten seit 1990 in den Neuen Bundesländern und seit 1999 in Westdeutschland ihre Qualifikationen meist unter einem anderen Etikett (Tiefenpsychologie oder Verhaltenstherapie) ausüben müssen.



Norbert Bowe

6. Der zu erwartende große Nutzen, der mit der Erweiterung des Methodenspektrums für Patienten und Therapeuten gegeben ist: eine Diversifizierung der Behandlungsmöglichkeiten/der Ausbildungsmöglichkeiten, die Ausweitung der Anwendungsforschung, die Impulse für den verfahrensübergreifenden Diskurs um Weiterentwicklungen der Psychotherapie in Theorie und Praxis.

Wir sind der Überzeugung, dass mit dem neuen Richtlinienverfahren auch eine spannende Diskussionskultur der Methoden sich entwickeln wird, die Besonderheiten und Schnittmengen der Verfahren untereinander herausarbeiten und untersuchen wird und die methodenorientierte Praxis eines jeden der Verfahren bereichern und anregen wird. Insofern gab es für den bvvp triftige Gründe, eine Stellungnahme zum Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie zu verfassen.

NORBERT BOWE

Besuchen Sie auch die
bvvp-Homepage

www.bvvp.de

Während das bvvp-Magazin
«fürs Grundsätzliche» zustän-
dig ist, finden Sie dort die
aktuelle Berichterstattung.

Stellungnahme des bvvp

für den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie

A. Grundsätzliche Gesichtspunkte zur Prüfung auf sozialrechtliche Zulassung als psychotherapeutisches Verfahren:

Mit der Gesprächspsychotherapie steht seit Zulassung der Verhaltenstherapie vor ca. 20 Jahren und seit In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes erstmalig wieder ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren zur Prüfung der Voraussetzungen zur sozialrechtlich geregelten Zulassung zur Versorgung an. Das anstehende Anerkennungsverfahren knüpft erstmalig an die Bestimmungen des PsychThG an. Es war ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers, dass mit dem Psychotherapeutengesetz die Patientenversorgung für weitere wissenschaftlich anerkannte Verfahren geöffnet werden sollten. Zitat aus der Gesetzesbegründung, A. Allgemeiner Teil, II, Punkt 9:

„Der Gesetzentwurf definiert, was Ausübung von Psychotherapie im Sinne des Gesetzes ist. Er enthält keine Aufzählung der zulässigen psychotherapeutischen Verfahren. Weiterentwicklungen in diesem Bereich sollen nicht ausgeschlossen werden. Gerade im Rahmen der beruflichen Definition psychotherapeutischer Tätigkeiten ist es nicht angezeigt Verfahren auszugrenzen. Ihre wissenschaftliche Anerkennung bleibt indes Voraussetzung für die anerkannte Ausübung von Psychotherapie, um zu verhindern, dass die Befugnis zur Ausübung von Psychotherapie missbraucht wird.“

Das derzeitige Prüfungsverfahren stellt somit einen Prototyp für die Gestaltung des Zulassungsverfahrens in der weiteren Zukunft dar. Anders als beim Zulassungsverfahren der Verhaltenstherapie in den 80-iger Jahren haben nun Verfahren vor der sozialrechtlichen Überprüfung die gewichtige Voruntersuchung durch den Wissenschaftlichen Beirat nach Art. 1, § 11 PsychThG zu durchlaufen. Damit werden bereits Eignungen hinsichtlich der Anwendungen im Versorgungsalltag vorab über-

prüft, die bisher im sozialrechtlichen Verfahren zu untersuchen waren.

Mit diesem Anerkennungsverfahren ist daher, entsprechend der neuen Gesetzes- und Versorgungswirklichkeit, auch ein neues Instrumentarium zu entwickeln und anzuwenden. Dabei sollten u. E. folgende grundsätzlichen Gesichtspunkte in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden:

1. Verfahrensgrundsätze sind so zu gestalten, dass neuen Verfahren eine realisierbare Chance auf Zulassung eröffnet wird.

In der bundesrepublikanischen Versorgungslandschaft sind 90% der Bevölkerung über die gesetzlichen Krankenversicherungen versichert. Hinsichtlich der Einführung eines neuen Verfahrens ist daher für die vorherige Erprobung und begleitende, wissenschaftliche Beforschung von Bedeutung, dass diese Erprobungsphase in der ambulanten und stationären Behandlung von GKV-Patienten vorstatten gehen kann, um überhaupt eine Bewährung in der geforderten und erforderlichen breiten Fächerung der Anwendungsgebiete nachweisen zu können. Die Gesprächspsychotherapie hatte auf Grund der historischen Besonderheit – es bestand zunächst noch nicht die jetzt gegebene Regelungsdichte des Psychotherapeutengesetzes – die Möglichkeit, auf eine bereits jahrzehntelange Anwendungspraxis zurückverweisen zu können. Im Sinne einer grundsätzlichen Verfahrensklärung ist daher über die konkret anstehenden Zulassungsfragen – die GT betreffend – hinaus noch grundsätzlich zu klären, wie für weitere Verfahren sich die Möglichkeit einer Zulassung künftig realisieren lassen soll. Es darf nicht ein Zirkelschluss Bestandskraft erhalten, dass sich ein Verfahren erst 10 Jahre in der Behandlung in zahlreichen Anwendungsbereichen bewährt haben muss, um zugelassen zu werden, zugleich aber dieser Nachweis praktisch nur durch eine Zugangsgenehmigung zur Behandlung von GKV-Patienten erbracht werden könnte, die aber eine 10-jährige Behandlungspraxis zur Voraussetzung hätte.

2. Eine korrekte Beurteilung hat den Stand der Wissenschaft einschließlich dessen Begrenztheiten zu berücksichtigen sowie eine wissenschaftlich-methodisch korrekte Zuordnung von Fragestellung zu Inhalt.

Eine Psychotherapiemethode ist, im Gegensatz zu neuen, somatischen Diagnostik- und Behandlungsmethoden, die in den meisten Fällen (z. B. bei neuen diagnostischen Methoden in der somatischen Medizin) mit Hil-

fe der BUB-Richtlinien zu beurteilen sind und sich i. d. R. nur auf eine umschriebene Weiterung des diagnostischen oder behandelungstechnischen Vorgehens in einem begrenzten Krankheitsspektrum beziehen, von einer umfassenderen kategorialen Ordnung: Sie setzt sich aus Theoriesystemen, gewonnen aus Psychotherapie-Anwendungen und wissenschaftlichen Forschungsergebnissen, zusammen, auf denen wiederum aufbauend differente Behandlungsstrategien und Strukturierungen der Therapeut-Patienten-Beziehung entwickelt worden sind. Diese Theoriesysteme sind zwingend sowohl durch z. T. überschneidende, z. T. differierende, methodische Ansätze gegenüber den anerkannten Verfahren gekennzeichnet. Es gibt bisher kein wissenschaftlich anerkanntes Instrumentarium, das auf der Ebene des Systemvergleichs umfassend und reliabel darüber Auskunft geben könnte, welches wissenschaftlich anerkannte Verfahren welchem anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren in der Versorgungswirklichkeit überlegen wäre. Das hängt u. a. mit dem breiten Spektrum psychischer Störungen zusammen, mit der hohen Bedeutung subjektabhängiger Variablen auf Seiten des Patienten, wie des Therapeuten sowie mit den bisher nicht wissenschaftlich erfassbaren Selektions- und Auswahlprozessen, die vor Zustandekommen des Behandlungsbündnisses zwischen Patient und Therapeut bzw. durch (Nicht-)Eingrenzung auf umrissenerer Behandlungsziele unter Feldbedingungen i. d. R. stattfinden.

Aufgrund dieser fehlenden Nachweismöglichkeiten lässt sich die Frage des medizinischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit eines Verfahrens u. E. prinzipiell vorerst nicht anders beantworten als mit der wissenschaftlich nachgewiesenen Bewährung von verfahrensorientierten Behandlungen in einer Vielzahl von Anwendungsbereichen.

3. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und des medizinischen Nutzens hat auch zu berücksichtigen, dass mit der Zulassung keine Leistungsausweitung und keine Kostensteigerung verbunden ist.

Das neue Psychotherapieverfahren führt keine neuen Leistungspositionen im EBM ein, führt auch nicht zu einer Ausdehnung der Leistungserbringung. Es werden wie bei den bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren ausschließlich seelische Störungen von Krankheitswert behandelt und es kommt auch zu keiner Leistungsausweitung durch vermehrte Zulassungen (die geregelt sind durch Bedarfsplanungsrichtlinien).

4. Wirtschaftlichkeit und medizinischer Nutzen lassen sich anhand grundsätzlicher Aspekte nachweisen.

Eine neue Konzeptualisierung psychotherapeutischen Behandlungsgeschehens, soweit sie ihre Brauchbarkeit in der Psychotherapiepraxis wissenschaftlich nachgewiesen hat, stellt auf Grund der alternativen Methodik in jedem Fall einen – überwiegend qualitativ zu definierenden – Zugewinn an Behandlungsmöglichkeit dar, weil sie einer hinreichend großen Zahl von Patienten eine weitere Möglichkeit der Behandlungsgestaltung eröffnet und den Psychotherapeuten eine weitere Möglichkeit der Abgleichung mit einem, zu seiner Persönlichkeit passenden, Verfahrensansatz gestattet. Der medizinische Nutzen liegt daher vor allem in der Diversifizierung der Behandlungsmöglichkeiten, in der Ausweitung der wissenschaftlichen Anwendungsforschung, der verfahrensübergreifenden Anstrengungen um Weiterentwicklungen der Psychotherapie in Theorie und Praxis.

B. Stellungnahme zu den im Fragenkatalog aufgeführten Fragekomplexen

1. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf seine Theoriesysteme der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategien definiert?

Erkenntnistheoretisch betrachtet ist die Gesprächspsychotherapie weitgehend phänomenologisch orientiert. Ein Schwerpunkt besteht in der Beachtung von Inkongruenzen zwischen Selbsterleben in den aktuellen Lebensvollzügen und Selbstbild des Patienten, sowie den daraus entstehenden Symptomen und psychischen/psychosozialen Druck- und Belastungssituationen.

Zentrales Anliegen stellt die Gestaltung der Therapeut-Patienten-Beziehung dar, bei der Empathie, Wertschätzung, Akzeptanz des vom Patienten bisher gefundenen Weges einschließlich der Symptombildungen und des Abwehrverhaltens den Weg ebnen hilft, bisher weniger beachtete, dazugehörige, bzw. sich dazu bildende Gefühle/Emotionen und Kognitionen wahrzunehmen, in das Selbsterleben zu integrieren und so eine Basis für eine Neukonzipierung und Neuausrichtung der Selbstvollzüge zu ermöglichen. Dabei geht es um sparsamen Umgang mit theoretischen Konzepten, um „Horizontale Tiefenpsychologie“, die ihren Schwerpunkt in der Aktualisierung der Ressourcen des Patienten zur Selbsterkenntnis und Selbstver-

änderung anhand des jeweiligen aktuellen „Materials“ setzt. Das Konzept der Selbstaktualisierung des Patienten und der Selbstexploration setzt an den vom Patienten angebotenen Formen des Sich-Selbst-Verstehens an, die unterscheidbare Formen der Komplexität und Differenziertheit aufweisen (Skala der Selbstexploration).

Es geht nicht um die Bekämpfung einzelner Symptome, sondern um deren ausdifferenzierende Betrachtung und Verknüpfung mit den aktuellen (und historisch gewachsenen) Lebenszusammenhängen mit dem Ziel, die Inkongruenz zwischen Selbstbild und Erlebtem zu verringern. Verändern soll durch Verstehen bewirkt werden, wobei zunächst sprachlich vermittelte Rückspiegelungen seitens des Therapeuten zu einem Gefühl des Gesehen- und Beachtet-werdens beitragen soll, zu einer Atmosphäre des Akzeptierens der (Selbst-)Äußerungen des anderen. Über Empathie wird es dem Therapeuten möglich, (unausgesprochene, latent vorhandene) emotionale Erlebnisinhalte dem Patienten verbalisiert anzubieten, in ihm (dem Therapeuten) entstandene Evidenzen zur Verfügung zu stellen als Verständnishilfe für das, was im Patienten vorgeht.

Dabei geht die Gesprächspsychotherapie von dem Konstrukt einer organischen Weisheit aus, die dem Patienten bei der Selbstentwicklung hilft, die zu ihm passenden Aspekte, die aus der Konfrontation mit den Erfahrungen und Evidenzen des anderen (des Therapeuten) sich ihm anbieten, zu integrieren. Dadurch kann es gelingen, bisher wirksame Entwicklungsbarrieren zu überwinden.

Fokussiert wird auf verschiedenen Elementen der Therapeut-Patienten-Beziehung, wobei der unauflösbare Widerspruch versucht wird zu balancieren zwischen „Operationalisierung“ und Anwendung erlernter Handwerkszeugs einerseits und Begegnung ohne Verfremdung und Verobjektivierung durch Theorien der Behandlungstechniken oder Theorien der Störungen.

1.1 Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?

a) In der kassenärztlichen Tätigkeit sind seit langer Zeit Gesprächspsychotherapeuten tätig. Im Rahmen der Wiedervereinigung wurden die Gesprächspsychotherapeuten der Neuen Bundesländer ausdrücklich aufgefordert, ihre Behandlungen unter dem Label „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ abzurechnen. Über das PsychThG wurden zahlreiche Gesprächs-

psychotherapeuten mit Nachqualifikationen in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zugelassen, deren grundständige Ausbildungsqualifikationen in Gesprächspsychotherapie unter veränderten Etiketten fortgesetzt angewandt werden. Mit der sozialrechtlichen Anerkennung wird somit nur eine bereits gängige Praxis offengelegt und legitimiert.

b) Im übrigen ergibt sich – formal – die Anwendung dieses Verfahrens aus den Bestimmungen der PT-Richtlinien:

Die dort gegebenen Kontingente und Behandlungsrahmen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie können als zunächst adäquat für die GT angesehen werden. Aus der bisherigen Anwendungspraxis und aus den wissenschaftlich untersuchten und validierten Behandlungen im Rahmen des Anerkennungsverfahrens des Wissenschaftlichen Beirates nach Art. 1, § 11 PsychThG erscheinen als Behandlungsstunden-Kontingente entsprechend der Kurzzeittherapie und der Langzeittherapie der Psychotherapie-Richtlinien nach unseren Erkenntnissen angezeigt.

c) Inhaltlich ergibt sich die Anwendung dieses Verfahrens aus der bisherigen Praxis, wie sie anlässlich der Zulassung als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren vom Wissenschaftlichen Beirat hinlänglich dokumentiert wurde. Dabei wurde Wirksamkeit und Effizienz des Verfahrens für den Großteil der Anwendungsbereiche der Psychotherapie wissenschaftlich überprüft und bestätigt.

1.2. Über welche Qualifikationen/ Erfahrungen müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?

Hier besteht u. E. ein Konsens unter allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren, der sich in den Regulierungen des PsychThG und in der PsychTh-APrV niedergeschlagen hat. Die Ausarbeitungen zu beiden Regelwerken fand u. a. unter Mitarbeit von Fachleuten der Gesprächspsychotherapie statt. Diese Konsensfindung entspricht der wissenschaftlich breitest abgesicherten Erkenntnis, dass wesentlicher Wirkfaktor von Psychotherapien die Qualität der Therapeut-Patienten-Beziehung ist. Von daher ist unstrittig die Bedeutung und qualitative Absicherung von Theoretischer Ausbildung und Praktischer Ausbildung mit Aufteilung in supervidierte Behandlungsstunden, Qualifikation der Supervisoren und Dozenten sowie Selbsterfahrung entsprechend dem Umfang der genannten gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. *Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?*

Der Nutzen ergibt sich daraus, dass mit dem neuen Verfahren und der neuen theoretischen Begründung weitere reliable Verknüpfungen von Symptomebene (z. B. ICD 10) und konzeptualisierten Störungs-Bedingungszusammenhängen erfasst und einer überprüf- baren, therapeutischen Bearbeitung zuge- führt werden können. (s. u. Vorbemerkung, 4.). Das Verfahren bietet neben dem Hand- lungsansatz der Verhaltenstherapie und der abstinenten, auf Deutungen zentrierten Vor- gehensweise der analytisch orientierten Ver- fahren einen aktiven verbalisierenden Ein- stieg in eine verstehende Psychotherapie an mit direkten Hilfen zur sprachlichen Symbo- lisierung von Selbstaspekten.

2.1 *Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar.*

Die spezifische Überlegenheit eines Verfah- rens gegenüber anderen lässt sich grundsätz- lich (bisher) nicht wissenschaftlich valide ab- bilden. Nicht auf bestimmte Krankheitsbilder aber auf Subjekt-Variablen psychisch erkrank- ter Patienten bezogen kann die Gesprächs- psychotherapie eine für Patienten nützliche Behandlungsalternative darstellen:

Für Patienten, die eher auf interaktionelle Reagibilität des Therapeuten und Symboli- sierungshilfen für Ihr Erleben von Anfang an angewiesen sind, dürfte die Gesprächspsy- chotherapie einen leichteren Zugang zur psy- chotherapeutischen Selbstexploration bie- ten. Diese Stärke der Gesprächspsychothe- rapie kommt v. a. bei sprachlich gehemmt- en oder depressiv gehemmt- en Patienten zum tragen, die unter Anpassungsstö- rungen, Identitätsunsicherheit, Identitätsdiffu- sion oder depressiven Störungen leiden und über Verbalisationshilfen einen schnelleren Zugang zu den zur Behandlung anstehen- den Störungen finden können.

2.2 *Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?*

Gesprächspsychotherapie fokussiert statt auf die Handlungsebene auf die Ebene des Ver- stehens, der Herstellung von Erlebniszusam- menhängen, der Symbolisierung, sprachli-

chen und integrierenden Erfassung von emo- tionalen und Beziehungszusammenhängen. Damit ist die Behandlungspraxis nicht pri- mär an strukturierenden, multimodalen the- rapeutischen Interventionen zur Veränderung von Verhalten und Kognitionen orientiert, sondern an Förderung von Veränderungs- potentialen durch verbesserte Verknüpfung von Symptomen, Abwehrmanifestationen mit dem Lebenszusammenhang, mit dem Selbst- verständnis durch Konstruierung eines auch die Krankheitserscheinungen in einen subjek- tiven Sinnzusammenhang stellenden Bezugs- rahmens (ideographisches Verständnis beim Patienten fördern).

2.4 *Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?*

Arbeit an der Übertragung stellt keinen Fo- kus der therapeutischen Arbeit dar, auch wenn Aspekte von Übertragungsgeschehen in die Symbolisierungstätigkeit des Psycho- therapeuten implizit mit einfließen. Im Vor- dergund steht die Förderung der Fähigkeiten des Patienten zur Selbstexploration, die Akti- vität des Therapeuten besteht nicht vornehm- lich in Deutungen, sondern in Verweisen auf Zusammenhänge, die sich anhand des vom Patienten dargebotenen Materials sowie der im Therapeuten sich bildenden Evidenzen an- bieten. Dabei wird auf eine Offenheit gegen- über dem Patienten und seinen Selbstdeutun- gen Wert gelegt.

Statt Fokussierung auf Bewusstmachen von Unbewusstem geht es um Hilfe bei Sym- bolisierung, Versprachlichung, Übersetzung von Zeichenvorgängen. Es wird nicht auf

Konflikte (zwischen Es und Überich-Impul- sen) zentriert sondern versucht, die imma- nent enthaltenen Komponenten gegenwärtiger Konfliktanteile explizit zu machen, der Wahrnehmung und damit der integrativen Verarbeitung zugänglich zu machen. Es geht um eine bewusste Orientierung an den sich an der Oberfläche zeigenden und gut erreich- baren Phänomenen, auf die verwiesen und von denen aus Erschließungen von Zusam- menhängen erfolgen.

Ein wesentlicher Unterschied besteht da- rin, nicht die Übertragungsbeziehung zu in- tensivieren, die therapeutische Bindung nicht zu Behandlungszwecken zu vertiefen, sondern eher in einem Gleichgewicht zu halten mit der Bearbeitung von Beziehungserfahrungen, au- ßerhalb der therapeutischen Situation.

2.6 *Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar?*

a) bezüglich einer Erweiterung des Indikati- onsspektrums?

Eine Erweiterung des Indikationsspekt- rums ergibt sich nicht hinsichtlich neuer Indikationsbereiche sondern hinsichtlich des verbesserten Zugangs zur medizinisch erforderlichen Psychotherapie für eine Pa- tientengruppe, die mit der Gesprächspsy- chotherapie eine zu ihnen besser passen- de Behandlungsform wählen können.

b) hinsichtlich einer Verkürzung der Behand- lungsdauer?

Eine *generelle* Verkürzung der Behand- lungsdauer kann für keines der wissen- schaftlich anerkannten Verfahren nach- gewiesen werden, was den Großteil der in der ambulanten Praxis zu behandeln-

Aufmerksamkeit

erlangen Sie hier schon ab 120,- €*

Bewerben Sie Ihre Veranstaltungen, Dienstleistungen und Produkte im **bvvp-Magazin**.

* So viel kostet nämlich eine Anzeige in der Größe von 1/6 Seite. Eine ganze Seite kostet 640 €. Eine Beilage nur 120 € pro 1000 Stück. (Preise zzgl. MwSt.)

Damit erreichen Sie über 4000 niedergelassene Psychotherapeuten und zahlreiche weitere Mitglieder der *Szene*. Also pro Leser schon ab 3 Cent.

Weitere Informationen in unseren Mediadaten unter:

www.bvvp-magazin.de

den Störungen betrifft. Zwar konnten für Verhaltenstherapie kürzere Therapiedauern bei manchen Krankheitsbildern über strukturierte, gegenwartsorientierte Vorgehensweisen erreicht werden, die jedoch nicht als zu jeder Patienten-Persönlichkeit passend anzusehen sind und in der eher eingegrenzten Behandlungsperspektive auch nicht auf alle Behandlungserfordernisse anwendbar erscheinen. Die Komplexität und Subjektbezogenheit der Behandlungsziele ermöglicht bisher – abgesehen von einzelnen abgrenzbaren, sehr umrissenen Störungsbildern – keine vergleichende Untersuchungen, die schnellere Behandlungswege bei vergleichbaren Störungen nachzuweisen in der Lage wären.

Grundsätzlich ist aber mit einer verkürzten Behandlungsdauer zu rechnen, wenn für Patient und Therapeut ein hinreichend gefächertes Spektrum an Methoden erlaubt, eine zum persönlich Stil passende Behandlungsform wählen bzw. anwenden zu können. Damit verbessern sich die Chancen einer optimalen Therapeut-Patienten-Beziehung.

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

3. *Gibt es Patienten, die mit Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?*

Die Frage der medizinischen Notwendigkeit lässt sich sinnvollerweise nur auf die *Geeignetheit* des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes zur medizinisch notwendigen Behandlung von Patienten mit seelischen Störungen von Krankheitswert beantworten. Mit den im Rahmen des Anerkennungsverfahrens vorgelegten wissenschaftlichen Untersuchungsergebnissen ist die *Geeignetheit* u. E. hinreichend nachgewiesen.

Es reicht aus, dass eine Unterlegenheit gegenüber anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren nicht ersichtlich ist bzw. anhand der vorgelegten wissenschaftlichen Untersuchungen nicht wahrscheinlich gemacht werden kann, damit der oben beschriebene, qualitativ-inhaltliche Vorteil der Diversifikation der Anwendungen psychotherapeutischer Verfahren ohne andererseits zu erwartende Nachteile zur Geltung kommen kann. Der medizinische Nutzen kann auch bei Anwendung des Verfahrens auf

das gesamte Spektrum der mit Psychotherapie zu behandelnden Störungen von Krankheitswert dann in Frage stehen, wenn eine Gefährdung bei einer Gruppe von Patienten durch die verfahrensspezifische Vorgehensweise erwartet werden muss (das gilt beispielsweise bei Verfahren mit einengend vorgegebenen Interpretationsmustern und Behandlungssettings). Für eine solche Gefährdung ergibt sich aus dem besonders sorgfältig ausgearbeiteten, patientenzentrierten methodischen Vorgehen der Gesprächspsychotherapie und der methodisch ausgearbeiteten Bearbeitung der Therapeut-Patienten-Beziehung, sowie der langen Anwendungserfahrung keinerlei Hinweise.

4. *Fragen zur Wirtschaftlichkeit*

Bei den vorgenannten Einschränkungen, aufgrund des Standes der vergleichenden Psychotherapieforschung, muss sich die Klärung dieser Frage darauf beschränken, ob die Gesprächspsychotherapie in vergleichbaren Zeiträumen zu stabilen Behandlungsergebnissen führt, wie die bereits anerkannten Verfahren. Dies lässt sich anhand der vorgelegten Untersuchungsergebnisse aufzeigen. Darüber hinausgehende Anforderungen an Wirtschaftlichkeit sind nicht dem Gegenstand der Fragestellung adäquat, weil allgemein wissenschaftlich anerkannte Messverfahren bisher nicht entwickelt sind und die bisher vorliegenden, vergleichenden Untersuchungen sich auf hochselektierte Patientengruppen mit meist isolierten Störungsbildern bisher beschränken.

Ergänzung

6. *Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?*

Es ist an dieser Stelle noch einmal hervorzuheben, wie völlig übereinstimmend von allen – Psychotherapiemethoden vergleichend untersuchenden – Forschern betont wird, dass es bei der Wirksamkeit und Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen nicht so sehr auf die – vermeintlichen – Vorzüge der einen Therapiemethode gegenüber der anderen ankommt, sondern auf die Güte der therapeutischen Beziehung. Das heißt nicht, dass das erlernte Verfahren beliebig ist, sondern dass sich dessen Eignung weniger durch isolierbare, bessere Wirksamkeiten gegenüber anderen Verfahren erweisen lässt als vielmehr durch seine Adaptierbarkeit als geeignetes „Handwerkszeug“ durch eine hinreichend große Zahl an Psychotherapeuten, als auch

durch eine breite Anwendbarkeit hinsichtlich des Störungsspektrums psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger Patienten. Entscheidend für die Wirksamkeit der Behandlungen – so die Therapieforchung – ist, wie überzeugend die erlernte Methode zu einem brauchbaren Werkzeug der Therapeutenpersönlichkeit geworden ist, nicht die vermeintlichen, objektiven Vorzüge der einen oder anderen Methode.

Diese durchgängig bestätigte, wissenschaftliche Meinung ist bei der Gewichtung und Beurteilung der hier aufgeführten Fragen unbedingt zu berücksichtigen, will man nicht über durch keine Empirie gestützte Vergleichsprozesse diesen Kern psychotherapeutisch-wissenschaftlicher Erkenntnis verfehlen. Als einen wichtigen Vertreter der zahlreichen Wissenschaftler sei hier auf Michael J. Lambert verwiesen in: „The Effectiveness of Psychotherapy“ in: Handbook of Psychotherapy and behavioral change, Garfield and Burgin.

7. *Fragen zu möglichen Interessenkonflikten*

Wir halten die derzeitigen Strukturen der Regulierung der psychotherapeutischen Versorgung über die Psychotherapie-Richtlinien für geeignet, unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen für behandlungsbedürftige Patienten hinreichende, psychotherapeutische Behandlungsangebote bereitzustellen. Allerdings kann auf Dauer diese Struktur nur Bestand haben und auch gesundheitspolitisch konsensfähig bleiben, wenn sie in der Lage ist, sich von innen heraus weiterzuentwickeln. Diese Frage steht anhand der anstehenden Entscheidungsprozesse zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie auf dem Prüfstand. Wir möchten mit dieser Stellungnahme dazu beitragen, dass eine dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand angemessene und den Notwendigkeiten der Weiterentwicklung der Psychotherapie Rechnung tragende Entscheidung gefunden werden kann.

Die hier verwendete beschreibende Nomenklatur versucht ein Stück Übersetzungsarbeit zu leisten, indem sie zur Gesprächspsychotherapie ohne Rückgriff auf den GT-eigenen Jargon Stellung bezieht. Eine solche Übersetzungsarbeit ist notwendig, wenn künftig die Vielfalt der Methoden zu einem Reichtum an Anregungen zur Weiterentwicklung für alle Therapeuten und Patienten führen soll.

FREIBURG, 12. NOVEMBER 2004

NORBERT BOWE

BVVP VORSTANDSREFERENT

(Diese Stellungnahme ist leicht gekürzt.)

Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen

Der etwas andere Kommentar

I. Die Erwartung der Psychotherapeuten: arztgleiche Honorare

Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden 1999 in das System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung integriert. Sie erwarteten arztgleiche Honorare. Diese Hoffnung trog.

- Im ersten Anlauf hatte der Bewertungsausschuss eine Berechnungsformel verabschiedet, die vom Bundessozialgericht aufgehoben wurde (BSGE 81, 205; 84, 235; BSG MedR 2000, 377).
- Für 1999 hat der Gesetzgeber selbst das Ausgabevolumen für psychotherapeutische Leistungen festgesetzt. Diese Vergütung war rechtmäßig (BSG MedR 2003,424).
- Ab 2000 hat der Bewertungsausschuss eine neue Berechnungsformel für die angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen „erfunden“. Die Psychotherapeuten wurden dadurch im Vergleich zu den Ärzten benachteiligt. Das BSG hat daher auch diesen Beschluss wegen „struktureller Fehlfestlegungen“ aufgehoben (BSG MedR 2004, 396). Notwendig war ein neuer Beschluss. Dieser ist am 19.10.2004 gefasst worden (neun Monate nach der BSG-Entscheidung!). Der Beschluß ist am 21.12.04 bis auf die Beanstandung des Abschlags für die Ost-KVen von der Aufsichtsbehörde genehmigt worden.
- Abschlagszahlungen auf Nachzahlungen haben bisher nur wenige Psychotherapeuten erhalten. Mit den bisherigen (zu geringen) Honoraren musste der einzelne Psychotherapeut mithin bis zu vier Jahre überbrücken.

II. Die Rolle der Krankenkassen

Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers sollten die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 1999 durch das Psychotherapeutengesetz bei den Krankenkassen nicht nur geduldet sein, sondern in das klassische System der ambulanten ärztlichen Versorgung integriert werden. Dies sollte dadurch geschehen, dass die Krankenkassen in das System der vertragsärztlichen Versorgung die Gelder

einspeisen, die sie bisher für psychotherapeutische Behandlungen durch Psychologen angewendet hatten. Die Angaben stimmten zunächst nicht. Der Gesetzgeber hat daher den ursprünglichen Kostenrahmen noch vor Inkrafttreten des Gesetzes erhöht (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz). Kurz vor dem Inkrafttreten des Gesetzes hat das Gesundheitsreformgesetz das Ausgabevolumen noch einmal erhöht. Für die Krankenkassen war dies peinlich. Wenn sie keine richtigen Angaben machen konnten, stimmte ihre Registratur nicht. Wenn sie keine richtigen Angaben machen wollten, belegt dies ihre Einstellung gegenüber den Psychotherapeuten.

III. Die Rolle des Gesetzgeber

Der Gesetzgeber hatte beschlossen, die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kostenneutral in das System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu integrieren. Ihm war also bekannt, dass die Aufnahme weiterer Leistungserbringer in das tradierte System nicht zu Lasten der künftigen Kollegen gehen konnte. Dies hätte Unmut geschaffen. Zahlungspflichtig waren vielmehr allein die Krankenkassen. Der Gesetzgeber hatte also den richtigen Grundgedanken.

Unterstrichen wurde diese Linie des Gesetzgebers durch seine Entschlossenheit, für 1999 das Ausgabevolumen selbst festzulegen. Grundlage dafür waren die Ausgaben für 1996, ergänzt um die Gelder für Erstattungspsychotherapie (und einen 40%-Zuschlag) zuzüglich der jeweiligen Steigerungsraten bis 1999. Dieser Weg war im Ansatz richtig, wenn der Sockelbetrag für 1996 (Ausgangsjahr) fiktiv mit 10 Pf. berechnet worden ist. In Westfalen-Lippe hat die Rechnungslegung einer Überprüfung durch das LSG in einem Musterverfahren standgehalten (Az: L 11 KA 162/03).

IV. Die Rolle des Bewertungsausschusses

Dem Bewertungsausschuss kommt eine zentrale Aufgabe zu. Er war zuständig, zur Ermittlung dieser angemessenen Vergütung genehmigungspflichtiger Kapitel IV-Leistungen eine Berechnungsformel vorzulegen. Im Bewertungsausschuss wirken die Spitzenverbände und die KBV zusammen. Interessenkonflikte sind offenkundig, ein einvernehmlicher Beschluss war stets schwierig. An den Beschluss des Bewertungsausschusses waren die KVen als Mindestvergütung gebunden.

Der ursprüngliche Beschluss des Bewertungsausschusses zur Vergütung ab 2000 übernahm zwar den Grundgedanken der BSG-Rechtsprechung auf, führte aber im



Gernot Steinhilber

Endergebnis zu einer zu niedrigen Vergütung. Dies war (erneut) der Ausgangspunkt der zweiten Prozesslawine.

V. Die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Stimmungslage in den einzelnen KVen zur Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war unterschiedlich. Z. T. wurden sie erfreut, ohne Vorbehalte und auch administrativ reibungslos aufgenommen. In anderen KVen spürten die neu zugelassenen Psychotherapeuten bei Wahlen zur Besetzung von Ämtern eine unterschwellige, manchmal auch offiziell geäußerte Ablehnung.

Die KV-Verwaltungen taten sich anfangs z. T. schwer, richtige Zulassungsentscheidungen zu treffen. Viele Gerichtsentscheidungen waren daher notwendig, insbesondere zum sogenannten Zeitfenster. Inzwischen hat sich eine ständige Rechtsprechung und dadurch auch letztlich eine einheitliche Verwaltungspraxis herausgebildet.

Bei der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen bietet sich ein vielfältiges Bild. In einigen KVen wurde der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) so gefasst, dass – vereinfacht ausgedrückt – für die psychotherapeutischen Leistungen nur noch wenig Geld übrig blieb. Dies führte zu einem geringen Punktwert.

Sobald Gerichte Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Beschlusses des Bewertungsausschusses für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ab 2000 (gemessen an den Maßstäben der BSG-Rechtsprechung) geäußert hatten, haben einige KVen folgerichtig für evtl. Nachvergütungen Honorarteile zurückgestellt. Dies hatte den Vorteil, dass unmittelbar nach dem Urteil des BSG Abschlagszahlungen auf die endgültige Nachzahlung geleistet werden konnten. Diese KVen brauchten keinen Vorbehalt in die Honorarbescheide aller Ärzte aufzunehmen.

Hat eine KV nicht vorsorglich Honorarteile zurückgestellt, muss sie das Geld für die Nachvergütung von den Fachärzten zurückverlangen, sofern nicht die Krankenkassen die bisherige Gesamtvergütung für psychotherapeutische Leistungen nachträglich erhöhen müssen. Mit anderen Worten: Diese KVen haben den Fachärzten die letzten vier-einhalb Jahre zuviel ausbezahlt.

VI. Nachschusspflicht der Krankenkassen?

Eine rechtliche Beurteilung legt nahe, dass nicht die KVen, sondern die Krankenkassen zum Nachschuss verpflichtet sind. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollten die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 1999 kostenneutral für die ärztlichen Mitglieder einer KV in das System der vertragsärztlichen Versorgung übernommen werden. Belegt wird dies dadurch, dass der Gesetzgeber selbst insgesamt dreimal das zu reservierende Ausgabevolumen für psychotherapeutische Leistungen im System nachgebessert hatte.

Hätte der Gesetzgeber vor 1999 gewusst, dass die von den KVen zur Verfügung gestellte und mit den Kassen vereinbarte Vergütung für psychotherapeutische Leistungen vom Bundessozialgericht im Jahre 2004 als ungenügend beanstandet wird, so hätte er sicherlich das Ausgabevolumen um den fehlenden Differenzbetrag gesetzlich erhöht. Vor 1999 konnte indessen der Gesetzgeber nicht erkennen, dass dieses Defizit ab 2000 eintreten wird.

Also: Die Geschäftsgrundlage für die Entscheidung des Gesetzgebers, nur ein bestimmtes Ausgabevolumen für psychotherapeutische Leistungen vorzusehen, ist im Nachhinein durch die BSG-Rechtsprechung entfallen. Die Kassen und die KVen waren zwar ab 2000 frei, ein ausreichendes Ausgabevolumen für psychotherapeutische Leistungen zu vereinbaren. Beide Seiten waren aber der festen Überzeugung, mit der damaligen Vereinbarung das Erforderliche getan zu haben. Auch die KVen wähten sich auf der sicheren Seite: sie beschlossen HVMs in strikter Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses. Die Gesamtvergütungsverträge der Krankenkassen mit den KVen beruhten auf der fehlerhaften Annahme des Gesetzgebers, mit dem von ihm geforderten Ausgabevolumen werde eine ausreichende Honorierung psychotherapeutischer Leistungen gewährleistet. Den Gesamtvergütungsverträgen ist nachträglich der Boden entzogen worden, soweit sie den Betrag für psychotherapeutische Leistungen festlegen. Dieser Teil der Gesamtvergütungsverträge ist schlichtweg unwirksam. Die Verträge müssen korrigiert, der

Anteil für psychotherapeutische Leistungen muss erhöht werden.

VII. Wer muss was tun?

Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 muss dem Aufsichtsministerium vorgelegt und dann veröffentlicht werden. Wird er nicht beanstandet, so ist er ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung wirksam und bildet die Rechtsgrundlage für die Ansprüche der Psychotherapeuten auf die Nachvergütung durch die KV. Eine KV, die keine Rückstellungen gemacht hat, kann diese Forderungen nicht sofort bedienen. Aus der laufenden Gesamtvergütung des Quartals 4/2004 oder 1/2005 kann der Betrag nicht genommen werden. Dies hätte einen Punktwertverfall für alle ärztlichen Leistungen in einer nicht hinnehmbaren Höhe zur Folge. Ratenzahlung und auch Darlehensaufnahme der KV kommen als ultima ratio in Betracht.

Die KVen versuchen z. Zt., von den Krankenkassen die Nachvergütung einzufordern. Die Krankenkassen haben auf Bundesebene jedoch in dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 19.10.2004 eine Protokollnotiz aufnehmen lassen. Danach besteht für sie nach einem von ihnen selbst finanzierten Rechtsgutachtens (Prof. Dr. Francke, Bremen) keine Nachschusspflicht. Bei einer Zahlungsverweigerung auf Landesebene müssen die KVen die Schiedsämter anrufen. Sind nach dem Schiedsspruch die Krankenkassen zur Nachvergütung verpflichtet, so werden diese den Schiedsspruch beklagen und umgekehrt. Eröffnet sind dann insgesamt erneut drei Gerichtsstufen. Mit einer Entscheidung des Bundessozialgerichts vor Ablauf von weiteren zwei Jahren wäre kaum zu rechnen.

DR. JUR. GERNOT STEINHILPER

Zum Kommentar vom Justitiar der KV Westfalen-Lippe Dr. Gernot Steinhilper

Der Kommentar legt wohlthuend sachlich und abwägend Positionen der verschiedenen Akteure des unendlichen Trauerspiels um die angemessene Vergütung der Psychotherapeuten dar. Hier nur eine kleine Ergänzung. Der bvvp hatte als einziger Verband bereits während des PTG-Gesetzgebungsverfahrens auf die Unterdeckung des Psychotherapeutenbudgets hingewiesen und diese mit einem Betrag von ca. 670 Mio. DM beziffert. Die Deckungslücke im Richtlinien-Anteil des Psychotherapiebudgets (Psychotherapeutengesetz) setzte sich aus 2 Komponenten zusammen:

1. die im Kommentar erwähnte zu niedrige Kalkulation mit Honorierung zu einem deutlich unter 10 Pf liegenden Punktwert (im Schnitt bei 7 Pf) im Jahr 1996.
2. Die Nicht-Berücksichtigung des hohen Zuwachses an Richtlinien-Psychotherapeuten in den Jahren '97 und '98 (um 20–30%) im Budget 1999.

Bei beiden Faktoren sehen wir die Krankenkassen in der Verantwortung. V. a. der im gesetzlichen Budget nicht berücksichtigte Zuwachs der Leistungserbringer wurde von den Krankenkassen selbst vorangetrieben unter Gesichtspunkten der Unterversorgung: Dieser bisher nicht finanzierte Budgetanteil stellt somit keine Leistungsausweitung i. S. der Umsatzsteigerung der Psychotherapeuten dar, sondern einen nachgewiesenen Ausbau der Versorgung. Selbst unter den derzeitigen verschärften Budgetbedingungen besteht nach § 85(3) i. V. m. § 71 (1) die Verpflichtung der Krankenkassen, Kosten und Leistungsvergütungen, „soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhen“, über „Veränderungen der Gesamtvergütungen“ zu finanzieren. Der stattgehabte Versorgungsausbau erfüllt auf jeden Fall das Kriterium der satzungsmäßigen oder gesetzlichen Leistungsausweitung. Zusammen mit dem Hinweis der BSG-Urteile vom 28.01.04 auf eine sich ggf. ergebende *Notwendigkeit*, „auch die Höhe der Gesamtvergütung zu modifizieren“, dürften die KVen gute Karten haben, direkt oder vor dem Schiedsamt zumindest einen Teil der Nachvergütungsverpflichtungen von den Kassen einfordern zu können.

NORBERT BOWE

Wahl der PP/KJP für die KBV-VV

Schwerer Rückschlag für die gemeinsame Interessenvertretung der Psychotherapeuten

Die Wahl der PP- und KJP-Delegierten der KBV-Vertreterversammlung fand unter ihren 52 KV-Vertretern am 18.11. in Berlin statt und hatte insgesamt leider kein erfreuliches Ergebnis. Gewählt wurden zwei Kandidaten der Vereinigung (Hans-Jochen Weidhaas, Dieter Best), zwei des DPTV (Hans Na-

dolny, Gebhard Hentschel), eine Kandidatin der DGPT (Ellen Bruckmayer) und ein Kandidat der VAKJP (Bernhard Moors).

Und kein Kandidat des bvvp? Wie kommt das? Das kommt daher, dass die Vorverhandlungen mit dem bvvp zu keinem annehmbaren Ergebnis führten: Die Wahlsieger der KV-Wahlen, Vereinigung und DPTV (die ca. 60 % der Delegierten stellen), luden zunächst einzeln und dann zusammen DGPT, VAKJP und bvvp zu Verhandlungen und Vorabsprachen über die von ihnen angebotenen Restplätze in der KBV-VV, dem Fachausschuss und Bundesausschuss ein. Die DGPT sollte dabei relativ gut bedient werden, die VAKJP schon etwas weniger und der VPP sollte ganz herausfallen – obwohl dieser in sieben KVen gemeinsame Listen mit Vereinigung und DPTV hatte und ihnen zu ihren Sitzen verhelfen durfte!

Auch der bvvp sollte ziemlich Federn lassen und auf einen Sitz in der VV für den in der KBV einflussreichsten und dort am meisten akzeptierten Psychotherapeuten, Jürgen Doebert, verzichten. Er wird offenbar als Konkurrent für Jochen Weidhaas gesehen. Daher wurden die möglichen Plätze – von denen man ursprünglich einen dem bvvp angeboten hatte – doch lieber für einen genehmen KJP-Kandidaten und für die Kandidatin der DGPT reserviert.

Zusätzlich sollten alle Verbände einen Knebelungsvertrag unterschreiben, der im Grunde gegen die guten Sitten verstößt, weil er unannehmbare, sehr weitreichende Forderungen auch für andere Posten und Gremien enthält: So reservierten Vereinigung und DPTV darin für sich alle anderen relevanten Schlüsselpositionen – so den Anspruch auf den (stellvertretenden) Vorsitz der KBV-Vertreterversammlung, den Vorsitz im Beratenden Fachausschuss und außerdem die Mitgliedschaft im Ausschuss für Vorstandsangelegenheiten, im Finanzausschuss und im Bewertungsausschuss. Die Vorsitzenden der Verbände unterschrieben sogar, wie die eigentlich frei gewählten Delegierten zu wählen haben (s. dazu den Vertrag im Detail in unserer Homepage unter „Aktuelles“: bvvp-Info: PP/KJP-Vertreter für KBV-VV gewählt).

Dies alles war für den bvvp unannehmbar, und daher trat er dem Vertrag nicht bei.

Damit war der bvvp allerdings – neben VPP und DGPT – aufgrund strengen Einhaltens der Wahlvorabsprachen in der Koalition dann vorhersehbar der große Wahlverlierer. Er ist jedoch – weil er sich durch den Vertrag nicht hat binden lassen – in seinen zukünftigen politischen Aktionen jetzt weiterhin völlig frei. Der bvvp wird das nutzen.

FRANK ROLAND DEISTER

Die Würfel sind gefallen

ein Kommentar zu den Wahlen der PP/KJP in die KBV-Vertreterversammlung

Von Anfang an sollte der bvvp mit seinen bewährtesten Kräften, die für alle Psychotherapeuten in der vergangenen Legislaturperiode einiges erreicht hatten, ganz offensichtlich ausgebremst werden: Während der 1. Entwurf für die Gremien-Besetzungen der Mehrheitsfraktion Vereinigung/DPTV bei den KBV-Vollversammlungsvertretern (KBV-VV) für den bvvp zwar Sitz und Stimme vorsah, allerdings mit dem expliziten Vermerk „nicht Doebert“, hatte man für die 2. Ausgabe des Entwurfes eine elegantere Lösung gefunden: die DGPT schob sich mit ihrer Kandidatin vor den bvvp und half damit verhindern, dass der bvvp in der KBV-VV künftig mit eigener Stimme sprechen kann.

Zwei Kräfte wirkten hier – nicht zum Gewinn für die Psychotherapeuten – zusammen: zum einen eine durch ihren deutlichen Wahlsieg etwas aus dem guten Maß geratene Mehrheits-

REGIONALVERBÄNDE DES BVVP

BVVP BAYERN,
Landesgeschäftsstelle
Doris Wirth
Nußbaumstr. 4, 80336 München
Tel.: 089-41768601 Fax: 41768602
E-Mail: info@bvvp-bayern.de

BVVP BERLIN
Dipl.-Psych. Michael Grunert
Dr. Frank Horzetzky
Heinrich-Roller-Str. 20, 10405 Berlin
Tel.: 030-44051560, Fax: 44047111
E-Mail: vvp-berlin@gmx.de

BVP BRANDENBURG
Dr. med. Hans Kerber
Dessauer Str. 12, 14943 Luckenwalde
Tel: 03371-622426, Fax: 622427

BVVP HAMBURG
Dipl.-Psych. Beate Glüsing
Klapperhof 2, 21033 Hamburg
Tel.: 040-72692778, Fax: 72692778
E-Mail: bvvp-Hamburg@bvvp.de

VHVP HESSEN
Dr. med. Meinhard Korte
Gluckstr. 10, 63452 Hanau
Tel.: 06181-982186, Fax: 982187
E-Mail: vhvp@bvvp.de

LV MECKLENBURG-VORPOMMERN
Dr. med. Ronald Zabel
Knieperdamm 7, 18435 Stralsund
Tel.: 03831-304959, Fax: 304951
E-Mail: info@zabel.uhlenhaus.de

BVVP NIEDERSACHSEN
Dr. Jörg Merholz
Bombergallee 1, 31812 Bad Pyrmont
Tel.: 05281-151172, Fax: 151171
E-Mail: mehrholz@bvvp-nds.de

VVPN NORDBADEN
Dr. med. Michael Knoke
Friedrichsplatz 1, 68165 Mannheim
Tel.: 0621-26177 / Fax: 1222590
E-Mail: VVPN-Bureau@t-online.de

c/o Sekretariat Frau Pfeifer
Friedrichsplatz 1, 68165 Mannheim
Tel.: 0621-26183 / Fax: 1222590
E-Mail: VVPN-Bureau@t-online.de

RVN NORDRHEIN
Birgit Löber-Krämer
Paul-Clemen-Str. 3, 53113 Bonn
Tel.: 0228-223478, Fax: -223479
E-Mail: Loeber-Kraemer@t-online.de

c/o Büroservice Elke Schumacher
Charles-Wimar-Str. 57, 53123 Bonn

Tel.: 0228-9180244, Fax: 9180245
E-Mail: ElkeSchumacher@t-online.de

VVPNW NORDWÜRTTEMBERG
Dr. med. Helga Ströhle
Blücherstr. 10, 89547 Gerstetten
Tel.: 07323-5695, Fax: 3691
E-Mail: Dr.H.Stroehle@t-online.de

BVVP RHEINLAND-PFALZ
Dr. Jörg Ebert
Am Sportfeld 6, 55124 Mainz
Tel.: 06131-94319, Fax: 151575924
E-Mail: dr.joerg.ebert@t-online.de

VVPS SAARLAND
c/o Dipl.-Psych. Rita Marzell
Neugrabenweg 18,
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681-3904580, Fax: 93815307
E-Mail: ritamarzellsaar@t-online.de

BVVP SACHSEN
Sabine Schmitt-Drees
Zum Weißiger Kirchsteig 12,
01454 Ullersdorf
Tel.: 03528-410 016, Fax: 410 016
E-Mail: s.schmitt-drees@12move.de

BVP SCHLESWIG-HOLSTEIN
Ulla Schüffgen-Dauss

Hohelandstr. 58, 23564 Lübeck
Tel.: 0451-581424, Fax: 7060778
E-Mail: U.Schueffgen-Daus@gmx.com

VVPS SÜDBADEN
Geschäftsstelle Beya Stickel
Schwimmbadstr. 22, 79100 Freiburg
Tel.: 0761-7072153, Fax: 7072163
E-Mail: vvps@bvvp.de

VVPSW SÜDWÜRTTEMBERG
Gebhard Lingg
Wurzacherstr. 10,
88339 Bad Waldsee
Tel.: 07524-49480, Fax: 49481
E-Mail: G.Lingg.Bad.Waldsee@t-online.de

AGVP WESTFALEN-LIPPE
AFS Schreibdienst Floer
Frau Floer
Sellen 59, 48565 Bursteynfurt
Tel.: 02551-825 22, Fax: 4954
E-Mail: JA.Floer@t-online.de

Dr.med. Juliana Frfr. von Hodenberg
Bahnhofstr. 78, 44623 Herne
Tel.: 02323-56327, Fax: 916865
E-Mail: agvp@bvvp.de

fraktion Vereinigung/DPTV, und zum anderen eine von Rücksichten auf die Interessen anderer und auf die Pflege der entwickelten Verbändekultur nicht sehr angekränkelte DGPT.

Beim genaueren Blick zurück erweist sich die Mehrheitsfraktion als glücklicher Sieger ohne sichere numerische Mehrheit unter den Psychotherapeuten: Berücksichtigt man, dass von den größten KVen mit gleichzeitig hoher Psychotherapeutendichte die meisten nicht mehrheitlich für Vereinigung/DPTV gestimmt hatten und in den Neuen Bundesländern, in denen der jeweils einzige Sitz von der Vereinigung errungen wurde, diese 5 Mandate nur eine relativ kleine Zahl von niedergelassenen Psychotherapeuten repräsentieren, dann wäre ein sorgfältiger Umgang mit der errungenen Machtmöglichkeit angezeigt gewesen. Ganz zu schweigen von den zahlreichen Wahlbündnissen, die auch zu Relativierungen hätten Anlass geben können. Statt dessen entwarfen die Funktionäre der Mehrheitsfraktion eine Art Knebelungsvertrag mit mehreren unverdaulichen Bedingungen (s. u.).

Damit solch ein – rigoroser – Kurs nicht allzu ehrenrührig nach außen wirkt und zu unlegitimiert daherkommt, braucht es Fremdunterstützung. Diese kam vom DGPT-Vorstand. Dieser hatte sich ja bereits durch sein Verhalten in und gegenüber dem Ärztesforum hervorgetan: in Sachen Positionierung für die Besetzung der Ärztebank des künftigen BFA hatte er bei der Stäko Unterschlupf gesucht und die befreundeten Verbände kompromittiert – dabei in Kauf nehmend, dass damit diesem aktiven Forum die Arbeitsgrundlage entzogen wurde und dem sehr erfolgreichen gemeinsamen Funktionsträger Jürgen Doebert ein Teil seiner Basis. Den Rest vollendete der DGPT-Vorstand nun, indem er mithilfe, dessen Einzug in das KBV-Parlament zu verhindern.

Ein anderes Ergebnis wäre durchaus möglich gewesen, wenn die Verbände, die nicht der Mehrheitsfraktion angehörten, sich miteinander abgesprochen und gemeinsam positioniert hätten. Diese Option war aber schon lange zuvor ein Irrealis geworden, weil die DGPT erneut schneller als alle anderen dort vorverhandelt hatte, wo sie die Macht vermutete. Entsprechend komfortabel für die DGPT fiel der erste Entwurf der Gremienbesetzung der Mehrheitsfraktion aus: neben der 2/3-Mehrheit für Vereinigung/DPTV hatte man für die DGPT mehr als 50% der übriggebliebenen Sitze ausgeschrieben und für den Rest der Verbände nur Brosamen übriggelassen.

Somit war eine ungünstige Ausgangslage für Verhandlungen und eine schiefe

Verhandlungs-Dynamik schon fest programmiert. Beim weiteren Kungeln um die Restpositionsverteilungen hatte man dann einen (weiteren) Leckerbissen für den bvvp parat: Als Ersatz für den in der KBV-Vertreterversammlung verwehrteten bvvp-Sitz stand ein Sitz im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zur Diskussion, allerdings verknüpft mit dem Junktim, dass der bvvp bei dem per Wahl zu bestimmenden Unterausschuss des GBA der DGPT-Stellvertreterin den Platz zu überlassen habe. Dazu muss man wissen, dass in diesem Unterausschuss die relevanten Vorentscheidungen für den GBA erarbeitet und gefällt werden.

Summa summarum ging die Mehrheitsfraktion mit Unterstützung durch die DGPT recht robust mit dem um, was sich in den letzten Jahren an Vertrauensbildung und Zusammenarbeit der Verbände im Gesprächskreis II herangebildet hatte. Die Verführung der alleinigen Machtausübung einerseits und der vorrangige Wunsch, um jeden Preis am Tisch der Macht sitzen zu können andererseits hatte andere Rücksichten an den Rand gedrängt. Damit dürfte auch die Basis der künftigen Zusammenarbeit in dieser Verbände-Runde erheblich belastet worden sein.

Für den bvvp kam ein Beitritt zum sog. „Kooperationsvertrag“ mit knebelnder Wirkung nicht in Frage – auch aus weiteren gewichtigen Gründen: Während bei den Vereinbarungen vor 4 Jahren die Maxime hieß: „Die Vertreter ... werden entsprechend der Repräsentanz aller bei den Wahlen erfolgreichen Verbände mit je einer Person für Vereinigung, VAKJP, DGPT, DPTV, VPP/BDP und bvvp besetzt“, kann von einer dem Wahlergebnis entsprechenden Repräsentanz aller bei den Wahlen erfolgreichen Verbände jetzt absolut nicht mehr die Rede sein. VPP/BDP und DGPT wurden erst gar nicht berücksich-

tigt. Dem bvvp wurden von vornherein nur Angebote deutlich unter Repräsentanz-Niveau gemacht. Ein Abweichen von KV-Repräsentanz-Proporz-Aspekten aufgrund von inhaltlichen Gesichtspunkten wurde erst gar nicht diskutiert. Bei den bisher sehr erfolgreich tätigen bvvp-Funktionsträgern zum Nutzen aller (Doebert, Deister, Schneider-Reinsch) ging es stattdessen sogar um die Ausschaltung von eigentlich geschäftsbelebender Konkurrenz zum Schaden aller.

Außerdem enthielt der neue „Kooperationsvertrag“ eine minutiöse Vorfestlegung für die Wahlen zu sämtlichen künftig zu vergebenden Posten in der KBV, und zwar zu 100% zugunsten der Kandidaten der Vereinigung/DPTV, die z. T. bisher gar nicht ausreichend erfahren oder eingearbeitet sind. Dieses sprengt alle bisher als fair angesehenen Verteilungsgesichtspunkte, mindert außerdem erheblich die Chancen, Positionierungen von PP/KJP in den KBV-Gremien durchzusetzen, da bekanntlich Kandidaten auch nach ihren Wahlchancen innerhalb der KBV ins Spiel gebracht werden müssen. Ist es schon rechtlich höchst fraglich, wenn man Besetzungsentscheidungen für bereichsübergreifende Gremien derartig vorab festzulegen versucht, so ist es rechtlich eindeutig nicht haltbar, unterzeichnende Verbände des sog. „Kooperationsvertrages“ zu *verpflichten*, bei den künftigen Wahlen zum Finanz-, Vorstandsangelegenheiten-Ausschuss und zum stellvertretenden KBV-VV-Vorsitz die vorgegebenen Personen „gemeinsam vorzuschlagen und zu wählen.“ Eine solche Verpflichtung zur Wahl missachtet die Wahlfreiheit des Einzelnen und geht weit über ein Einwirken i. S. des Fraktionszwanges hinaus.

Mit dieser Vorgehensweise und deren Resultat wird es nur schwerlich möglich sein, wie in der Vergangenheit als Gruppe der PP/KJP

Anzeige

Wir bieten zum Sommer 2005 einen herausfordernden Arbeitsplatz mit viel Gestaltungsspielraum als

Heimleiter und Geschäftsführer

unseres psychotherapeutischen Kinderheims **Haus Aichele** in Beuren (südlich Stuttgart).

Unser Haus bietet 12 Kindern stationär, sowie deren Familien ambulant, psychotherapeutische Hilfe bei Entwicklungsstörungen und psychisch bedingten Störungsbildern.

- Sie sind analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in oder befinden sich noch in Ausbildung
- haben Erfahrung in der stationären Psychotherapie oder Jugendhilfe
- haben Interesse eine traditionsreiche Einrichtung, die Alltag und Therapie verbindet, weiter zu entwickeln
- können sich das Haus Aichele in herrlicher landschaftlicher Lage als Wohnort vorstellen

Wir bieten:

- Leistungsgerechte Bezahlung (nach AVR)
- Ein hohes Mass an Eigenverantwortlichkeit und Gestaltungsmöglichkeiten
- Ein kompetentes und erfahrenes Team
- Eine günstige Dienstwohnung in schöner Lage

Interessiert? Dann lassen Sie uns miteinander ins Gespräch kommen. Senden Sie bitte Ihre Unterlagen an: Psychotherapeutisches Kinderheim Haus Aichele, Herr Martin Koch, Weiler Steige 14, 72660 Beuren, Telefon 07025/2355, www.Haus-Aichele.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Der Vorstand des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)

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

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

Redaktion Bundesvorstand: Dr. med. Juliana Frfr. von Hodenberg, Bahnhofstr. 78, 44623 Herne, Tel.: 02323-56327, Fax: 02323-916865, E-Mail: agvp@bvvp.de; Dr. med. Hanna Simon, Birmöhler Str. 7, 24576 Bramstedt, Tel.: 04192-7388, Fax: 04192-85143. E-Mail: dr.hanna.simon@dri.de

Redaktion Regionalverbände: 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

Redaktion Schwerpunkt, Rezensionen und Sonstiges: Dipl.-Psych. Ursula Neumann, Trottbergstraße 13, 77704 Oberkirch-Bottenau, Tel.: 07802-981563, Fax 07802-981565, E-Mail: ursula-neumann@gmx.de, Dr. med. Ursula Stahlbusch, Ernsdorferstr. 50, 83209 Prien, Tel.: 08051-63502, Fax: 08051-966065, E-Mail: ursula.stahlbusch@t-online.de; Dr. med. Rüdiger Hagelberg, Eimsbüttler Straße 53-55, 22769 Hamburg, Tel.: 040-4305599, E-Mail: R.Hagelberg@web.de; Ortwin Löwa, Hermann-Behn-Weg 20, 20146 Hamburg, Tel. u. Fax: 040-448429, E-mail: oloewa@gmx.de

Referat Dienstleistungen im bvvp: Manfred Falke, Triftstr. 33, 21255 Tostedt, Tel.: 04182-21703, Fax: 04182-22927, E-Mail: vvpnds@bvvp.de

Verlag: Copernicus Gesellschaft mbH, Max-Planck-Str. 3, 37191 Katlenburg-Lindau – Projektleitung: Michael Koschorreck

Satz: Selignow Verlagsservice Berlin, www.selignow.de

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

Anzeigen: Copernicus Systems + Technology GmbH, Potsdamer Str. 81c, 10785 Berlin

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

Online-Buchungssystem: www.bvvp-magazin.de

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 5

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Das nächste Heft erscheint am 08.04.05 (Redaktionsschluss: 15.02.05)

ISSN-Nummer: 1683-5328

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

Bei Einsendungen an die Redaktion wird, wenn nichts anderes vermerkt, das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Auszugsweiser Textabdruck ist mit Quellenangabe gestattet.

Auf unserer homepage www.bvvp-magazin.de können Sie Hefte bestellen, Beiträge älterer Hefte herunterladen, Anzeigen aufgeben und noch einiges andere mehr. Schauen Sie mal rein! Bitte besuchen Sie auch die bvvp-Homepage www.bvvp.de. Während wir «fürs Grundsätzliche» zuständig sind, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung.

nach außen einigermaßen einheitlich aufzutreten. Das schadet nicht nur unserer Stoßkraft, sondern auch dem Ansehen der Psychotherapeuten enorm. Gerade der ausgerebteste Jürgen Doebert hatte in mühevoller Kleinarbeit und mit außerordentlichem Erfolg vertrauensbildend und einend nach innen und außen gewirkt. Und genau deshalb musste er verhindert werden: Aus Angst, neben ihm sich nicht genug profilieren zu können. Damit sind aber zugleich wesentlich die Chancen gemindert, überhaupt eine Position in den KBV-Gremien zu besetzen.

Das wird allerdings der Vereinigung u. U. wenig schaden, die nach eigenem Bekunden stets für alle Szenarien gut gerüstet ist: Kommt man so nicht weiter, bedarf es keiner selbstkritischen Analyse: Denn das, was man nicht erreicht, lässt sich mindestens so gut vermarkten wie das, was man erreicht: Das, was auf der Strecke bleibt, wird flugs der bösen Ärzteschaft angelastet – und das wird so manchem unmittelbar einleuchten.

Und in ähnlicher Manier werden die DGPT-Funktionäre ihren Verlust an Einfluss bei der Vertretung der Interessen der Psychoanalyse darstellen müssen. Denn sie haben in der Tat mit der Abkoppelung von den befreundeten Verbänden die dafür dringend erforderlichen Kooperationsformen der integrativ ausgerichteten Verbände gesprengt und sich jetzt in Abhängigkeiten begeben, die der eigenen (psychoanalytischen) Sache insgesamt schaden dürften. Der Schulterchluss mit den „rein ärztlich“ sich definierenden und mit den „rein psychologisch“ sich positionierenden Verbänden aus taktischen Gesichtspunkten bedeutet einen erheblichen Verlust an Glaubwürdigkeit, an Fähigkeit zu einer geradlinigen Politik und öffnet Tür und Tor für künftige Zugeständnisse in substanziellen Fragen (um am Katzentisch der Macht bleiben zu können). Aber auch die DGPT wird derartige Zugeständnisse zu verkaufen versuchen nach dem Motto: Seid uns dankbar, wir haben mit dem Schlimmen Schlimmeres verhindert.

Zusammenfassend hat die Mehrheitsfraktion die Verantwortung dafür zu tragen, dass die bisherige Qualität der Vertretung psychotherapeutischer Interessen in den Gremien aufs Spiel gesetzt wurde und die bisherige Basis der Zusammenarbeit verlassen wurde zugunsten kurzfristiger machtpolitischer Vorteilsnahme. Es wäre der gemeinsamen Sache gut angestanden, neben Proporz auch Fach- und Sachgesichtspunkte bei der Gremienbesetzung zu berücksichtigen. Für die Zukunft wird es nun darauf ankommen, mit unserer kompetenten Sachpolitik den Einfluss (auch) von außerhalb auf die Gremien

zu stärken; darin haben wir Übung. Die vermeidbare Dynamik eines spannungsvollen Neben- und ggf. Gegeneinander der fachlich profilierten PP/KJP-Funktionsträger ist uns aus der Perspektive der Ärzteseite durchaus bekannt. Bleibt zu hoffen, dass es nicht zu ähnlich verhärteten Fronten kommt.

NORBERT BOWE

Jetzt fließt endlich Geld

Nachzahlungsbeschluss ohne Ostabschlag!

Noch rechtzeitig vor Weihnachten, am 21. Dezember 2004, hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) schriftlich mitgeteilt, dass es den Beschluss des Bewertungsausschusses zur angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten gemäß § 85 Abs. 4 a SGB V vom 29.10.04 nicht beanstandet, wenn darin die Ungleichbehandlung und Benachteiligung der Vertragsärzte und -therapeuten in den Neuen Bundesländern, die durch einen Abschlag von 12,5 % bei den Praxiskosten vorgenommen wurde, bis zum 31.1.05 beseitigt wird. Darüber hinaus „bittet“ das BMGS den Bewertungsausschuss zu prüfen, ob die zur Ermittlung der Erträge der Vergleicharztgruppen verwendeten Faktoren um Kostenanteile für Laborleistungen und Dialysesachkosten zu bereinigen sind.

Das BMGS setzt mit dieser Kritik an den richtigen Punkten an – besonders die Forderung nach der Streichung des Ostabschlages bedeutet für unsere Kolleg(inn)en in den Neuen Ländern, dass deren Nachzahlungen erheblich gegenüber den bisherigen Berechnungen aufgestockt werden müssen!

Allerdings hat das BMGS nicht alle möglichen Knackpunkte aufgegriffen. Ein weiterer wichtiger zweifelhafter Faktor ist die Höhe der Praxiskosten der vollausgelasteten Praxis überhaupt: Es werden jetzt in Ost und West gleichermaßen ca. 40.600,- Euro zugrunde gelegt. Diese Summe liegt aber damit immer noch ca. 5000,- Euro unter der Beispielrechnung des BSG. Der Bewertungsausschuss folgt hier nicht den vom Gericht angenommenen Kosten auf BAT-Basis für eine halbtags tätige Sprechstundenhilfe, sondern rechnet sie herunter, da diese Einstufung nicht der Realität entspräche. Aller-

dings – selbst wenn das stimmen würde – hatte das BSG mehrfach betont, dass seine Berechnungen bereits mehrere Annahmen zuungunsten der Psychotherapeuten enthielten und weitere nicht zulässig seien.

Insofern ist die Konformität des jetzigen Beschlusses mit den BSG-Urteilen nicht gänzlich unstrittig und damit seine Rechtssicherheit durchaus fraglich. Erste Punktwertberechnungen in den KVen zeigen auch, dass sie fast durchweg nicht die Höhe von 10 Pfennig (5,11 Cent) erreichen. Wir werden die Rechtmäßigkeit und die Auswirkungen mit aller Sorgfalt prüfen müssen. Immerhin ist der Weg jetzt erst einmal frei für Nachzahlungen in nennenswerter Höhe ab dem Jahre 2000, für die die KVen nach ersten Schätzungen ca. 500 Mio. Euro aufbringen müssen, wobei sie sich darum bemühen werden – und hier werden wir sie unterstützen –, mindestens einen Teil von den Kassen zurück zu bekommen.

Insgesamt ist es jedenfalls ein schöner Sieg, an dem der bvvp maßgeblich beteiligt ist.

FRANK ROLAND DEISTER

Kein Scherz

EBM und RLV kommen ab 1. April

Es gab ja immer wieder Ankündigungen und Verschiebungen. Aber jetzt ist es sicher: Der EBM 2000 plus kommt definitiv zum 1. April 05. Und mit ihm kommt entweder das von der KBV entwickelte und vom Bewertungsausschuss am 29.10.04 beschlossene Konzept zu den Regelleistungsvolumina (RLV) oder auch ein anderes Mengensteuerungskonzept – soweit regional vorhanden und mit den Kassen konsentiert. Das könnte in den KVen jeweils unterschiedlich gehandhabt werden.

Aber auch wie das KBV-Modell für uns genau aussehen wird, ist noch völlig unklar, da es nur Rahmenbedingungen enthält und die Ausdifferenzierung und Umsetzung den KVen überlassen bleibt. Fest steht für uns nur, dass die antragspflichtigen Psychotherapieleistungen nicht dem RLV unterliegen werden. Alle anderen Leistungen, auch die probatorischen, werden jedoch mengenbegrenzt und bei Überschreiten von Höchstgrenzen abgestaffelt. Nur wie groß der Spielraum sein wird und wie groß dann für die verschiedenen psychotherapeutischen Leistungserbringergrup-

pen die jeweiligen Fallpunktzahlen (FPZ) sein werden und wo dann die Höchstgrenzen liegen werden, ist noch völlig offen.

Hierzu müssen in den Regionen von den KVen noch – möglichst in Zusammenarbeit mit unseren Verbänden und Fachausschüssen – angemessene Lösungen für die psychotherapeutischen Praxen erarbeitet werden. Der bvvp und Ihre bvvp-Landesverbände werden Sie rechtzeitig darüber informieren. Denn darauf werden Sie sich einstellen und Ihre Leistungserbringung anpassen müssen.

FRANK ROLAND DEISTER

Fachärzte suchen Zusammenarbeit

mit Psychologischen Psychotherapeuten und KJP

Die 6 neugewählten PP/KJP nahmen im Vorfeld der entscheidenden KBV-Wahlen an zwei GFB-Sitzungen (Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände) teil. Sie sprachen sich dort eindeutig für Dr. Köhler als Kandidaten der Fachärzte aus. Das mag manche verwundern: Dr. Köhler trat bisher auch als der Vertreter der KBV auf, der immer neue Varianten der Herunterrechnung der BSG-Urteile präsentierte. Dennoch gilt Dr. Köhler als derjenige Vertreter der KBV, der – unter anderem dadurch, dass er es sich über die Jahre kaum je nehmen ließ, an den Sitzungen des beratenden Fachausschusses teilzunehmen – die Arbeitsbedingungen und speziellen Probleme einer psychotherapeutischen Praxis am besten rezipiert hat und auch in anderen Gremien vertreten konnte und dies auch getan hat.

Freundschaft perdu?

Nach jahrelanger Freundschaft und Zusammenarbeit, die insbesondere von der Vereinigung hoch gepriesen wurde, gibt es nun einen schweren Dissens zwischen Vereinigung und Hausärzten wegen der hausarzt-zentrierten Versorgung. Zusammen mit allen anderen Verbänden der Psychotherapeuten hatte auch die Vereinigung eine Stellungnahme dafür unterschrieben, dass der Zugang zum Psychotherapeuten auch in Hausarztmodellen nicht durch finanzielle Nachteile erschwert werden sollte. Einige Sätze in dieser Stellungnahme empfanden die Hausärz-

te als Angriff auf ihre Fähigkeiten und eine Folge ist: die bisherige Büro-Gemeinschaft von BDA und Vereinigung wurde aufgekündigt. Die andere Folge: engere Zusammenarbeit mit den Fachärzten s.o.

Streit um Vertrag des BDA mit der BEK

Der BDA hat einen Vertrag mit der Barmer zur hausarzt-zentrierten Versorgung abgeschlossen. Dieser Vertrag hat viel Staub aufgewirbelt, da er die Gefahr in sich birgt, die Hausärzte in solche zu spalten, die über den BDA diesem Vertrag angehören und solche, die nicht Mitglied sind. Außerdem konterkariert dies die Bemühungen der KVen, hier im Spiel zu bleiben. Obwohl der scheidende KBV-Chef Richter-Reichhelm den Vorsitzenden des BDA in der letzten VV der KBV deswegen hart angriff und in Frage stellte, ob jemand, der solche Verträge abschließt, für ein hohes KBV-Amt geeignet ist, wurde Weigeldt doch am folgenden Tag zum 2. Vorsitzenden der KBV gewählt. Er versprach, seine Ämter im BDA niederzulegen.

Spannend nun wieder die Frage, wer wird Weigeldts Nachfolger im Amt?

Vertrags-süchtig?

Nicht nur DGPT und VAKJP wurden von Vereinigung und DPTV in einen Vertrag gezwungen, in dem bereits das künftige Abstimmungsverhalten festgelegt wird. Auch bei der Gruppe der Fachärzte probierten Weidhaas und Nadolny, Zusagen für künftige Gremienbesetzungen schriftlich garantiert zu bekommen, was aber bei den Fachärzten Befremden auslöste.

Übrigens: Nicht solche Verträge an sich werden vom bvvp kritisiert, sondern dass darin steht, dass die Delegierten „vorschlagen und wählen“. Würde es heißen, dass die unterzeichnenden Verbände auf ihre Delegierten einwirken, dass sie bestimmte Personen vorschlagen und wählen, wäre dies der entscheidende Unterschied zwischen imperativem Mandat und dem Respekt vor gewählten Vertretern aller Psychotherapeuten.

Der neue psychotherapeutische Fachausschuss

Intensive Gespräche zur Besetzung der Ärztekammer im PT-FA fanden am Rande der KBV-VV am letzten Wochenende vor Weihnachten statt. Man sah die ärztlichen Psychotherapeuten in unterschiedlicher Kombination in ernsthaften Gesprächen vertieft. Wie bekommt man alle wichtigen Gruppen im FA repräsentiert ...?

JÜRGEN DOEBERT

10 Jahre bvvp – Jubiläumsfest in Berlin

Dieser Anlass war vielen eine Reise in die Bundeshauptstadt wert. Viele Delegierte des bvvp, aber auch deren Angehörige nahmen das Fest des bvvp zum Anlass, sich Berlin als Hauptstadt anzusehen.

Unsere Vorturner auf Bundesebene, alles gestandene Vorstandsmitglieder des bvvp, waren bereits schwer am besprechen, diskutieren und kontaktieren, als ab 18.00 Uhr das Gros der Verbandsmitglieder und der geladenen Gäste eintrudelte. Mit großem Hallo wurden die Neuankommenden empfangen. Ob in so einer Atmosphäre tatsächlich ernsthafte Gespräche eine Chance haben, fragte sich mancher einfache Delegierte.

Erstaunt waren viele, in welcher großer Zahl „Schwergewichte“ aus der Bundesge-



undheitspolitik zugegen waren. Entsprechend lang war die Abfolge der Grußworte und die Liste der VIP's.

Einzigartig sei am bvvp, so würdigten einige Gastredner den Verband, dass er nicht nur über eine schlagkräftige Organisation auf Bundesebene verfügt, sondern auch über entsprechend gut organisierte Landesverbände.

Birgit Clever als Vorsitzende gab nach den Grußworten einen abwechslungsreichen und erheiternden Rückblick auf 10 Jahre bvvp.



Dies wurde nur noch getoppt durch die launige und humorvolle Betrachtung von RA Kleine-Cosack. In seiner gewohnt schwungvollen Art wusste er die Erfolge des bvvp vor allem in juristischen Fragen zu würdigen. Mit Seitenhieben für andere Verbände, für manche Möchtegern-Berufspolitiker und natürlich für die Rechtsabteilungen der KVen sparte er nicht. Seine schlagfertige Eloquenz brachte an diesem Abend die meisten Lacher.





Für alle, die zumindest den Inhalt seiner Rede nachlesen wollen, steht diese – wie auch die anderen Reden – auf der Homepage des bvvp. Den Life-Eindruck von Kleine-Cosack kann das aber nicht ersetzen.

Die Stärke des bvvp – seine Integrationsfähigkeit – war in den zahlreichen Gesprächen den ganzen Abend über anwesend. Die Klarheit und die Entschlossenheit, mit der die Fortsetzung der Integration vom bvvp vorgetragen wird, machte deutlich, dass die Psychotherapie nicht von Ärzten, Psychologen oder Sozialpädagogen erdacht worden ist, sondern von Psychotherapeuten. Diese Erkenntnis über die Geschlossenheit und Einmütigkeit innerhalb des Verbands nahmen vermutlich auch die vielen Honoratioren und VIPs mit nach Hause.

Gegen 21.00 ging man dann zum gemütlichen Teil über. Die anwesenden Gäste mussten nichts missen. Für das leibliche Wohl und abwechslungsreiche Unterhaltung war dank der perfekten Organisation des Berliner Landesverbandes gesorgt.

Die Tombola für die Kinder in Peru war allein wegen der vielen sehr persönlichen Preise z.B. ein Skikurs mit B. Clever eine Attraktion. Der Losverkauf gab dem Fest einen würdevollen Rahmen, der über die Verbandsinteressen hinaus wies. So sehr die Sorge um gerechte und angemessene Honorare in der Psychotherapie den bvvp beschäftigen muss, es gibt auch noch ganz andere Probleme auf dieser Welt.

An diesem Abend wurde dennoch auch viel über alte Zeiten gesprochen. Die Gründungsta-



ge des bvvp und seiner Landesverbände wurden in manchen Momenten wieder lebendig.

Natürlich wurde auch die gerade zurückliegende KV-Wahlkampfphase in Erinnerung gerufen. Einige leckten sich gegenseitig die Wunden der Wahlniederlagen,



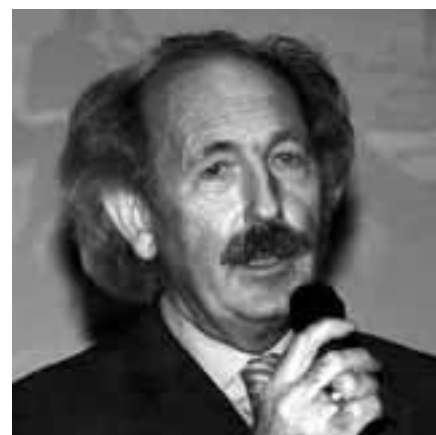
Bildlegende Seite 16 :

*l. o.: MdB Birgit Bender („Grüne“)
r. o.: Staatssekretär im BMGS Klaus Theo Schröder
r. m.: Norbert Bowe, Vorstandsreferent bvvp
l. m.: Birgit Clever, 1.Vors. bvvp und Julia Hahn bvvp Berlin
l.u.: Herr Nagel, Techniker-KK, und die Vorsitzenden der BF in Südbaden, Hessen und Westfalen-Lippe
r.u.: Herr Kommer, Vorsitzender der Bundespsychotherapeutenkammer*

Bildlegende Seite 17 :

*l. o.: RA Kleine-Cosack
r. o.: Entspannte, erheiterte Zuhörer
r. m.: Reinhold Hildmann mit 2 Sekretärinnen aus der Geschäftsstelle
l.m.: Dr. Flenker, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe
m.m.: Jürgen Doeberth im Gespräch mit Hoffmann-Goldmayer, 1.Vorsitzender KB BW
l.u.: Dr. Richter-Reichhelm, vorheriger KBV-Vorsitzender mit Birgit Clever und Frank Roland Deister*





während andere, z.B. die Baden-Württemberger, schon neue Pläne schmiedeten.

Gegen 23.30 Uhr abends war nur noch der engere Kern der bvvp-Mitstreiter zugegen. Das lockerte noch einmal die Zungen und vertiefte für einige die Entspannung. Andere schwangen mit wachsender Begeisterung das Tanzbein.

Bildlegende:

*I.o.: Jubiläumsgeschenk für Birgit Clever
r.o.: Ursula Neumann beim unermüdlichen Verkauf der Lose für die Tombola
r.m.: MdB Horst Schmidbauer (SPD)
l. u.: Delegierte mit rauchenden Köpfen*



Alles in allem ein wunderschöner Abend mit herrlichen Erinnerungen für alle, die dort waren. Diejenigen, die keine Zeit hatten oder es aus anderen Gründen nicht wahrnehmen konnten, müssen sich nun wieder 10 Jahre gedulden. Vielleicht wird dann der bvvp sein wohl verdientes 20-Jähriges Bestehen feiern, so Gott, die Politik, die KBV und auch die Weiterentwicklung der Psychotherapie es zulassen.

Nicht vergessen werden darf, dass sich viele Landesvorstände und Bundesdelegierte am nächsten Tag zur turnusmäßigen Delegiertenversammlung zusammen fanden. In alter Disziplin und gewohnt ernster Arbeitsatmosphäre wurden die aktuellen Probleme der Berufspolitik wie der anstehende Bewertungsausschussbeschluss, die Einführung des EBM 2000 Plus und der Regelleistungsvolumen erörtert.

B. WALDHERR



Deutsche Psychologen Akademie

GmbH des BDP

Oberer Lindweg 2 53129 Bonn

Telefon 02 28 / 98731-28 Fax 02 28 / 98731-72

E-Mail: info@dpa-bdp.de Internet: www.dpa-bdp.de

Fortbildungsreihe Psychoonkologie

Die Fortbildungsreihe Psychoonkologie findet in Kooperation mit dem Institut für medizinspsychologische Fort- und Weiterbildung (psy.com – Psychologische Kompetenzsysteme) und dem Universitätsklinikum zu Köln statt.

Termine: 10.-13.03. 2005/ 14.-17. 04. 2005/ 03.-05.06. 2005

Fortbildungsreihe Heilhypnose

Termine: 12.-13.03.05/ 18.-19.06.05/ 29.-30.10.05

In 2004 wurden diese Fortbildungen von den jeweiligen Psychotherapeutenkammern zertifiziert. Die Zertifizierungsanträge für 2005 sind gestellt.

Fordern Sie einfach Informationsmaterial bei uns an!

----- (Coupon bitte an die DPA senden) -----

Bitte senden Sie mir: Infos zu Psychoonkologie und Heilhypnose
Veranstaltungsprogramm 2005

Name:

Vorname:

Anschrift:

Turnhosen für Peru – Die Tombola

„Turnhosen für Peru“ hieß unsere Juliheft-Spendenaktion für die Kinder von Pijuayal. In jenem peruanischen Dorf lebt bvvp-Altvorstandsmitglied Marieluise Näher und arbeitet als Ärztin. Die Not und Armut der Indios hatte sie in nüchternen Worten beschrieben: nicht genug zu essen, kein Geld für Kleidung, mühselige Arbeit, Malaria und Ruhr als „normale“ Krankheiten. Die Spenden sollten die 40 Kinder des Ortes mit Bekleidung (den besagten Turnhosen) und einer schulischen „Grundausrüstung“ versorgen; von einer Schulspeisung wurde als Nebeneffekt erhofft, dass die Eltern ihre Kinder in die Schule statt zum Fischen schicken.

Die bvvp-Mitglieder zahlten 2100 Euro auf das Sonderkonto ein. Allen herzlichen Dank!

Im September wurden bereits 1500 Euro überwiesen.

„Stell Dir vor, das Geld (1500 Euro) ist schon vorgestern eingegangen und ich konnte es mir gestern von Schwester Betty bei der Caritas abholen. Schwester Betty – wie immer in edlem Outfit mit frisch poliertem Ledertäschchen und trotz schwerer Osteoporose in feinen hochhakigen Pumps hat mich persönlich zur Bank begleitet, ach, war das ein erhebendes Gefühl! Und nicht genug des Guten! Sie hat sich persönlich darum gekümmert, dass kein falscher Schein dabei ist, hat die Scheine in ihrem Geldkontrollgerät überprüfen lassen. Das nenne ich Profi. Und nun habe ich gestern schon die ersten gebrauchten Hemden für die Jungens gekauft und gebrauchte Säcke zum Bau des Fischteichs.“

Die „Unsumme“ ermöglichte sogar, kühnste Träume zu erfüllen: Ein Solarofen wurde angeschafft. Der doppelte Nutzen: Weniger mühevoll Holz sammeln und weniger ökologisch schädliches Abholzen des Tropenwaldes.

Nun hoffe ich nur, dass ich bald mit Kleidern, Schuhen, Heften, Spaten und Lebensmitteln bepackt nach Pijuayal reisen kann. Den in Arequipa gebauten Solarofen habe ich heute von der Transportfirma abgeholt. Er ist billiger geworden, als veranschlagt.

Herzliche Grüße aus dem noch feuchtkalten Lima, 95% Luftfeuchtigkeit. Man sieht, nichts passt mir: in Iquitos stöhne ich über die Hitze, in Lima über die Kälte.

Nach dem virtuellen Festbankett des Juliheftes sollte am 21.10.04 in Berlin die rea-

le bvvp-Fete zum 10-Jährigen steigen – mit vielen Mitgliedern und zahlreichen VIPs. Weil bei Festivitäten das Geld locker sitzt, kam mir die Idee einer Tombola. Ich warb beim Vorstand dafür, die Strafe folgte auf dem Fuß: man fand das wunderbar – und ich hatte die Organisation am Hals. In der Folgezeit habe ich mir mehrmals geschworen, gute Ideen künftig für mich zu behalten. Andererseits: beim Schreiben von schmeichelnden Bittbriefen, drohendem Anmahnen der Preisspenden wuchsen Ehrgeiz und Jagdfieber.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, diejenigen, die sich schon länger für Berlin angemeldet haben, wissen bereits, was jetzt kommt. Da ich heute noch mal die neue Anmeldeungsliste bekommen habe, drehe ich doch noch mal eine Runde „hamnsenichne-spende????“ ... Erbarmen!

Nicht nur KollegInnen spendeten sondern auch zahlreiche VIPs und Organisationen. Schließlich war eine üppige Kollektion beisammen. Nicht alles natürlich so umwerfend wie die Hauptgewinne:

- Eine Woche Ferienhaus im Languedoc für 6 Personen gestiftet von Dagmar Kramp
- Ein Wochenende Probefahrt mit dem Mazda RX 8 organisiert von Manfred Falke
- Ein Skitag im Schwarzwald oder Theaterbesuch mit Birgit Clever
- Ein Segelflug über die Schwäbische Alb mit Helga Ströhles Mann
- Ein von Roland Deister geführter Ausritt im Taunus

Herzlichen Dank noch einmal an alle genannten und ungenannten SpenderInnen!

Gewinnlose und Nieten kaufen, Geschenkgutscheine schreiben, Wechselgeld organisieren, ankommende Gaben registrieren, Gewinne auf den Tischen werbetätig platzieren – Julia Hahn und Petra Westphal unterstützten mich vor Ort. Tusch!

Die Rechnung war: wenn 400 Lose à 3 Euro verkauft würden, dann wäre jedes vierte Los ein Gewinn (nimmt man die Trostpreise hinzu, sogar jedes zweite). Wenn jede(r) der circa 150 Gäste zwei oder drei Lose kaufen würde, ergäbe das ein hübsches Sümmchen. 1200 Euro!

Die Lose waren im Handumdrehen verkauft, dem Charme von Julia Hahn und Petra Westphal konnte niemand widerstehen (ich hielt mich da vornehm zurück). Danach wäre der Zeitpunkt für meine großartige Powerpoint-Präsentation gekommen – der ersten meines Lebens. Aber der Beamer war bereits ab- und die Kapelle hatte sich schon aufgebaut.

Improvisation war angesagt.

Die BesitzerInnen der Losnummern 10, 20, 30, 40 und 50 durften nach Überprüfung durch Dr. iur. h. c. Norbert Bowe der Reihe nach einen Umschlag ziehen. Wer würde den Ferienaufenthalt für bis zu 6 Personen im Languedoc gewinnen??? Das klärte sich erst, als der Gutschein aus dem letzten Umschlag gezogen wurde und Gabriele Weischet hüpfte vor Vergnügen.

Danach brach ein Sturm über die Gewinnverteilungsriege herein und es wurde offenbar, dass doch keine Tombola-Profis am Werk waren. Alle wollten umgehend wissen, welcher Gewinn sich hinter ihrer Losnummer verbarg. Wein, Kalender, Pfeife, Bild, Buch, CD ... In diesem Chaos passierte dann schon die eine oder andere Panne: Der Crémant wurde partout nicht gefunden – gab's halt einen Rotwein. Der Gewinner der Liegeradtour am Rhein entlang erhielt den Gutschein für eine Fahrradschka-Tour in Berlin und ließ sich kaum trösten. Aber passiert war passiert.

Am Schluss wühlte Petra lustvoll im Geld ... 1469 Euro ... Ups! Es konnten doch nur 1200 Euro sein? Sollte ich ganz aus Versehen zu tief in die Nietentüte gegriffen haben?????

2100 Euro und 1500 Euro (irgendwie hat sich durch wiederholtes Zählen die Summe erhöht) macht zusammen 3600 Euro. Das ist eine etwas krumme Zahl. Angesichts der ins Haus stehenden Nachzahlungen möchte vielleicht der eine oder die andere noch was zur Begradigung beitragen. Deshalb zum letzten Mal die Nummer des bvvp-Sonderkontos, das Ende Februar aufgelöst wird. Welche Zinsen das Geld trägt – wir werden darüber berichten.



*Spenden bitte auf das Sonderkonto des bvvp: Volksbank Breisgau Süd eG
KtoNr. 16075515
BLZ 68061505
Verwendungszweck:
Turnhosen für Peru*

Weil wir kein gemeinnütziger Verein sind, können wir leider keine Spendenbescheinigung ausstellen.

URSULA NEUMANN

SCHWERPUNKT

Werte in Medizin und Psychotherapie

Ausfädeln – Einfädeln

In eigener Sache: Die neue Schwerpunkt-Redaktion

„Es ist nicht gut, dass der Mensch allein sei“, das weiß schon die Paradiesgeschichte. Zwei Magazin-Schwerpunkte als Ich-AG – mit Ursula Stahlbusch im Hintergrund – sind genug. Von der bayerischen Ursula kamen immer deutlichere Signale, dass sie sich peu à peu ganz aus dem regelmäßig-verpflichtenden Redaktionsgeschäft ausfädeln möchte. Deshalb lief schon seit Monaten die Suche nach Kolleginnen und Kollegen, mit denen sich ein Schwerpunktteam bilden ließe. Pünktlich zum Neuen Jahr habe ich nun das Vergnügen „die zwei Neuen“ vorzustellen, bevor sie es selbst mit ihren ersten Schwerpunkt-Artikeln tun. Ich bin sehr froh, dass sich Rüdiger Hagelberg und Ortwin Löwa bereit gefunden haben, die gleichermaßen mit Spaß und Stress verbundene Redaktionsarbeit mit zu tragen und freue mich über die schon begonnene und auf die verstärkte künftige Zusammenarbeit.

Die beiden Neuen setzen das männliche und nördliche Gegengewicht zum weiblichen Süden.

Rüdiger Hagelberg ist Gründungsmitglied des Hamburger vvp. Als FA für Allgemeinmedizin und psychotherapeutische Medizin praktiziert er seit 12 Jahren „integrierte Versorgung“ mit drei ärztlichen Kollegen und einer psychologischen Kollegin und versteht Psychotherapie als „Prototyp“ einer Allgemeinmedizin, die sich auf den Menschen zu und nicht von ihm wegspezialisiert, wobei er allerdings nicht in die Kiste „zuständig für Ethik, Reden und Zeit“ gesteckt werden will. Gelegentlich schreibt er für „Psychozial“.

Mit *Ortwin Löwa* enden drei Jahre redaktioneller Unprofessionalität. Er ist vom Fach: über viele Jahre leitete er die Hamburg-Welle des NDR und ist sicher noch vielen aus der Hansestadt ein Begriff als „Reporter aus der Telefonzelle“. Von dort berichtete er aktuell von Demos und ähnlich Aufmüpfigem. Telefonzelle? Demo? – Das waren noch Zeiten! Zu seinem 50. Geburtstag (was schon ein kleines bisschen her ist) zitierte ihn die TAZ, er wolle „gezielt unbequem, ohne Plätschercharakter“ sein. Da ist der „Reporter mit den weichen Stacheln“ bei uns genau richtig.

Bis das mit dem Einfädeln so richtig geklappt hat, halte ich die Fäden noch in der Hand. Aber das soll von Heft zu Heft weniger werden, denn schließlich möchte ich mich irgendwann auch selbst ausfädeln, und dann soll sich beim Weiterspinnen des Fadens nichts verknoten. Raffiniert eingefädelt, nicht?

URSULA NEUMANN

Werte in Medizin und Psychotherapie

Ethik in Medizin und Psychotherapie – ein weites Feld. Auf 18 Seiten gibt es eine tour d'horizon: ob/inwiefern Psychotherapie und Medizin „Opfer oder Täter“ bei der Bewahrung, Entwicklung und Veränderung von Werten sind, welche (aktive) Rolle sie und die PatientInnen dabei spielen, spielen können und sollen, welche ethischen Prinzipien psychotherapeutische Ausbildungsinstitute den Azubis vermitteln wollen und wie das im Berliner Modellstudiengang Medizin aussieht, die ethische Problematik von auf den ersten Blick wertvollen Neuerungen am Beispiel des Psycho-Screenings beim „DMP Mamma-Carcinom“. Im Ärgergebnis des Quartals geht es anhand der Frage „Abrechnungsbetrug in der Psychotherapie“ auch um Ethik und Moral und in der Rubrik „Für uns gelesen“ gibt es einschlägige Buchempfehlungen.

Werte im Wandel



Ursula Neumann

„Aufklärung gehört überhaupt nicht in die Öffentlichkeit, so wenig wie die Krankengeschichte ... in die Hand des Patienten.“
Prof. Dr. med. Hans Giese, 1952

Das Alter hat Vorteile. Man kennt seine Pappenheimer und weiß, dass Ladenhüter alle paar Jahre ein revival als dernier cri feiern, man hat die beruhigende Erfahrung gemacht, dass Bäume nicht in den Himmel wachsen, und die beunruhigende, dass alles mühsam Errungene wieder verloren gehen kann.

Vielleicht bin ich aber noch nicht alt genug und nur deshalb zu optimistisch, um den Klagen über den allgemeinen Werteverfall bei-

zupflichten, obwohl ich mir einbilde, die bedrohlichen Entwicklungen gerade im Gesundheitswesen nicht zu verharmlosen. Aber vieles erscheint besonders schlimm, wenn man mit der Nase zu dicht drauf ist. Um effektiv Gegenwehr leisten zu können, braucht es Distanz. Außerdem halte ich es mit Hölderlin: „Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch“. Sonst könnte man gleich einen Strick nehmen.

„Die vornehmste und höchste Aufgabe im Leben der Frau bedeutet die Erfüllung der Mutterschaft ... Folgerichtig muss daher für die Verantwortungsträger einschließlich des Arztes das oberste Ziel sein, die Fortpflanzungsfähigkeit zu erhalten helfen ... Eine Mutter mit Kindern bis zu 15 Jahren gehört nicht in eine außerhäusliche Berufsarbeit; ihre Aufgabe ist es, die Hüterin der Familie zu sein.“

Prof. Dr. med. Heinz Kirchhoff, Vortrag bei der Eröffnungskundgebung des 64. Deutschen Ärztetages 1961

Wertewandel – das ist lediglich die Feststellung, dass nichts ewig ist. „Werte“ werden mit neuen Inhalten gefüllt, missbraucht, kommen aus der Mode, stellen sich als Unwert heraus und feiern fröhliche Urständ. Die Sehnsucht nach der Zeit, in der die „alten Werte“ noch galten, ist oft nur eine in die Vergangenheit gewendete Utopie. Ich jedenfalls möchte als Patientin nicht unbedingt VertreterInnen der „alten Werte“ in die Hände fallen.

Mir fällt eine Falldarstellung in meiner analytischen Ausbildung ein. Die vorgestellte Patientin war beruflich sehr engagiert. Unter uns Azubis schien Konsens zu sein: die Arme war hysterisch – phallisch und hatte Probleme, ihre Weiblichkeit anzunehmen. Beim Rausgehen raunte mir meine Freundin zu (dass sie es beim Rausgehen sagte, belegt, dass Mut zur Abweichung vom analytischen Mainstream nicht das war, worauf in meiner PA-Ausbildung Wert gelegt worden wäre): „So ein Schwachsinn! Alle Frauen hier sind wenigstens doppelt so ehrgeizig wie die Patientin, sonst wären sie nicht hier.“ Ein andermal, bei einer Zusammenkunft der DozentInnen und Auszubildenden erklärte ein Kandidat, er sei nicht länger bereit, Konflikte, die seine Patienten mit ihren Chefs hätten, prinzipiell als ödipale Problematik zu deuten. Uns stockte der Atem und wir wunderten uns, dass dem Aufmüpfigen gestattet wurde, seine Ausbildung zu beenden.

„Sehr geehrte Frau Ministerin ... Aus einer ... Äußerung Ihrerseits haben wir entnommen, dass beabsichtigt sei, das Verbot der öffentlichen Werbung für empfängnisverhütende Mittel abzuschaffen ... Die unterzeichneten Ärzte erheben hiermit in aller Form Protest gegen diese den medizinischen und ethischen Ordnungen des ärztlichen Berufsstandes zuwiderlaufenden Art und Weise, dieses schwierige Problem zu behandeln ... Ohne scharfe Kontrolle der Vergabe der Antibabypille wird Deutschland ein sterbendes Volk, ja es käme zu einer weltweiten farbigen Rassefront der ‚proletarischen Völker‘ unter rotchinesischer Führung.“

Vorstand der Ärzteschaft des Kreises Ulm, 23 Professoren für Frauenheilkunde und mehrere hundert Ärzte, 1964

Auf der anderen Seite die unsäglichen Seminare an der Steinzeit-VT-Fakultät. Kleine dicke Mädchen sollten mittels Token-Dressur zu schlanken großen Mädchen gemacht werden.

Die Einfältigkeit des Designs spiegelte die Einfalt der DozentInnen wider, in deren Veranstaltungen ich darüber zu fantasieren pflegte, wie sie ihre Lebens- und Liebesbeziehungen getreu dem Reiz-Reaktionsschema gestalteten.

Aversionstherapie für Abweichler aller Art, denen ihre Abweichtum mittels Elektroschocks oder Übelkeit erregenden Medikamenten abgewöhnt werden sollte: es war oft tatsächlich „Jenseits von Freiheit und Würde“. Ich habe dieses Behaviorismus-Glaubensbekenntnis von Skinner jetzt wieder zur Hand genommen. Man kann es nicht mehr lesen.

„... die Dialoge von Platon (müssen) immer noch von Studenten gelesen werden ..., als verschafften sie uns Einblick in menschliches Verhalten ... Während die Physik und Biologie der alten Griechen, auch wenn sie noch so unausgegoren gewesen sein mögen, schließlich zur modernen Wissenschaft geführt haben, führten ihre Theorien über das Verhalten des Menschen nirgendwohin ... Da man heute jedoch die Wechselwirkung zwischen Organismus und Umwelt durchschaut hat, führt man Wirkungen, die früher Geisteszuständen, Empfindungen und Wesenszügen zugeschrieben worden sind, immer mehr auf erfassbare Bedingungen zurück, wodurch eine Technologie des Verhaltens möglich werden kann. Allerdings wird diese unsere Probleme erst dann lösen können, wenn sie die überkommenen, tief verwurzelten vorwissenschaftlichen Ansichten ersetzt hat.“

B. F. Skinner, Jenseits von Würde und Freiheit, 1973, 12 und 32

Gegen vieles, was mir als „Wert“ angepriesen wurde, war ich immun. Gegen anderes nicht und deshalb habe ich in meinen Therapien Wert geleiteten Stuss verzapft und ich werde auch weiter Stuss verzapfen – allerdings anderen. Das nennt man Fortschritt. Ich hoffe, dass meine Ideologie bedingten Fehler nie über die Stuss-Dimension hinausgegangen sind und hinausgehen werden. Ich habe nie an eine „analytische Abstinenz“ geglaubt, die beinhaltete, man dürfe nichts für den Patienten wollen und habe quasi „wertfrei“ zu therapieren. Dafür bekam ich damals eins auf die Mütze, wie ich umgekehrt an meiner VT-Fakultät wegen meines Glaubens an Übertragung und Gegenübertragung belächelt wurde. Heute ist wohl hier wie dort Konsens, dass TherapeutInnen sich und ihr Tun sorgfältig reflektieren müssen, damit sie den PatientInnen nicht eigene Bedürfnisse, Interessen und Werte überstülpen. AnalytikerInnen dürfen inzwischen auch offiziell die Gesundung des Patienten wollen ... Aber was genau ist das?

„Was im Begriff ist, abgeschafft zu werden, ist der ‚autonome Mensch‘ – der innere Mensch, der Homunkulus, der besitzergreifende Dämon, der Mensch, der von der Literatur der Freiheit und der Würde verteidigt wird. Seine Abschaffung ist seit langem überfällig. Der ‚autonome Mensch‘ ist ein Mittel, dessen wir uns bei der Erklärung jener Dinge bedienen, die wir nicht anders erklären können. Er ist ein Produkt unserer Unwissenheit, und während unser Wissen wächst, löst sich die Substanz, aus der er gemacht ist, immer mehr in Nichts auf ... Wir können froh sein, wenn wir uns von diesem Menschen im Menschen befreit haben ... Die wissenschaftliche Analyse des Verhaltens entsetzt den autonomen Menschen seiner Rechte und schreibt die Kontrolle, die er angeblich ausgeübt hat, der Umwelt zu.“

B. F. Skinner, Jenseits von Würde und Freiheit, 1973, 205 und 210

Wert-Worte sind leere Hülsen, hinter denen sich Gutes und Schlechtes verbergen kann. „Gesundheit“, „Partnerschaftlichkeit“, „Effizienz“, „good practise“, „Verantwortung“, „optimale Versorgung“ - dafür sind alle. Aber diese Worte taugen nur für Sonntagsreden und Werbespots, so lange nicht geklärt ist, was damit gemeint ist und

was nicht. Albert Schweitzer sagte: „Wahre Ethik fängt an, wo der Gebrauch der Worte aufhört“. Mir scheint eher, dass „wahre“ Ethik nur möglich ist, wenn präzise herausgearbeitet wird, welche Worte von wem mit welcher Bedeutung gebraucht werden. Die Erfahrung unserer eigenen Verführbarkeit sollte uns zwar Bescheidenheit lehren. Aber andererseits ist es das Recht und die Pflicht gerade unserer Profession, die vom genauen Hinhören und Sprechen lebt, die Geister zu unterscheiden im Sinne des kantianischen „Wahlspruchs der Aufklärung“: „Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen.“

URSULA NEUMANN

Psychotherapeutische Ausbildungseinrichtungen und die Frage der Werte

Hier bedauere ich den Platzmangel ganz besonders. Es wäre wichtig gewesen, z. B. auch Vertreter der Gesprächs- und der systemischen Therapie zu Wort kommen zu lassen. Es hat nur für die „Platzhirsche“ gereicht – und dabei auch nur für jeweils einen Vertreter. Aber die Resonanz war so positiv, dass ich ein Symposium zu dem Thema nicht für utopisch halte.

Verschiedene Ausbildungsinstitute erhielten im Oktober den folgenden Brief:

Die Januar-Nummer des *bvvp*-magazins hat „Werte in Medizin und Psychotherapie“ zum Thema. Ein Aspekt dabei ist, welchem Werteverständnis, welchen Werten sich die derzeitige psychotherapeutische Ausbildung verpflichtet fühlt.

Darüber ließen sich lange Abhandlungen schreiben, aber für eine umfassende Antwort haben wir weder den Platz, noch ist das unser Ziel. Vielmehr wollen wir mit unseren Fragen an einige Ausbildungsinstitute verschiedener psychotherapeutischer Schulen unseren LeserInnen eine Momentaufnahme bieten, die Stoff zum Nachdenken und zur Diskussion gibt.

1. In der therapeutischen Ausbildung geht es nicht nur um den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten. Es geht auch um Haltungen und Werte. Welche erscheinen Ihnen/Ihrem Institut besonders wichtig, damit aus AusbildungskandidatInnen gute TherapeutInnen werden?
2. Wäre diese Frage von Ihnen/Ihrem Institut vor 20, 30 Jahren vermutlich gleich beantwortet worden? Oder anders gefragt: Für wie zeitgebunden halten Sie das Werteverständnis in der psychotherapeutischen Ausbildung?
3. Was ist Ihre Vermutung: Sind die Wertvorstellungen anderer therapeutischer Schulen mit den Ihren weitgehend deckungsgleich oder gibt es doch größere Divergenzen? Wie begründen Sie Ihre Antwort?

Von der DGVT-Geschäftsstelle in Tübingen antwortete Dipl.-Psych. Günter Ruggaber. Er ist überregionaler Ausbildungsleiter der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und Mitglied im Fort- und Weiterbildungsausschuss der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS).



Günter Ruggaber

1. Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) ist in einem bundesweiten Ausbildungsverbund an Ausbildungsgängen in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – jeweils mit Vertiefungsschwerpunkt Verhaltenstherapie – mit aktuell über 700 Auszubildenden beteiligt.

Die Vermittlung ethischer Grundhaltungen und Werte für psychotherapeutisches Handeln hat hierbei – sicher auch begründet in der Historie des Verbandes – wesentliche Bedeutung, die im Prinzip in allen Ausbildungsbestandteilen zu reflektieren ist. Einen eigenständigen Raum findet das Thema im Rahmen eines 18 h-Theorieseminars zum Thema „Ethik und Recht in der Psychotherapie“ im ersten Ausbildungsjahr und ist von hervorgehobener Bedeutung innerhalb der Supervision der eigenständigen Behandlungstätigkeit.

Die DGVT hat sich ethische Rahmenrichtlinien für therapeutisches Handeln gegeben, welche als grundlegende Richtschnur auch im Rahmen der Ausbildung gelten können. Der Ethikbeirat der DGVT gewährleistet die regelmäßige Überprüfung der Standards ebenso, wie der Kontakt zu Lehrkräften, die als Mitglieder dieses Beirats einen sehr differenzierten Kontakt zu diesem Themenkomplex haben.

Als übergreifende Leitlinien lassen sich in den gültigen DGVT-Rahmenrichtlinien folgende Aspekte erkennen:

Offenheit für Andere und Bewusstsein über eigene Grenzen

TherapeutInnen sind hier gehalten, sich der Grenzen der eigenen Wahrnehmung immer bewusst zu bleiben und sich immer wieder um die Fähigkeit zur Einnahme anderer Perspektiven zu bemühen.

Beziehungsgestaltung

Es liegt in der besonderen Verantwortung von TherapeutInnen, immer wieder die Elemente von Rolle, Auftrag und Gestaltung im therapeutischen Geschehen zu reflektieren. Diese Fragen sind insbesondere unter dem Aspekt „therapeutischer Abstinenz“, also der größtmöglichen Zurückhaltung des/der TherapeutIn zu betrachten.

Transparenz

Inhalte und Rahmenbedingungen des therapeutischen Vorgehens sind dem/der PatientIn in größtmöglicher Klarheit offen zu legen.

Qualitätssicherung

Der/die TherapeutIn ist für die Qualität und v. a. für deren kontinuierliche Weiterentwicklung verantwortlich.

Dialog der Lebenswelten und Kulturen

Normen und Werte sind immer vom kulturellen Kontext abhängig. Im Kontakt mit PatientInnen anderer Lebenswelten ist dieser Aspekt zu respektieren und ein Prozess des Dialogs in Gang zu setzen.

Gesellschaftspolitische Verantwortung

Therapeutisch verantwortliches Handeln sollte sich stets der gesamtgesellschaftlichen und politischen Verantwortung des eigenen Handelns bewusst sein.

2. Die beschriebenen Grundlinien ethischen Handelns lassen sich in der Geschichte der DGVT als weitgehend konstant bezeichnen. Es kommt allerdings zu Zeit bedingten Pointierungen gewisser Elemente. So ist aktuell die Frage der Qualitätssicherung stark im Vordergrund der Debatte. Grundhaltungen wie Transparenz und Abstinenz sind aber durchaus als konstitutive Aspekte der Verhaltenstherapie und auch als Zeit überdauernd wichtig anzusehen.

3. Eine Vermutung über den Stand ethischer Diskussionen in anderen Therapieschulen abzugeben, ist natürlich schwierig und wird schnell vermessen. Allerdings scheint mir das beschriebene Gebot der Transparenz in der Verhaltenstherapie einen besonders ausgeprägten Stellenwert zu besitzen. Dass Vorgehen, Methoden und deren Begründung und zugrunde liegende Reflektionen des/der TherapeutIn in der Therapie offen gelegt werden, ist möglicherweise in der Verhaltenstherapie in besonderem Maße ausgeprägt.

Wieder aus der Verbandstradition abgeleitet, dürften in der DGVT der Respekt und die besondere Beachtung interkultureller Aspekte in der Therapie, sowie die Frage der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung des/der TherapeutIn, vergleichsweise herausgehobene Bedeutung haben.

GÜNTER RUGGABER



Thomas Charlier

Der Leiter des Frankfurter Psychoanalytischen Instituts der DPV, Dr. med. Thomas Charlier schrieb:

1. Die Haltungen, die unserer Einschätzung nach für eine psychoanalytische, therapeutische Tätigkeit notwendig sind, lassen sich von den Erfordernissen der psychoanalytischen Tätigkeit ableiten. Die professionelle Kernaktivität des Analytikers kann man nach einer Überlegung des niederländischen Analytikers Treurniet als im Wesentlichen von Bipolaritäten geprägt betrachten, die man in der zentralen Polarität von „Persönlichem“ und „Technischen“ zusammenfassen kann. Die analytische Tätigkeit ist von dem fundamentalen Widerspruch geprägt, gleichzeitig Beobachter und Teilnehmer an einem hochaffektiven Prozess zu sein. Allererste Aufgabe des Analytikers sei es, einen emotionalen Kontakt zum Patienten herzustellen, der auch seine eigenen Gefühle und sein Erleben mit einbeziehe. „Erfolgreiche analytische Arbeit entfaltet sich in einem Prozess kontinuierlicher, aktiver, gegenseitiger Verstrickung zwischen Analytiker und Analysand, plus dem ständigen Versuch beider, sich der Art dieser Verstrickung bewusst zu werden und sie aufzuklären.“ Dabei muss das Paradox anerkannt werden, dass diese Verstrickung

von Seiten des Analytikers „unangenehm, unfreiwillig, wider Willen, also unabsichtlich und unwillkürlich sein muss, um nicht unerwünscht zu sein.“

Letztlich sind die für die analytische Tätigkeit erstrebenswerten Haltungen/Werte zu einem großen Teil Bestandteil des allgemeinen Kanons an Tugenden: Aufrichtigkeit, Zuverlässigkeit, Geduld, Taktgefühl, Fähigkeit zu Vertrauen und Hoffnung.

Spezifischer: Verzicht auf Ausübung von Macht, Verankerung des Nicht-Idealen im Gewissen des Analytikers, eine möglichst entwickelte Fähigkeit zur Selbstreflexion und eine Toleranz für Nichtwissen und Unsicherheit – womit wir eigentlich schon wieder bei der Geduld angekommen sind.

2. Was die aufgeführten allgemeinen Tugenden als zentrale Bestandteile einer psychoanalytischen Haltung anbelangt, hat sich an deren Bedeutung in den letzten 20 bis 30 Jahren wohl wenig verändert. Dennoch vermute ich, dass die gleiche Frage von unserem Institut vor 30 Jahren, abhängig von einer in ständiger Entwicklung begriffenen psychoanalytischen Theorie, mit einer etwas anderen Gewichtung beantwortet worden wäre. Der in dieser Zeit vollzogene Perspektivwechsel von der Ein-Personen- zur Zwei-Personen-Psychologie ist unübersehbar. Das hiermit veränderte Selbstverständnis des Psychoanalytikers als notwendigerweise an der Spezifität der jeweiligen therapeutischen Beziehung beteiligt, führt auch zu Akzentverschiebungen bzgl. der Vorstellungen von einer therapeutischen Haltung. Die oben beschriebene Bipolarität von Persönlichem und Technischen wäre vor 30 Jahren entsprechend dem damaligen Stand der Theoriebildung vermutlich mit einer etwas stärkeren Betonung des technischen Pols, der professionellen Distanz, der Abstinenz gewichtet worden, während die Notwendigkeit der Bereitschaft des Analytikers zur unabsichtlichen emotionalen Verstrickung vermutlich noch nicht oder nicht so deutlich benannt worden wäre.

3. Die benannten allgemeinen Tugenden werden nach unserer Einschätzung auch bei anderen therapeutischen Schulen eine wichtige Rolle spielen, auch wenn sie eventuell nicht explizit benannt werden. Eine entscheidende Rolle spielt hierbei, welche Vorstellung von einer therapeutischen Beziehung in einer psychotherapeutischen „Schule“ vorliegt. Je höher der Stellenwert und die Notwendigkeit einer emotionalen Mitbeteiligung des Therapeuten am Entstehen eines therapeutischen Prozesses eingeschätzt werden, um so mehr gewinnen die hier angeführten menschlichen Grundfähigkeiten an Bedeutung. Bei einer Geringerschätzung dieses Faktors werden stattdessen technisch-konzeptionelle Fertigkeiten höher gewichtet werden.

THOMAS CHARLIER

Dr. phil. Dipl.- Psych. Harald Scheurer ist Ausbildungsleiter des Tiefenpsychologischen Instituts Baden (TIB), das seinen Sitz in Ettlingen hat. Er verfasste die folgende „Momentaufnahme“:

Das Tiefenpsychologische Institut bedankt sich für die ehrenvolle Aufgabe, die gemeinsamen Wertvorstellungen, für uns untrennbar mit den Ausbildungsinhalten des TIB verbunden, vorzustellen.

Unser junges Institut wurde 1999 von langjährig tätigen, durch die gesellschaftlichen Veränderungen der 60-er und 70-er Jahre beeinflussten PsychotherapeutInnen gegründet. Wir erheben den Anspruch auf eine tiefenpsychologische Ausbildung, welche den Menschen in seiner seelischen, geistigen und körperlichen Dimension erfasst und in seinen sozialen und gesellschaftlichen Kontext eingebettet sieht. In unserem Informationsflyer schreiben wir dazu:

„Die Ausbildung ist an einem ganzheitlichen und humanistischen Menschenbild orientiert ... Ziel der Ausbildung ist ... die Entwicklung



Harald Scheurer

einer therapeutischen Haltung, die geprägt ist von der Achtung vor den Menschen und seinen Ressourcen, die persönliche Befähigung zu beziehungsorientiertem Arbeiten". Selbstverständlich ist für das Arbeiten am Menschen eine handwerklich gründliche und umfassende Ausbildung unabdingbar, welche konzeptuell psychoanalytisch orientiert ist, das Primat der Kindheit bei der Entwicklung von psychischen Erkrankungen in den Vordergrund stellt, aber auch eine gründliche Ausbildung in systemischer Therapie und Körper orientierter Verfahren integriert.

Hätten wir vor 30 Jahren einen anderen theoretischen und praktischen Anspruch gehabt? Wahrscheinlich nicht, wir sind konservativ in unserer Ausrichtung, den in den 70-er Jahren erhobenen Wertevorstellungen nach wie vor tief verbunden. Damit hat sich das TIB weit vom derzeitigen mainstream „möglichst maximiert-ökonomische Verbesserung der psychischen Krankheitssymptome“ entfernt. Seelische Erkrankungen werden von innerhalb des TIB als Ausdruck eines tiefer liegenden Ungleichgewichtes des Menschen in seiner intra- und intersubjektiven Erlebniswelt verstanden. Ziel von Therapie ist daher die Herstellung oder zumindest Annäherung an ein seelisches Gleichgewicht. Natürlich wird die Behandlung massiv quälender Krankheits-symptome Teil einer Behandlung sein müssen, Schwergewicht innerhalb der Therapie wird aber die Aufdeckung und (soweit möglich) die Bewältigung von Ursachen seelischer Erkrankungen sein.

Der pragmatische Standpunkt der VT erscheint in ihrer Aufnahme verschiedenster Erkenntnisse aus umliegenden Therapieformen unserem integrativ-schulenübergreifenden Ansatz ähnlich. Anders als in den kognitiven Therapieformen stellen wir aber die Ursachen, nicht die Symptome von seelischer Erkrankung in den Mittelpunkt unserer therapeutischen Ausrichtung. Unsere Wertvorstellungen von Krankheitsverständnis sind den psychoanalytischen Schulen nahe. Wir sind jedoch – im Unterschied zu den meisten psychoanalytischen Schulen – tief überzeugt von der Notwendigkeit der Durchdringung und Erweiterung der psychoanalytischen Krankheitslehre durch die vielfältigen angrenzenden Therapierichtungen und deren theoretische Konzepte, vor allem durch körperorientierte Verfahren und interaktive Therapieformen, z. B. systemische Verfahren und durch theoretische Erkenntnisse der Kognitionsforschung sowie der Einbindung des derzeit gültigen gesellschaftlichen Kontextes.

Damit steht eine ganzheitliche, die gesellschaftlichen Bedingungen mitberücksichtigende Ausrichtung im Zentrum unserer Wertevorstellung und der damit verbundenen Ausbildung.

Wir freuen uns über eine anregende Diskussion unserer Thesen, die innerhalb unserer Mitglieder immer wieder intensiv, oftmals unterschiedlich diskutiert werden.

HARALD SCHEURER

Medizin und Psychotherapie, „Agenten“ zwischen Wertebewahrung und Wertewandel in unserer Gesellschaft



Rüdiger Hagelberg

Annäherung

Auf den ersten Blick erscheint das Werteverständnis der Medizin eindeutig von der Würde und den Freiheits-, Schutz- und Selbstbestimmungsrechten des Patienten sowie von Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit im Umgang mit medizinischen Ressourcen bestimmt. Kurz: „Als normativer Kern medizinischer Verantwortungsethik hat heutigen kulturellen Einsichten und verfassungsrechtlichen Standards gemäß die Personenwürde jedes einzelnen Menschen zu gelten“ (Kreß, Medizinische Ethik).

Bei genauerer Betrachtung ergibt sich indes der Verdacht, dass die Protagonisten der heutigen Medizin auch „Agenten“ gesellschaftlicher Strömungen sein können, die diesem medizinischen Wertverständnis zuwiderlaufen.

Im 3. Reich zum Beispiel geschah dies eklatant im Austausch von Individualrechten und -werten gegen Kollektivwerte der „Rasse“ und der „Volksgemeinschaft“. Willige Helfer der Medizin trugen mit NS-Eugenik, Euthanasie oder mit Menschenversuchen in den Konzentrationslagern dazu bei. Und heute?

Pharmaindustrie: das „Trojanische Pferd“

Eine gegenwärtige, nahezu „ich-syntone“ Inkorporation der Pharmaindustrie in die Medizin fördert die „Agentenschaft“ von MedizinerInnen für Werte des „Marktes“. Dazu zwei Aspekte:

Ärztliche „Kunst“ beschränkt sich heute vielfach auf das Verschreiben von Medikamenten. Die Bedeutung des Arzt-Patienten-Kontaktes für die Gesundheit wird dagegen minimalisiert. Patienten fühlen sich häufig als Betroffene einer „Fließbandmedizin“, die durch ein passendes Abrechnungssystem noch zusätzlich zementiert wird. Entsprechend definieren sich Modernität bzw. Fortschritt der Medizin vor allem als Fortschritt von Pharmakologie und Technik; medizinisches Handeln verengt sich auf das dort „Machbare“ und auf rasche „Wirkung“ beim Entfernen von Symptomen.

Sind ÄrztInnen bei der Medikamentenwahl Opfer oder „Agenten“ des am Gewinnstreben orientierten Pharma-Marktes? Werden Medikamente immer nur aus medizinischer Indikation verschrieben? Eindeutige Antworten darauf liegen im Nebel, der gewollt ist. Manche nur scheinbar wissenschaftlich konzipierte aber honorierte „Studie“ hat den einzigen Zweck, zum Verschreiben eines neuen Mittels zu bewegen – ganz abgesehen von vielen anderen „Wohltaten“ der Pharmaindustrie für MedizinerInnen.

Die Budgetierung der Medikamentenverschreibung wirkte sich da zum Segen aus, weil nun ÄrztInnen nicht mehr bereit waren, jedes angepriesene, aber fragwürdige Medikament zu verschreiben – ein Riss in einer unheiligen Allianz, allerdings eher aus Eigeninteresse als aus geläuterter Moral.

Ökonomie und Gewinnstreben: der „Trojanische IGeL“

Auf dem 107. Ärztetag wurde der Einfluss der Ökonomie auf die Medizin diskutiert. Während die Ärzteschaft eine „Mittelverknappung“ beklagte (Hoppe), klang die Kritik des Bundespräsidenten grundsätzlicher: Ärzte seien keine „Anbieter“ und Patienten keine „Kunden“.

Wettbewerb tritt in der medizinischen Versorgung in den Vordergrund. „Wettbewerb um den Wert ‚Gesundheit‘“ titelte das Deutsche Ärzteblatt am 2.4.04. Soll damit medizinische Ethik ganz offen durch Bedingungen von Wettbewerb, Konkurrenz usw. relativiert werden? Ist künftig ein „guter Arzt“ der, der schnell und preiswert „Erfolge“ erzielt?

Die „WELT“ vom 20.08.04 beschrieb das deutsche Gesundheitswesen als „Selbstbedienungsladen“, um die geringe Unterscheidbarkeit von egoistischem Gewinnstreben der ÄrztInnen und altruistischem Werteverständnis anzuprangern.

Zur „Ökonomisierung“ der Medizin gehört heute vor allem das „IgeLn“, das ärztliche Erbringen von „individuellen Gesundheitsleistungen“, die die Kassen nicht zahlen. „IgeLn“ ist nach Budgetierungen und Honorarminderungen in den letzten Jahren eher aus den Bedürfnissen der ÄrztInnen als aus denen der Patienten entstanden. Schüchtern begann, was jetzt mit EDV-gestützten „IGeL“-Programmen, „IGeL“-Kursen, einer „IGeL“-Akademie oder einem „IGeL“-Periodikum wuchert. Die FAZ vom 13.11.04 berichtete, dass mittlerweile 23% aller Kassenpatienten von ÄrztInnen „IGeL“-Angebote bekämen, gegenüber 10% vor drei Jahren. ÄrztInnen mutieren zu werbenden „Anbietern“ und PatientInnen zu ihren „Kunden“. Eine neue Ebene in der Arzt-Patienten-Beziehung ist entstanden. Weiß der Patient noch, wen er gerade vor sich hat, den Arzt oder den „Vertreter“? Offenbar haben sich viele ÄrztInnen aus Gewinnstreben von dem alten Berufsethos verabschiedet und leben mit neuem, in der Zeitschrift „IGeL (plus)“ 4/2004 definiertem Selbstverständnis: „IGeL sind ärztliche Leistungen ..., die ärztlich empfehlenswert oder – wenn die Patienten darauf drängen – wenigstens ärztlich vertretbar sind.“

Populisten, Spezialisten, „Götter in Weiß“: das „Trojanische Selbst“

Mit welchem Ziel, in welcher Haltung und unter welchen Wertvorstellungen behandeln wir unsere Patienten? Diese Frage weist auf eine weitere, subtilere Bedrohung medizinischer Ethik hin. Sie schließt die PsychotherapeutInnen nicht mehr aus, deren Privileg es war, mit den oben beschriebenen Anfechtungen der Medizinethik wenig zu tun zu haben. Schlagwortartig verkürzt fragt man sich: „Reparieren“ wir die

Patienten, damit sie in einem (vielleicht) kranken System wieder funktionieren? In der Tat, bei ungünstigen Umwelteinflüssen, bei den Folgen jedes zivilisatorischen Irrweges und seiner entfremdenden Wirkung oder bei dem Leiden an gesellschaftlichen Problemfeldern tendiert die Medizin mit immer besserer Chemie und immer modernerer Technik dazu, „Reparaturbetrieb“ zu sein und krank machende Ursachen zu bemänteln. Ein Beispiel dafür ist das Thema „Übergewicht“ mit seinen komplexen Zusammenhängen. Die „moderne“ Medizin folgt dem populistischen Trend: Krankheiten sind Abweichungen von der Norm, die verschwinden müssen. Das dabei angewendete diagnostische und therapeutische Schema erfüllt die gleichmacherische Forderung nach Abwesenheit von Leid, von Symptomen, von Hässlichkeit, Alter usw. Es übergeht die Einmaligkeit und Individualität jedes Menschen, verliert das Mitgefühl für ihn und entfremdet sich von der eigenen Würde. Zu „Agententum“ für „lifestyle“- „bodystyle“- oder „anti-aging“-Management ist es dann nur ein kleiner Schritt. Mit der „Machbarkeit“ der Medizin wird offenbar auch die „Leidbarkeit“ der Patienten erweitert und umgekehrt. Das ursprüngliche Ideal der Medizin „Abwesenheit von Leid“ bleibt so scheinbar erhalten. In Wahrheit wird es so gefüllt, dass eine ursprünglich wert-volle Maxime korrumpiert ist.

Sind die PsychotherapeutInnen womöglich noch die einzigen „Wahrer“ der normierten Medizinethik wider fragwürdigen Wertewandel? Abgesehen von einem einzuräumenden „Mangel an Gelegenheit“ ist die Psychotherapie einerseits ja wirklich selbstkritischer und kontrollierter konzipiert und sucht die Individualität des einzelnen zu stärken. In ihr verbinden sich Medizin und Psychologie, mithin zwei Blickwinkel auf das Ganze. Andererseits: können oder dürfen wir Patienten anders als nach deren Maßstäben von Wert und Glück behandeln? Trotz all unserer Bemühungen droht die heillose Verknüp-

Gegen Psychosen nur Medikamente zu geben, ist gängige Praxis, aber m. E. dennoch zu kritisieren. Biologisch orientierte Psychiater – unterstützt von der Pharmaindustrie – vermuten die Ursachen von Psychosen im Gehirnstoffwechsel oder in den Genen. Eine andere Meinung ist, dass Psychosen seelische Ursachen haben, die psychotherapierbar sind, und zudem noch eine spirituelle Dimension besitzen, die leider vernachlässigt wird. Andere psychische Erkrankungen breiten sich epidemieartig aus, während Gesellschaft und Gesundheitssystem in der Krise sind. Wo bleibt die Kompetenz der „Fachleute“, der Ärzte? Intellekt und Wissen sowie Organisation und Technik reichen offenbar nicht aus. Eine Kompetenz als Mensch ist gefragt: Herz, Weisheit und der Mut, die Wahrheit zu sagen und – im Bewusstsein der Verantwortung für das Ganze – das Richtige zu tun. Was hindert die „Verantwortlichen“? Eigene Betroffenheit von einer kollektiven Neurose? Ist sie auch der willkommene Grund, die „professionelle Distanz“ zu wahren und sich dem Patienten nicht als Mensch, Mitmensch, Freund zu zeigen? War das eine Hauptursache für die Patiententötungen im III. Reich? Besonders seelisch verletzte Menschen brauchen – auch im Arzt – ein menschlich kompetentes Gegenüber, von dem sie sich mit dem Herzen verstanden fühlen und dem sie vertrauen können. Psychiater sollten auch spirituell kompetent sein und Patienten ermutigen, der Psychose und ihren Inhalten (wie den Träumen) Sinn beizumessen. Wer das kann, nimmt die Psychose damit an. Sie ist ihm dann kein Problem mehr. Wer willig akzeptiert, was er u. U. nicht ändern kann, hat die Chance, unter allen Bedingungen wirklich glücklich zu sein. Soweit Patienten dies (noch) nicht gelingt, sollte ihnen angemessene Hilfe angeboten – aber nicht aufgezungen – werden.

Wolfgang Heuer, Sprecher des
„Landesverbandes Psychiatrieerfahrener Patienten“, Hamburg

fung von Markt und Populismus doch in vielfältiger Weise „durch die Hintertür“ in unser Wertesystem Einzug zu halten.

Die vielfach angeprangerten „Göttern in Weiß“ indes, ehemals Prototypen medizinischer Wertverfälschung aus patriarchalischer Selbsterhöhung und damit „Agenten“ ihrer selbst, haben offenbar an Bedeutung verloren. An ihrer Stelle droht als neue Gefahr für das „demokratischere“ Arzt-Patientenverhältnis der affektisolierte Spezialist. Auch so wird die Verantwortungsmacht des Arztes zur „Übermacht“ aus Distanziertheit und Selbsterhöhung. Der Patient bleibt eher „Werkstück“, mit dem etwas gemacht wird, denn respektiertes „Gegenüber“.

Widerstand dagegen erwächst u. a. aus der Tatsache, dass den Behandlern die „Deutungshoheit“ über Wesen, Werte und Fortschritte in der Medizin von einer „Betroffenenkultur“ streitig gemacht wird. Es gibt zum Beispiel eine bedeutende Selbst(!)hilfe-Bewegung in Deutschland mit annähernd 100.000 Selbsthilfegruppen (siehe *bvvp-magazin* 4/2004, S. 21) oder in der Psychiatrie über 100 Periodika, die von Psychiatrie erfahrenen Patienten herausgegeben werden. Einer von ihnen soll abschließend zu Wort kommen. Sein Blick auf mögliche Tendenzen in der Medizin (hier der Psychiatrie) zur „Agentenschaft“ für medizinfremde Werte mag einseitig sein. Aber können wir behaupten, unser „ärztlicher Blick“ wäre dies nicht?

RÜDIGER HAGELBERG



Marianne Funk

Marianne Funk steht für mich dafür, dass eine unterschiedliche Akzentsetzung bei der Verbändezugehörigkeit überhaupt kein Widerspruch ist zu einer engen persönlichen Beziehung und intensiven Zusammenarbeit: Vielmehr kann genau das bereichernd sein, vorausgesetzt, die Verbandsschubladen klemmen nicht allzu sehr. Sie – alt gediente DGVt-Aktivistin und daneben junges bvvp-Mitglied – ist schon vor Jahren spontan auf mich zugegangen, weil ihr ein giftiges Pamphlet von mir gefallen hat. In der Stuttgarter Kammer trafen wir uns dann wieder ... und manchmal, wenn wir die Inszenierung dort wenig prickelnd finden, gehen wir anschließend zusammen in die Oper. Ihr Thema heute: Psycho-Screening am Beispiel DMP – Mamma Carcinom. Screening ist „in“, Screening ist PatientInnenpflicht (bevor man noch PatientIn ist), Screening muss sein – aus Verantwortung sich selbst und der Gesellschaft gegenüber. Klingt hoch ethisch. Vorausgesetzt, dass die „offiziellen“ Motive wirklich die wahren sind, und es tatsächlich um schnelleres Erkennen und früheres Behandeln von Krankheiten zum Wohle der Menschen geht. Aber selbst wenn man das konzediert und den Verdacht unterdrückt, dass es bei der Pro-Screening-Kampagne vor allem um das Anzapfen neuer viel versprechender Geldquellen geht, dann bleibt doch die Frage, ob „gut gemeint“ nicht wie so oft das Gegenteil von „gut“ ist. Marianne Funks Artikel war schon fertig, da erhielt sie prominente Unterstützung: „Psychotests können

Krebspatienten stigmatisieren“ war der Bericht in der Ärzte Zeitung vom 24.11. über einen Vortrag von Prof. Dr. Peter Herschbach anlässlich des Symposiums „Psycho-Onkologie – Perspektiven 2004“ überschrieben. Nachzulesen unter <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/11/24/214a1801.asp?cat=>

Ethische Implikationen von Screening-Verfahren

Viele PsychotherapeutInnen wollen die Ausweitung des Leistungsangebotes unserer Berufsgruppe. Hier geht es am Beispiel des Screeningverfahrens im DMP Brustkrebs um die Frage, wie durch neue gesundheitspolitische Forderungen manche explizite oder implizite Ethikvorstellungen unseres Berufsstandes beeinflusst werden können.

Das Thema geht weit über das DMP Mamma CA hinaus, denn die Tendenz Screenings einzusetzen, ist ein politisch geförderter Trend.

Es gibt psychosoziale Faktoren bei Brustkrebs, die den Krankheitsverlauf beeinflussen. Daraus wird die Forderung abgeleitet, PsychotherapeutInnen in die DMPs einzubeziehen. So weit sind diese Forderungen nachvollziehbar und verständlich.

Schwierig wird die versorgungspolitische Umsetzung. Um die Einbeziehung der PsychotherapeutInnen zu sichern, muss eine Schnittstelle zwischen Psychotherapie und somatischer Behandlung geformt werden. Manche Verbände und KammerpräsidentInnen stellen die Forderung, dass im DMP Brustkrebs (und anderen DMP-Maßnahmen) regelhaft psychologische Diagnose-Verfahren (Screenings) eingesetzt werden, um behandlungsbedürftige psychische Symptome herauszufiltern und die Patientinnen dann geeigneten Maßnahmen zuzuweisen. Dabei werden auch jährliche Routineüberprüfungen angedacht.

Derartige Vorschläge scheinen medizinischem Vorgehen zu entsprechen: man sammelt alle Informationen, die für die Behandlung nützlich sein können und glaubt, durch psychologische Tests die Patientinnen vor möglichen Diagnoseschwächen behandelnder somatischer Ärzte zu schützen. Außerdem sind Screeningverfahren im Gesundheitsmodernisierungsgesetz gewünscht. Das Verfahren sieht also auf den ersten Blick logisch aus und scheint geeignet, für PsychotherapeutInnen versorgungspolitische Rechte zu sichern und zu organisieren.

Aber bei Psychotherapie ist dieses Vorgehen versorgungspolitisch nicht unproblematisch: viele Menschen sind trotz einer psychisch relevanten Diagnose nicht bereit, psychotherapeutische Maßnahmen wahrzunehmen. Außerdem fehlen nach einer differenzierenden Diagnostik die differenzierten Behandlungsangebote. (Vgl. *bvvp-magazin* 2/2004, S. 14f.).

Wir Psychotherapeuten behandeln nicht den Krebs, sondern psychisches Leiden, das u. a. im Zusammenhang mit dem Krebs stehen kann. Es ist fraglich, ob eine Krebskranke, besonders interessiert an ihrer formalen psychologischen Diagnose ist. Sie wird eher ein persönliches Gespräch suchen und könnte sich durch unpersönliche Testdiagnostik abgespeist fühlen.

Eingriff in die Persönlichkeitssphäre der Frau

Ein regelhaft eingesetztes psychodiagnostisches Vorgehen wirft nicht nur versorgungspolitische sondern für unseren Berufsstand auch ethische Fragen auf:

Fragen nach psychischen Belastungen sind ein Eingriff in die Persönlichkeitssphäre. Woher nehmen wir das Recht, eine Frau, die mit einer schweren Erkrankung konfrontiert ist, Leitlinien orientiert und regelhaft über ihre psychischen Belastungen auszufragen, um Testwerte herzustellen? Eine Brustkrebserkrankung ist kein Freifahrtsschein in die Psyche eines Menschen. Das gilt ganz besonders für die Befragung nach Komorbiditäten. Patientinnen haben das Recht ihre Persönlichkeitssphäre zu bewahren.

Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Frau

Diagnostik ist Bestandteil der Behandlung. Bevor eine Diagnostik eingesetzt wird, müsste geklärt sein, ob *die Frau eine eigene Motivation hat*, an psychoonkologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen teilzunehmen. Eine routinemäßige Diagnostik ist ein Eingriff in die Selbstbestimmung, solange wir ohne Diagnose- und ohne Behandlungsauftrag agieren.

Diagnostik ohne Behandlung ist unethisch

Diagnostik soll im Zusammenhang mit Behandlung stehen. Nach einem Screening folgt aber keineswegs sicher ein Therapieangebot. Wozu dann routinemäßige Diagnostik? PsychotherapeutInnen haben überfüllte Praxen, ein Zuwachs an AnbieterInnen scheint (standes-)politisch nicht gewünscht. Das heißt: wir testen unnötigerweise Frauen, denen wir danach nichts Sicheres anbieten können.

Entwertung des psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses

Wenn wir bei Screenings von der kranken Frau eine Leistung ohne gesicherte Gegenleistung fordern und dabei Hoffnungen/Erwartungen wecken, die wir nicht sicher erfüllen können, beschädigen wir unsere Verlässlichkeit im psychotherapeutischen Arbeitsbündnis. Das widerspricht unserer beruflichen Haltung als BehandlerInnen.

Entwertung der psychotherapeutischen Verschwiegenheit

Psychische Diagnostik geschieht normalerweise in der behandelnden Klinik oder ambulanten Praxis. Gerade wir PsychotherapeutInnen wissen um die Sensibilität persönlicher Informationen und achten darauf, dass wir die Vertraulichkeit der uns mitgeteilten persönlichen Daten nach außen schützen. Das geben wir bei Screenings auf. Ein Screeningtestwert kann entgegen aller beteuerten guten Absichten nicht mit der üblichen und erforderlichen Diskretion behandelt werden, da er einen institutionellen Verwaltungs- und Verweisungsakt über verschiedene Behandlungsinstanzen einleitet und deshalb in irgendeiner Form nach außen weiter gegeben werden muss. Damit wird unsere bisherige psychotherapeutische Verschwiegenheit entwertet.

Von der Behandlung zur Verwaltung von PatientInnen

Die psychotherapeutische Behandlung – unsere seitherige Kernaufgabe – setzt eine Komm-Struktur voraus, die die Motiviertheit der PatientInnen impliziert. Die Diagnostik dient der Beantwortung der Frage, ob bei PatientIn und TherapeutIn die Voraussetzungen für eine aussichtsreiche Behandlung gegeben sind. D. h. *vor* der Diagnostik steht die Motivation der Patientin und *Ziel* der Diagnostik ist die Planung und

Ausgestaltung der individuellen Behandlung. Anders bei Screenings: bei ihnen dient ein Testwert einer Zuweisungssystematik mit allen Folgen an Auslese und Verschiebung einer Patientin. Das verflacht unsere Spezialistenarbeit. Unser differenzierter Behandlungsauftrag wandelt sich in Verwalten und Sortieren des Leides von PatientInnen.

Die entmündigte Patientin

Ausgangspunkt, eine psychotherapeutische Maßnahme wahrzunehmen, war bisher die Entscheidung der Patientin. Heute ist es ein Testwert, welcher ihr nahe legt, sich behandeln zu lassen. Was macht das mit ihr? Empfindet sie das als hilfreich oder fühlt sie sich abgestempelt? Sieht sie darin ein Angebot oder eine „amtliche“ Aufforderung? Das Primat des Testwertes verändert die Qualität des Behandlungsauftrags – auch für die Psychotherapeutin.

Verzerrtes Machtverständnis und technokratisches Denken

Der Patientin bleibt die Möglichkeit das Behandlungsangebot abzulehnen. Welch ein verzerrtes Verständnis sich dabei entwickelt hat, kann man an dem „großzügigen“ Zugeständnis in DMP-Konzeptionen ablesen, dass Patientinnen bei Ablehnung des Screenings nicht aus dem Programm ausgeschlossen werden sollen. (Vgl. die Empfehlungen der DPTV/Vereinigung vom 16.4.2002 und der Psychotherapeutenkammer NRW vom 9.10.2003) Das ist eigentlich selbstverständlich, denn beim medizinischen DMP handelt es sich um Leben sichernde Maßnahmen, die überhaupt nicht vorenthalten werden dürfen. Hier wird eine paternalistische Haltung deutlich, der Geist der Disziplinierung weht auch dann, wenn man gnadenhalber darauf verzichtet.

Neues Anspruchsdenken.

Wenn nicht mehr die Patientin aufgrund ihrer Motivation Behandlungsprozesse einleitet, sondern der Testwert Behandlungen legitimiert, bedeutet dies umgekehrt, dass Patientinnen aus ihrem Testwert das Recht auf eine Behandlung ableiten. Psychotherapie wird zu etwas, das einem aufgrund eines Testwertes zusteht. Die Tatsache, dass man etwas „bekommt“, könnte Patientinnen, die aufgrund geringer Motivation für eine Therapie ungeeignet sind, zu einer Mitnahmementalität verführen. Therapieplätze können so blockiert werden.

Fazit

Dieser Artikel ist kein Plädoyer gegen Testverfahren. Viele Kollegen setzen zur Absicherung ihrer Behandlungsplanung Testverfahren ein. Sie tun das aber im Kontext eines Behandlungsauftrags. Routine-screensings entsprechen zwar dem derzeitigen gesundheitspolitischen Trend, sie weisen aber gerade im Bereich Psychotherapie eine Fülle von Schwachstellen auf und sind deshalb nicht mit unserem Berufsverständnis in Einklang zu bringen. Der aus den eigenen Reihen vortragene Wunsch scheint eher von Misstrauen gegenüber den somatischen ÄrztInnen geprägt und von der Absicht gesteuert, den PsychotherapeutInnen den Zugriff auf die Versorgung zu sichern. Wir würden dadurch aber einen technokratischen, psychisch belastenden Vorgang in Gang setzen, der weder den Bedürfnissen der Patientinnen noch unserer Berufshaltung entspricht. Sinnvoller und preisgünstiger ist es, die Patientinnen über die Möglichkeit der Psychotherapie zu informieren und sie einfach zu fragen, welche Unterstützung sie für sich selbst in Anspruch nehmen möchten. Damit dieser Weg erfolg-

reich ist, ist allerdings die Intensivierung der Kooperation mit behandelnden Haus- und FrauenärztInnen notwendig. Eine verbesserte Kooperation würde fast automatisch zu einem Abbau des teilweise bestehenden gegenseitigen Misstrauens führen. Das brächte allen Vorteile und würde für die Psychotherapie nützlich bei ihrer Integration in die Gesundheitsversorgung sein.

MARIANNE FUNK

„So isch no au wieder“ – bin ich versucht schwäbisch- badisch zu sagen, wenn ich die Beiträge von Ortwin Löwa nebeneinander sehe: Einerseits die Anspruchsmentalität der „Wohlfühlgesellschaft“ – andererseits: was die PatientInnen wollen, ist so einfach und lässt sich (fast) auf den Wunsch reduzieren, als Person ernst genommen zu werden. Die WHO-Gesundheitsdefinition einerseits als gefährliches, weil unerfüllbare Erwartungen weckendes Versprechen – andererseits ein ganzheitlicher Gesundheitsbegriff, der als Utopie notwendig ist. Also auf hochdeutsch: Es hat alles zwei Seiten.

Heile, heile Segen

Die Erwartungen der Wohlfühlgesellschaft tragen religiöse Züge



Ortwin Löwa

Einige Zeitungsartikel, kurz hintereinander gefunden: Der erste handelt von einer Zugfahrt, während der die Berichterstatterin eine Erleuchtung hat. Sie liest von einem Medikament, das Arthrose, aber auch Akne oder Ekzeme heilen kann. Sie bestellt das Präparat und – man staune – nun geht es dem Knie ihres Mannes wieder gut, und der Sohn ist von Pickeln geheilt. Auf den zweiten Blick erkennt man, dass es sich um die geschickt aufgemachte Anzeige eines Verlages handelt, der einen ungenannten Wirkstoff vertreibt. Im Kern interessant an dieser Bauernfängerei ist das klassische Erweckungserlebnis, für das hier Zeugnis abgelegt wird.

Weiter: In Süddeutschland informiert eine Heilpraktikerin in einer Familienbildungsstätte über die Wirkung von Bachblüten für Kinder. Zitat aus der örtlichen Zeitung: „Bach-Blüten sind Essenzen, die nach dem englischen Arzt Dr. Bach benannt werden. Kinder sprechen besonders gut auf sie an. So helfen die Essenzen bei der Bewältigung von Schwierigkeiten in der Entwicklung, wie z. B. Scheu vor neuen Situationen, Ängsten, Mangel an Selbstvertrauen usw.“

Und schließlich: Die Süddeutsche Zeitung (6.11.04) interviewt den

Autor Eckhart Tolle, der in seinem Bestseller „Jetzt! Die Kraft der Gegenwart“ erläutert, wie seelischer Friede durch spirituelle Konzentration auf den Augenblick erreicht werden könne. Tolle zu seiner eigenen Bekehrung: „Und dann erkannte ich, dass ich mich von meinem eigenen Problem beladenen ‚Selbst‘ trennen konnte ... Ich war plötzlich nicht mehr identifiziert mit meiner persönlichen, unglücklichen Geschichte. Und plötzlich war ein großer, innerer Friede da, ein Gefühl der Gegenwärtigkeit. Das Jetzt.“

Wir erkennen die klassische magische Formel: Ganz entspannt im Hier und Jetzt (Bhagwan). Sorge dich nicht, lebe! (Carnegie)

Da verspricht ein Nonnenkloster Handfesteres: es bietet Kuren mit Wasseranwendungen, Massagen, Fango und gesunder Nahrung an. Nun, das gibt es hundertfach. Warum dafür ein besonderes öffentliches Interesse? Die Überschrift verrät es: „Beten und Baden – Kloster Arenberg bei Koblenz bietet himmlische Entspannung.“

Die Liste ließe sich beliebig verlängern. Jeden Tag purzeln aus den Schlagzeilen Versprechungen zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden, die mehr an den Glauben als an die Vernunft appellieren. Im wahrsten Sinne des Wortes erleben wir die Wiederauferstehung von Gesundheitsaposteln und ihrer Magie: Zauberesenzen, Jungbrunnen, mentale Heilsprogramme. Den Unterschied zwischen vorher und nachher markiert ein Fingerschnippen: Wisch und weg!

Wie kommt es, dass ein Gesundheitssystem, das stolz ist, auf Bergen von Wissen zu fußen, dazu tendiert, wahnhaftige Erwartungen zu wecken? Kritische Beobachter halten gerade die Überzeugung, alle gesundheitlichen Probleme nicht nur lösen zu können, sondern auch lösen zu müssen, für diesen übersteigerten Gesundheitskult verantwortlich. Unter dem Titel: „Gesundheitssystem: In der Fortschrittsfalle“ (Deutsches Ärzteblatt vom 20.9.02) analysiert Klaus Dörner einen Fortschrittsprozess, der statt Gesundheitsförderung eine Gesundheitsverschlechterung bringt. Und zwar, so Dörner: „... Wenn wir Gesundheit für einen Stoff halten, den man nicht als Gabe zu empfangen hat, sondern sich aneignen und immer mehr davon haben wollen kann; wenn wir denken, wir könnten Gesundheit rational planen, herstellen, machen; wenn wir Gesundheit aus einem Mittel zum Leben zu einem Lebenszweck erheben und sie so missbrauchen; wenn wir sie zum höchsten gesellschaftlichen Wert verklären, wodurch sie, die eigentlich auf Verborgenheit angewiesen ist, vollends verhindert wird; und wenn wir uns somit die leidensfreie Gesundheitsgesellschaft zum Ziel setzen, in der jeder Bürger das Gesundheitssystem mit der Erwartung verknüpft, ihm gegenüber ein einklagbares Recht auf Gesundheit zu haben.“

Dörner nennt eine ganze Reihe übersteigerten, tendenziell krankmachender Entwicklungen: Etwa das grundsätzliche Versprechen von Schmerz- und Leidensfreiheit, das einen kreativen Umgang mit Störung, Schmerz oder Leiden verhindert. Dadurch vergrößert sich der Bereich des Krankhaften immer mehr zuungunsten der Gesundheit, indem immer mehr Störungen entdeckt werden: Essstörungen, Angststörungen, Aufmerksamkeitsstörungen bei Kindern etc. Im extremen Fall werden künstliche Behandlungsbedürfnisse erfunden, die man als Wunscherfüllung für den Kunden zu befriedigen versucht.

Zwei Jahre machte Dörner das Experiment und sammelte in zwei überregionalen Zeitungen alle Berichte über psychische Störungen, mit dem Ergebnis, dass jeder Bundesbürger mehrfach behandlungsbedürftig ist. Das Erschrecken darüber wird natürlich sofort kompensiert mit dem Hinweis auf neue Heilmethoden (Psychopharmaka).

Gesundheit, so könnte man böse formulieren, wird also krankmachend lukrativ vermarktet. Unter dem Deckmantel der „Ethik des Heilens“ wird dann, so der katholische Theologe und Psychiater Manfred Lütz (Autor von „Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesund-

heitswahn und Fitnesskult“), der behinderte oder unheilbar erkrankte Patient zum Menschen zweiter Klasse. Mit der zynischen Konsequenz, dass demjenigen, dem nicht mehr zu helfen ist, wenigstens, wie z. B. in den Niederlanden, ein guter Tod (euthanatos) gewährt wird.

Die aktuelle Heilssehnsucht hat, so die Kritiker, mittlerweile von der Therapie auf die Prävention übergegriffen – wieder mit religiöser Attitüde. Lütz vergleicht die heutigen Fitnessstudios mit Kapellen an Wegkreuzungen, in denen der Sünder Buße tut, so wie der heutige Gesundheitssünder körperlich ertüchtigende Bußübungen absolviert, wobei ihm immer wieder Strafgebühren angedroht werden, falls er seinen ruinösen Lebenswandel nicht ändern sollte.

Fitness als Religion? In der Tat übersteigt die Zahl der Mitglieder in Fitnessstudios mittlerweile die Anzahl der katholischen Gottesdienst-Besucher. Wobei – man hätte es kommen sehen müssen – bereits die ersten Fitnesssüchtigen im Doppelpack mit der dazu passenden Verhaltenstherapie gemeldet wurden.

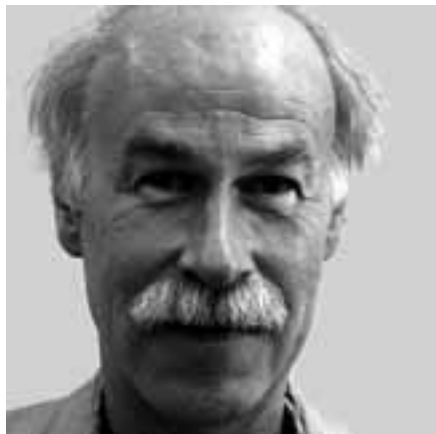
Die Heilssehnsucht führt sich selbst ad absurdum, wenn sie Gesundheit als „völliges körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ (Definition der WHO) versteht. Das führt zu grenzenlosen Erwartungen, denen ebenso grenzenlose Versprechungen entgegenstehen: Vitamine gegen Krebs, Doping für den Weltrekord, Operationen für die Modelfigur.

Es gibt Alternativen, etwa Patientenselbsthilfegruppen und Schulung von künftigen Medizinern (s. nachstehendes Interview mit Prof. Trojan), aber der Alltag hält immer wieder seine Verlockungen bereit. In der Apotheke sah ich ein Aufgussmittel für heiße Zitrone, passend zu Schnupfenzeit. Früher, sagte ich zur Apothekerin, hat man dafür noch richtige Zitronen ausgepresst. Ja, sagte sie, da hatte man noch Zeit, und außerdem ist ja noch Zink drin. Ich musste niesen. Gesundheit, sagte sie.

ORTWIN LÖWA

Was wollen die Patienten?

Ortwin Löwa im Gespräch mit Alf Trojan



Alf Trojan

Prof. Dr. Dr. Alf Trojan ist Direktor des Instituts für Medizin-Soziologie an der Universität Hamburg. Er arbeitet mit Selbsthilfegruppen und trainiert Medizinstudenten in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

Ortwin Löwa: Welche Erwartungen hat ein Patient, wenn er zum Arzt geht?

Alf Trojan: Systematisch gibt es Befragungen von Patienten in ambulanten Praxen aber auch von Mitgliedern von Selbsthilfegruppen. Wenn diese Untersuchungen unter der Fragestellung geführt wurden, was sie von einem guten Arzt erwarten, dann finden wir an erster Stelle bei Mitgliedern von Selbsthilfegruppen persönliche Zuwendung. Das sind Punkte wie Gesprächszeit, echte Anteilnahme, Verständnis, Interesse. Dann kommen Kompetenz und Zuverlässigkeit und schließlich ein besonders wichtiger Punkt: Partnerschaftlicher Umgang, Offenheit und Ehrlichkeit und Ernstnehmen der Meinung des Patienten. Grundsätzlich hat eine gesonderte Befragung ergeben, dass Mitglieder von Selbsthilfegruppen sich weitgehend ernst genommen fühlen, allerdings auch zu drei Viertelangaben, dass Ärzte nicht genügend über Selbsthilfegruppen informiert seien.

O. L.: Was ist mit Patienten, die Mühe haben, ihre Meinung zu sagen?

A. T.: Die meisten Patienten sind nicht in der Lage, so etwas direkt zu artikulieren. Der Arzt merkt es am ersten daran, dass die Patienten verschwunden sind, also eine Meinungsäußerung mit den Füßen. In Selbsthilfegruppen hat sich dagegen der Typ mündiger Patient herausgebildet. Es gibt aber auch Gegenbeispiele: Ein professoraler Kollege hatte eine schwere Krebserkrankung und merkte bei der Visite, die Leute sind draußen, bevor man seine Fragen gestellt hat. Er hat mir in einem persönlichen Gespräch gesagt: „Stell' dir vor, ich musste mir die drei Fragen, die ich hatte, aufschreiben und habe zu dem Arzt gesagt ‚nun setzen Sie sich ans Bett und ich stelle meine drei Fragen.‘ Hätte ich die Fragen nicht aufgeschrieben, dann wäre er schon nach der ersten Frage weg gewesen.“

O. L.: Wollen Patienten überhaupt die Wahrheit wissen? Und will der Arzt eine schonungslose Diagnose stellen?

A. T.: Nehmen wir eine Krebserkrankung. Niemand hat meines Wissens in den letzten zehn Jahren die Meinung vertreten, man müsste dem Krebspatienten nicht die Wahrheit sagen. Keiner will allerdings eine schonungslose Diagnose, alle wollen eine schonende Diagnose stellen. Wie, das hängt von der Beziehung Arzt – Patient ab. Man muss dem Patienten Informationsangebote in einer allgemeinen Form machen. Man sieht dann, ob jemand weiter fragt. Und wenn nicht, dann hat er erst einmal genug zu verdauen oder möchte es für diesen Moment ausblenden. Dann ist es dem Geschick des Arztes überlassen, den Patienten an die Wahrheit heranzuführen, ohne sie ihm wie mit einem nassen Feudel um die Ohren zu schlagen.

O. L.: Das heißt also, der Patient braucht immer noch ein Quäntchen Hoffnung?

A. T.: Selbst in der schlimmsten Diagnose muss ein Stück Hoffnung stecken. Das kann die Prognose sein, dass es nicht zu schmerzhaft ist oder dass es noch eine lebenswerte Zeit gibt. Exakte Angaben, die keine Hoffnung lassen, wie „Sie haben nur noch sechs Monate lang zu leben“, sind das Schrecklichste, was es gibt.

O. L.: Wird Krankheit eigentlich in einer Gesellschaft, die auf Gesundheit und Fitness fixiert ist, verdrängt?

A. T.: Man kann sich als Leitwert an die immer wieder als utopisch beschimpfte, aber sehr vernünftige Definition der WHO in Bezug auf Gesundheit orientieren. Die sagen ja – und darin liegt das Utopische –, Gesundheit ist vollständiges, physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit. Das wurde 1947 geprägt, als Europa in Trümmern lag und man hatte ein Bewusstsein dafür, dass Gesundheit auch mit den sozialen Lebensbedingungen zusammen hing. Abgesehen von dieser Zeit bezogenen Interpretation eröffnet die WHO-Definition aber auch aktuel-

le Möglichkeiten: Wenn jemand auf der physischen Ebene krank ist, dann kann er sich dennoch psychisch und sozial gesund fühlen. Gesundheit und Krankheit, das ist danach ein Kontinuum, das man in drei Dimensionen unterteilen kann: Die physische, die psychische und die soziale Gesundheit. Wir erleben, dass Menschen, die im Rollstuhl sitzen oder eine chronische Krankheit bewältigen müssen, sagen: ich bin gesund, mit meiner Krankheit habe ich mich arrangiert.

Wunder erwarten – Realität akzeptieren

Dass die Patienten von der Medizin Wunder erwarten, ist vom Medizinbetrieb intendiert – trotz entgegen gesetzter Beteuerungen. Wer kein Wunder an sich wirken lässt, wird uninteressant. Auf alle Fälle bekommt er von den Krankheits-Experten wenig Hilfe, wie mit der neuen Realität einer bleibenden Beeinträchtigung umzugehen ist.

Dr. Siegfried von Kortzfleisch (Jahrgang 1929) ist Theologe und Publizist. Er hatte vor einiger Zeit einen Schlaganfall, mit dessen Folgen er sich in einem Vortrag auseinander setzte. Unter dem Titel: „Die neue Normalität – Leben nach dem Schlaganfall“ ist diese Aufarbeitung einer schweren Erkrankung als CD erschienen. Sie ist erhältlich bei der Stiftung deutsche Schlaganfall-Hilfe, Carl-Bertelsmann-Strasse 256, 33311 Gütersloh oder über http://www.schlaganfall-hilfe.de/service_material.jsp?menu=4&umenu=4&content_id=221



Siegfried von Kortzfleisch

Ortwin Löwa: Was waren Ihre Erwartungen als Patient?

Siegfried von Kortzfleisch: Der Patient erwartet Wunder. Er geht davon aus, dass die Medizinwelt ein Mittel einsetzt, um den Schaden zu beheben. Dies ist eine Erwartung, die man beim Schlaganfall vergessen sollte. Ich hatte diese Erwartung trotz aller Skepsis in der Hoffnung auf ein Heilungswunder. Diese Hoffnung hat getragen. Ich hatte eine Erwartung an die Ärzte, die sie gar nicht erfüllen konnten. Sie haben Maschinen eingesetzt, um immer mehr zu diagnostizieren, obwohl die Diagnose Schlaganfall doch klar war. Die Tiefe der möglichen Katastrophe haben die Ärzte nicht mit mir besprochen. Ich nehme an, dass sie darauf nicht vorbereitet sind und auch Angst davor haben. Weil es ihre eigene Hilflosigkeit deutlich machen würde. Wer die seelische Ebene anspricht, erklärt die übliche Art der Medizin in diesem Falle für gescheitert. Das eigene Versagen zu bekennen, kann man nicht gegenüber dem Patienten, ge-

rade weil der Patient Erwartungen hat und der Unterlegene ist in diesem Spiel zwischen Arzt und Patient – der Untertan im Krankenhaus. Die Obrigkeit erklärt gegenüber dem Untertan nicht „ich habe einen Fehler gemacht“.

Auszug aus der CD „Die neue Normalität – Leben nach dem Schlaganfall“

„Die Therapeuten waren ebenfalls darauf aus, den Schaden an meinem Leib zu korrigieren. Dazu waren sie geschult. Auch der Neuropsychologe erforschte an mir nur die Reaktionsfähigkeit; er brach die Tests rasch ab; er fand keinen auffälligen Mangel. Wer unter allen um meine Wiederherstellung Bemühten war für meine verwundete Seele da? Niemand speziell. Und wenn – es wäre um meine individuelle Seele gegangen.

Gab es denn, jenseits meiner Person, nicht noch sehr viel mehr? Spät erst lernte ich, darauf mehr zu achten und darüber nachzudenken. Der Schlag war auch zwischen mir und meiner Umwelt eingeschlagen, zwischen mir und den allernächsten Menschen. Gerade für die ganz vertrauten Menschen änderte sich viel. Der Schlag bestimmte auch ihren Tageslauf. Er war geeignet, Gefühle umzuwälzen und Lebenspläne zu beeinflussen. Bei den Kindern entstand vermutlich ein neues Vaterbild. Er ist jetzt der Mann mit dem Schlag. Muss man jetzt anders mit ihm umgehen?

Ich lernte: auch meine Genesung oder Rehabilitation geht nicht nur mich an, sondern genau so die anderen. Ich lernte: für das Gelingen der Rehabilitation ist nicht nur meine ‚Arbeit‘ wichtig, sondern ebenso alles, was die Familie beiträgt.“

SIEGFRIED VON KORTZFLEISCH

Wer definiert Gesundheit?

Überlegungen zum Rückgewinnen der Definitionsmacht

Der Status quo

Wir alle werden heute überflutet von Reizen, zugemüllt mit Information, teils mit konkreten Fakten, mit sich daraus ergebenden Trends, aber auch mit gezielt installierten Sichtweisen, die vernebeln, verwischen, Zusammenhänge und Hintergründe unzugänglich und unsichtbar machen sollen. Diese neue „Informationskultur“ macht es schwer, den Dingen auf den Grund zu gehen, sie zu sichten, zu gewichten, in einen größeren Rahmen zu stellen. Viele spüren die Gefahr hinter dieser Desorientierung, die nahezu unbemerkt unsere Weltsicht, unser soziales Miteinander und unser Wertgefüge verändert. Es braucht unsere ganze Aufmerksamkeit, wollen wir nicht zum bloßen Material, zur Verschiebemasse werden für Kräfte, Personen, Gruppen, denen diese Entwicklung nützt.



Ursula Stahlbusch

Welche Werte für wen?

Werte, die ein lebenswertes Miteinander bestimmen, haben zu tun mit Beziehung im weitesten Sinn: Beziehung zur Welt, zum Mitmenschen, mit Achtung und Respekt, mit Mitgefühl und Hilfsbereitschaft, mit dem Wissen darum, mitverantwortlich zu sein dafür, dass all das als unsere Lebensgrundlagen erhalten bleibt. Auch selbstverständliche bürgerliche Freiheiten, Rechte, die in unserem Grundgesetz sicher verankert schienen, gehören dazu, sind bedroht, wenn Informationsfreiheit gegen Manipulation, Meinungsfreiheit gegen Meinungsmache usw. stehen. Das Leben in einer Welt, in der wir uns selbst und andere achten können als für uns und unsere Umwelt verantwortlich handelnde Menschen, wird immer schwieriger ...

In unserer neoliberalen globalen Welt zählt nicht der Wert, sondern nur noch der Preis einer Sache. Wenn es irgendwo irgendwie billiger geht, warum nicht? Wenn Menschen dabei als Kollateralschaden auf der Strecke bleiben, was kümmert es die Winner? Die soziale Schere öffnet sich immer weiter. Jeder weiß inzwischen, dass die Bäume nicht in den Himmel wachsen, dass es immerwährendes Wachstum, wie wir es lange gewohnt waren, nicht geben kann, zumindest nicht, ohne dass ein Teil der Menschen dafür bezahlt. Aber immer noch gibt es Wachstum für Wenige, Wachstum auf Kosten der Vielen. War das immer so, hat sich auf dem Weg von der Steinzeitkeule zur Atombombe nur die Größenordnung geändert? Was uns heute erschreckt, ist die Dimension des Unrechts weltweit, auch die Schamlosigkeit, mit der Werte ganz offen über Bord geworfen werden, die die meisten von uns für verbindlich halten in unserer Demokratie. Ohne Rücksicht werden neue Maßstäbe und Regeln gesetzt, deren Sinn und Zweck nicht ins Bewusstsein der Vielen dringt. Wenn aber Bestimmendes im Dunkeln bleibt, ist rechtzeitiges Gegensteuern nicht möglich. Bis wir die Folgen spüren, ist meist alles festgeklopft, wir stehen dann vor neuen Gegebenheiten, ohne den Weg dorthin bemerkt oder gewollt zu haben:

Vor nicht allzu langer Zeit sanken die Aktien einer Firma, wenn diese Mitarbeiter entlassen musste. Heute steigen die Aktien, wenn Arbeitsplätze gestrichen werden für höhere Gewinne der Shareholder. Dahinter steht die Aushöhlung der bisherigen Werte: statt Fürsorge für Firma und Mitarbeiter regiert das Gesetz des hire and fire. In meinem ersten Leben arbeitete ich bei Siemens; hinsichtlich der Sicherheit des Arbeitsplatzes war man dort geborgen wie in Abrahams Schoß. Von einer amerikanischen Firma nebenan hieß es, „die schmeißen zwei raus, wenn ein halber zuviel ist“. Heute macht Siemens das auch so; dafür zahlte die Firma in den letzten Jahren dank geschickter Aufrechnung von Gewinnen gegen Verluste in ihrem Stammsitz München statt bisher mehr als 30% Gewerbesteuer schlicht gar kei-

ne mehr und entzog damit dem Sozialkörper die Grundlage. Beispiel einer neuen Werte-(Un)kultur?

Demnächst wird es 5 Millionen Arbeitslose geben. Die meisten würden viel tun für einen neuen Arbeitsplatz, nicht nur wegen des Gehalts. Wer Angst hat um seinen Arbeitsplatz, lässt sich erpressen von denen, die Gewinne maximieren wollen. Erpressbar ist leider auch die Politik: Unser Kanzler mutierte so jüngst fast unbemerkt vom Auto- zum Panzer-Kanzler. Welche Werte bestimmen ihn?

Es sind die Vielen, die bezahlen für die fragwürdigen neuen Werte der Wenigen. Manche ahnen es, aber noch spielen die Vielen mit: panem et circenses. Nur ein bisschen anders als im alten Rom werden sie eingelullt, und alles läuft, solange es noch Brot und Fun gibt. Aber auch die Vielen verlieren ihre Werte, nicht nur durch das schlechte Vorbild, sondern weil sie sich, sei es aus Unwissen, Bequemlichkeit oder Resignation, der Spaß„kultur“ und dem Konsumdiktat überlassen. Bis es zu spät ist. Und dann? Hinter den zunehmenden chronische Krankheiten und Depressionen stehen oft zerbrochene Perspektiven und Lebensentwürfe, Resignation, Lebensangst.

Gibt es eine Lösung?

Wenn die Vielen rechtzeitig begreifen sollen, in welchem fatales Spiel sie eingebunden sind, muss zuerst einmal die undurchsichtige Gemengelage erhellet, aufgeschlossen, entmischt werden. Wer gibt den Anstoß dazu? Welche Werte sind wünschenswert? Wie und durch wen werden sie in Frage gestellt? Wer traut sich, gegen den Mainstream zu schwimmen?

„Wer definiert Gesundheit? Überlegungen zum Rückgewinnen der Definitionsmacht“, dieses Teilthema ist nicht herauszulösen



EMDR ist eine von Dr. Shapiro (USA) entwickelte, wissenschaftlich anerkannte und weltweit erfolgreiche Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumafolgeerkrankungen.

Dr. Arne Hofmann ist der Leiter des EMDR-Institutes Deutschland, und der erste von Dr. Shapiro ausgebildete und autorisierte Trainer in Deutschland.

Die Ausbildung ist von den Landesärztekammern und den Psychotherapeutenkammern anerkannt und mit **Fortbildungspunkten** zertifiziert.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

18.-20.02. + 19.03.05 Berlin
03.-05.03. + 15.04.05 Köln
11.-13.03. + 30.04.05 München
05.-07.05. + 04.06.05 Bremen
26.-28.05. + 08.07.05 Bad Mergentheim
27.-29.05. + 18.06.05 Bad Segeberg/Hamburg
23.-25.06. + 23.09.05 Nürnberg
30.06.-02.07. + 16.09.05 Köln

Info und Anmeldung: D - 51427 Bergisch Gladbach
Telefon: +49 - (0)22 04 - 2 58 66
Telefax: +49 - (0)22 04 - 96 31 82

EMDR-Institut
Junkersgut 5a
www.EMDR-Institut.de
info@EMDR-Institut.de

EMDR-Institut Deutschland
autorisierter Partner des EMDR-Instituts von Francine Shapiro PhD, USA

aus dem gesamtgesellschaftlichen Kontext. Gesundheit ist heute einer der bedeutendsten Wirtschaftsfaktoren, ein vielfach von rücksichtslosem Profitdenken beherrschter riesiger Markt. Die Akteure verbergen ihre Ziele hinter wohlklingenden Floskeln wie „die Ethik des Heilens“, pflegen Allmachtsvorstellungen und verbreiten großflächig Illusionen von vollkommener Gesundheit und einem Leben ohne Leid und Schmerz. Optimierung von Shareholder-Values und Gewinnmaximierung sind bestimmend, leider auch für die Politik, und zwar – das ist heute deutlich – für Politik jeglicher couleur. Gesundheitspolitik ist Lobby-Politik. Tabak-, Pharma-Konzerne u. a. gestalten sie aktiv. Ein Teil unserer Ärztesfunktionäre mischt dabei kräftig mit, die anderen bemühen sich redlich, aber zunehmend vergeblich, mit ihren Patienten den Raum zu bewahren, den Menschen für ein gelingendes Leben brauchen, um sich den lebensfeindlichen Tendenzen unseres brüchigen Gemeinwezens entgegenstellen können.

Die Rolle der Psychotherapeuten

Wir sind Teil des Gesundheitsmarkts und haben damit auch einen Teil der Verantwortung. Können wir als Profession den Wertewandel besser oder früher erkennen? Könnten wir wirksamer gegensteuern?

Wir haben es gelernt zu beobachten, zu analysieren, zu klären, Zusammenhänge zu erkennen. Aber wir haben zu lange vornehm in unserem Elfenbeinturm von Neutralität und Abstinenz verharrt und uns in politischer Enthaltensamkeit geübt. Diese Zurückhaltung hat uns im großen Markt Gesundheit an den Rand gedrängt. Vielleicht haben wir dadurch aber das Gegensteuern gelernt in unserer eigenen langjährigen finanziellen Misere, die uns zwang, uns zu arrangieren, zu bescheiden, als für andere noch alles boomte? In unserem Therapie-Verständnis jedenfalls dürfen wir uns nicht länger beschränken auf die „Innenwelt“, auf eine Ein-Personen-Sichtweise: Den Einfluss des Du, des Wir, des sozialen Umfelds auf Entwicklung und Gesundheit des Einzelnen haben wir schon zu lange unterschätzt.

Hartz IV, die Aufweichung des Kündigungsschutzes u. ä. haben uns eingeholt: Wie gesund können Menschen sein und bleiben, die noch vor der Midlife-Krise ihren Arbeitsplatz verlieren und bei Millionen fehlender Arbeitsplätze keine Aussicht haben auf neue Arbeit? Menschen, denen mit dem Verlust ihrer Arbeit auch ein wesentlicher Teil an Lebenssinn abhanden kommt, weil sie nicht mehr mitspielen dürfen, sich nicht mehr zugehörig, ebenbürtig fühlen, die nicht wissen, wie sie ihre Schulden bezahlen, ihre Kinder groß bekommen werden. Und die Jungen, denen schon in der Schule die Motivation verloren geht, weil sie keine Aussicht auf einen Job haben? Wie können sie alle ihre Selbstachtung erhalten, ihre Würde bewahren? Wie können sie einigermaßen gesund bleiben an Leib und Seele? Werden wir ihnen helfen können? Wie werden wir selbst zurecht kommen mit den neuen Herausforderungen?

Hilfe wird um so schwieriger sein, je weniger unsere bisherigen Werte noch tragen. Brauchen wir neue, andere? Hilft es, sich auf die alten zu besinnen? Eins ist sicher: Es nützt nichts, den Menschen zu helfen, diese neuen Belastungen besser auszuhalten. Wir müssen unsere Sicht weiten: Der Blick ins Innere, die Ein-Personen-Psychologie reichen nicht mehr, denn der Einzelne steht heute in einem sozialen Kontext, der ihn zu zerbrechen droht. Neue Krankheitsbilder? Nein, es sind die äußeren Umstände, die die Menschen krank machen, weil sie ihnen wichtige Lebensgrundlagen entziehen. Sie resistenter zu machen gegen solche Art Stress,

ist unsinnig, würde nur zu Resignation und Gleichgültigkeit oder zu Aggression und Gewaltbereitschaft führen. Sie müssen vielmehr wieder zu aktiven Mitspielern werden auf einer neu zu gestaltenden Bühne.

Unsere Patienten waren auch bisher schon Multiplikatoren: Wenn einer gesund wurde, wirkte es sich positiv auf sein Umfeld aus. Dieser Effekt hat heute noch mehr Gewicht. Wenn wir einem Index-Patienten helfen, fatale Entwicklungen im Außen zu erkennen, sich ihnen aktiv zu stellen, vielleicht gibt es dann gar einen Schneeballeffekt? Und unsere Abstinenz? Sie wäre Parteinahme für die herrschenden Verhältnisse, Hilfe zur Anpassung würde den Niedergang eher beschleunigen. Wir wollen unsere Patienten nicht instrumentalisieren, aber wir müssen sehen, was heute geschieht, und unsere Patienten auch. Für sie spielt auch der Faktor Zeit eine Rolle, nicht nur wegen knapper Stunden-Kontingente, sondern weil es sonst für viele zu spät ist.

Die totale Medizin, für alle verfügbar mit allem, was machbar ist, ist eine Illusion; Herztransplantationen und Lebenserhaltung um jeden Preis, sogar gegen den erklärten Willen eines Menschen, sind verzichtbar. Was wir brauchen, ist eine Welt, die nicht die banale Gesundheit der Vielen untergräbt oder gar ein lebenswertes Leben mit Arbeit und Bildung und mit der Möglichkeit, sein Brot zu verdienen, ausschließt. Es ist legitim, für den Erhalt der Lebensgrundlagen der Vielen Partei zu nehmen. Wir haben viel zu lange eine Sichtweise hingenommen oder gefördert, die die Ursachen für Leiden beim Einzelnen sah. Heute steht nicht das individuelle Leiden im Vordergrund, sondern kollektive Phänomene, die verändert werden müssen, damit das Individuum bestehen kann. Das bereits beschädigte Individuum braucht uns als eine Art noch gesundes und handlungsfähiges Übergangsobjekt, als Begleiter und nötigenfalls als edukativen Wegweiser in einem Intermediärraum, in dem Heilung und Neuorientierung möglich werden.

Wohin geht die Reise?

Es gilt, gemeinsam mit unseren Patienten mehr Bewusstheit zu schaffen, auf mehr Transparenz zu dringen, mehr Information zu fordern, Gesundheitserziehung zu forcieren. Im Auge behalten müssen wir die Rolle der Medien, wir müssen die Kontrollmöglichkeiten nutzen, die unsere Demokratie bietet, Vernetzung von Kräften und Institutionen betreiben, die gegensteuern können (Nicht-Regierungsorganisationen wie Transparency International TI, Greenpeace, ATTAC u. a.). Aus manchen Spielen können wir aussteigen, sobald wir ihre Regeln durchschaut haben. Wir können uns verweigern, Konsumverzicht üben. Im Bereich Gesundheit müssen wir unabhängige Information fordern und Institutionen wie Verbraucherschutzorganisationen, Arzneitelegramm usw. unterstützen.

Es wird sicher nicht mehr werden, wie es war, und vielleicht ist das auch gut so. Aber auch wenn es schmerzliche Einschnitte geben wird, der einzelne Mensch muss seine Würde bewahren können, es muss weiterhin einen sozialen Raum geben, in dem Menschen potentiell an Leib und Seele gesund sein können. Es braucht Durchblick für alle, damit viele kleine Davids sich vernetzt gemeinsam dem großen Goliath mit seinen vielen Gesichtern entgegen stellen können. So können wir die TINA-Hypothese ad absurdum führen, aus der – noch – die Macher der neoliberalen Globalisierung ihre Kraft ziehen: TINA = There Is No Alternative! Dieses Credo ist falsch.

EINE ANDERE WELT IST MÖGLICH!

URSULA STAHLBUSCH



Vertrags- psychotherapeuten auf Reisen...

MARITIM Hotels finden Sie in:

Berlin · Bonn · Braunlage
Bremen · Darmstadt
Dresden (ab 2006) · Frankfurt/Main
Fulda · Gelsenkirchen · Halle
Hamburg · Hannover
Heringsdorf/Usedom · Bad Homburg
Kiel · Köln · Königswinter
Magdeburg · Mannheim
Bad Mergentheim · München
Nürnberg · Bad Salzuflen
Bad Sassendorf · Schmalleberg
Stuttgart · Timmendorfer Strand
Titisee-Neustadt · Travemünde
Ulm · Bad Wildungen · Würzburg
Bali · Belek/Türkei · Djerba/Tunesien
Kuba · Malta · Mauritius
Riga/Lettland · Teneriffa

Sonderkonditionen für Mitglieder des Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. in den **MARITIM** Hotels

Die Rahmenvereinbarung zwischen dem Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. und den **MARITIM** Hotels wurde gerade für das Jahr 2005 abgeschlossen. Dies ermöglicht allen Mitgliedern über den Buchungscode BVVP99 die Sonderraten in insgesamt 36 First Class Hotels in Deutschland und in Riga/Lettland zu nutzen.

Das Abkommen ist speziell auf Individualreisende (Einzelreisende) zugeschnitten. Die Sonderkonditionen können sowohl geschäftlich als auch privat in Anspruch genommen werden. Genaue Informationen über Raten und Buchungswege finden Sie im Internet unter www.bvvp.de im Bereich „Dienstleistungen“.

Benötigen Sie Angebote für Veranstaltungen oder haben Fragen zu den **MARITIM** Hotels? Gern hilft Ihnen Ihr zentraler Ansprechpartner Herr René Schnaars unter der Telefonnummer 0160 8015466 oder via Email an rschnaars.kam@maritim.de weiter.

Weitere Anfragen an:

bvvp-Dienstleistungen · c/o Manfred Falke
Triftstraße 33 · 21255 Tostedt · Telefon 04182 21703
Telefax 04182 22927 · vpnds@bvvp.de

Wir freuen uns auf Ihren Besuch
Ihre **MARITIM** Hotels

INTERVIEW

Der Professor unter der Spreerbrücke

Zum Modellstudiengang Medizin an der Berliner Charité

„Wo bleibt das Positive?“ – Hier zum Beispiel. So wie im Modellstudiengang an der Berliner Charité kann die Ausbildung der MedizinerInnen eben auch aussehen – und funktionieren. Prof. Dr. Ulrich Schwantes nahm sich viel Zeit für meine Fragen (was fast zu erwarten ist, von jemandem, der seinen StudentInnen beibringen will, sich Zeit für ihr Gegenüber zu nehmen). Trotzdem empfehle ich für weitere Informationen die sehr gute Website des Modellstudienganges (<http://esc.charite.de/rsm/>). Die erwähnte Befragung von Medizin-AbsolventInnen zu ihrer psychosozialen Kompetenz ist unter <http://www.uni-leipzig.de/~medpsy/pdf/absolventenbefragung.pdf> herunter zu laden.

Ursula Neumann: Das Logo des „Reformstudiengangs Medizin“ der Berliner Charité zeigt einen Menschen mit einem roten Herzen. Medizin mit oder ohne Herz – ist das die Frage?

Ulrich Schwantes: Ich glaube, Medizin ohne Herz ist nicht möglich. Wenn wir nur technische Ausbildung oder Wissensausbildung betreiben, ist das nicht ausreichend.

U. N.: Wenn das so klar wäre, hätte es vermutlich keinen Reformstudiengang gegeben.

U. S.: Das ist ein Punkt. Ein weiterer: das normale Medizinstudium ist eine Aneinanderreihung von Fächern. Das ist heute schon ein bisschen aufgeweicht, aber bis zur neuen Approbationsordnung wurden die Fächer nacheinander und nebeneinander ohne einen inneren Zusammenhang gelehrt. Ein dritter Punkt war, dass das Studium relativ weit entfernt vom eigentlichen Handeln ist.

Ein fragmentiertes Medizinwissen wurde gefördert, und das führte zu einer fragmentierten Sicht auf den Patienten. Wir haben mittlerweile 42 Spezialgebiete, 42 Weiterbildungsordnungen. Das hat vielleicht auch etwas damit zu tun, dass die Naturwissenschaft in der Medizin durch Reduktion und Parzellierung immer neue Gebiete schafft.

U. N.: „Die Medizin wird Wissenschaft sein oder sie wird nicht sein.“

U. S.: Das ist so einer der berühmten Aussprüche des 19. Jahrhunderts. Naunyn hat das 1905 aufgegriffen und prophezeit, dass das Wesen der Medizin in der Spezialisierung liegen wird.

U. N.: Wie ist das im Reformstudiengang?

U. S.: Hier findet sich ein Bemühen um Integration, um Mischung aus grundlagen- und anwendungsbezogenen Fächern. Es wird sehr stark auf Kooperation abgehoben. Das Studium ist durchgängig fallorientiert aufgebaut. Gleich in der ersten Ausbildungswoche brüten die Studenten über einem realen Fall. Daran erarbeiten sie, was sie konkret dazu wissen wollen.

U. N.: Nicht der Herr Professor stellt einen möglichst exotischen



Ulrich Schwantes

oder reinen Fall vor und sagt, was zu tun ist, sondern die StudentInnen überlegen selber.

U. S.: Genau. Eine der ersten Fallgeschichten lautet: „Eine alte Frau, die mit dir auf einem Flur wohnt, ruft um Hilfe. Du kommst in ihre Wohnung, sie liegt auf dem Boden und das Bein hat eine merkwürdige Stellung.“ Das ist die Ausgangssituation, und die Studenten überlegen, dass eine Röntgenaufnahme erforderlich ist, dass vielleicht operiert werden muss, und geben sich selbst Lernziele: Welche Anatomiekenntnisse brauche ich? Gibt es besondere Operationstechniken? Was muss die Anästhesie bei alten Menschen beachten? Oder ganz anders, wer kümmert sich später um die allein stehende Frau? Man ist immer wieder erstaunt, wie umfangreich die Fragen schon im ersten Semester sind. Außerdem sind die Studenten im ersten Studienabschnitt einmal in der Woche mindestens einen Halbtage in einer Praxis, erleben hier die Kontinuität in der Patientenbetreuung und sehen auch die Lebensgeschichte, nicht nur den Fall auf dem Papier.

U. N.: Das würde mich erschrecken, zu Studienbeginn mit Fällen konfrontiert zu sein und keine Ahnung zu haben. Sind Ihre StudentInnen couragierter?

U. S.: Sie sind ebenso erschrocken vor der Fülle. Unsere Aufgabe als Lehrer ist es zu sagen: Gemach, ihr könnt nicht in der ersten Woche den Stoff der gesamten Medizin erarbeiten, sucht die euch jetzt wichtigen Punkte heraus. Wir garantieren, dass alles Wesentliche im Laufe der nächsten fünf Jahre angesprochen wird.

U. N.: Welches sind die wichtigsten Werte, die Sie den jungen MedizinerInnen vermitteln wollen?

U. S.: Das betrifft nun alle Studierenden. Zunächst geht es um Respekt und Akzeptanz als Grundhaltung gegenüber dem Patienten aber auch gegenüber dem kooperierenden Kollegen. Es geht auch um Verständnis für das Anliegen des Patienten, für die Sicht des Kollegen, der aus seiner Position heraus andere Fragen stellt. Grundlage ist natürlich eine naturwissenschaftliche Medizin; aber es braucht die Integration dieses Wissens und des ärztlichen Könnens mit den Bedürfnissen der betroffenen Menschen. So verstehe ich integrierte Medizin. Dieses Ineinanderverwobensein der sozialen, kulturellen Bedingungen genauso wie der intrapsychischen Bedingungen mit einem intakten oder ge-

störten Körper: diese Integration ist etwas sehr Wichtiges, und sie ist schwierig in einer Medizin, die hoch spezialisiert ist.

U. S.: Das hat sicher auch persönliche Hintergründe, dass Sie Akzeptanz und „integrierte Versorgung“ in diesem Sinne als Werte vermitteln wollen?

U. S.: Ich habe ein ganz normales naturwissenschaftliches Medizinstudium absolviert und für meine Promotion in der Humangenetik molekularwissenschaftlich gearbeitet. Meine erste Weiterbildungsstelle hatte ich in der Chirurgie. Diese technische, handwerkliche Seite der Medizin habe ich gern gemacht und dennoch gemerkt, dass ich zu wenig Kontakt mit dem Patienten hatte. Ich empfand das als Mangel. Letztlich entschied ich mich, das zu werden, was ich heute bin, Allgemeinarzt.

U. N.: Wenn ich es richtig sehe, haben Sie sich dem Menschen immer mehr angenähert.

U. S.: Wohl wahr: Von den Molekülen aus immer mehr zum ganzen Menschen. Die Aufgabe als Hausarzt erfüllte mich sofort und gleichzeitig fühlte ich mich zunächst hilflos. Das, was ich da können musste, das hatte ich nirgendwo gelernt. Das musste man sich selber beibringen oder den Kontakt mit alten Kollegen suchen. Was ich im Studium nicht gelernt habe, schon in die universitäre Ausbildung hineinzubringen, ist ein wichtiger Grund für meine jetzige Doppelrolle. Als ich den Ruf an die Charité annahm, war es ein schmerzhafter Abschied von meinen damaligen Patienten. Jetzt bin ich auch wieder Landarzt im Oberhavelkreis und mitten im Lebensumfeld der Menschen dort.

U. N.: Wie sind Ihre Erfahrungen mit dem „hidden curriculum“: Wer am meisten Personal, Geld und Unterrichtszeit hat, der hat ein anderes Gewicht, als jemand mit bescheidener Ausstattung.

U. S.: Ja. Strukturen und Prozesse sind auch eine – versteckte – Form der Lehre. Als ich 1998 nach Berlin kam, konnte ich noch unken, dass ich wahrscheinlich der einzige Professor sei, der unter einer Spreebrücke sitzt, seinen Laptop bedient und mit dem Handy arbeitet. Damals haben wir tatsächlich die allerersten Rekrutierungen von Allgemeinärzten für ein Forschungsprojekt von einer öffentlichen Telefonzelle aus gemacht.

U. N.: Das war die Bedeutung, die man Ihnen zuschrieb.

U. S.: Damals. Inzwischen sind wir mit einem Mitarbeiterstab von etwa zehn Leuten und entsprechenden Räumen ausgestattet. Damit sind wir nicht mehr ganz so winzig, können uns aber z. B. überhaupt nicht vergleichen mit der Anatomie oder einem der großen klinischen Fächer. Da sind mehrere voll honorierte Professoren mit ihren Abteilungen, während ich einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin mit meiner Kollegin, Frau Prof. Braun, teile.

U. N.: Die Botschaft an die StudentInnen?

U. S.: Es gibt wichtige und unwichtige Bereiche in der Medizin. Das ist bei der Karriereplanung zu bedenken. Ein anderes Beispiel für „hidden curriculum“ ist der erlebte Umgang mit Patienten im Stationsalltag. Die von uns mit den Studenten im Unterricht geübte Weise der Patientengespräche lässt sich von ihnen in der Klinikrealität kaum umsetzen.

U. N.: Untersuchungen über die Erwartungen, mit denen StudentInnen ins Studium reingehen und am Ende rauskommen, scheinen zu zeigen, dass die jungen ÄrztInnen desillusioniert, vielleicht ein Stück affektisoliert sind.

U. S.: Die jungen Menschen gehen offen ins Medizinstudium hinein, sind interessiert und möchten alles wahrnehmen und werden mehr und mehr vereinzelt, zu Konkurrenten und im erwähnten Sinn einer Fragmentierung unterzogen. Allerdings, wenn man mit ihnen ins Gespräch kommt, dann sind die alten Fähigkeiten und Erwartungen noch da. Bleiben diese verschüttet, ist fast schon das Burnout vorbereitet.

U. N.: Das heißt, dass normal ausgebildete Ärztinnen entweder einen Praxisschock erleben oder die Patienten einen Schock mit den jungen ÄrztInnen.

U. S.: Das eine schließt das andere nicht aus. Elmar Brähler und Dorothee Alfermann aus Leipzig haben über 600 Medizinstudenten verschiedener Universitäten dazu befragt. Die sagen sehr deutlich, dass sie sich noch nicht für praxistauglich halten, weil sie den gesamten psychosozialen Kontext nicht beherrschen, kaum kommunikative Kompetenz haben. Die Studenten spüren, dass die Patienten mit mehr als nur ihrer Krankheit kommen, und sie stehen dem mehr oder weniger hilflos gegenüber.

U. N.: Im Reformstudiengang wird deutlich gemacht, dass kommunikative Kompetenz nicht vom Himmel fällt.

U. S.: Nicht nur im Reformstudiengang. Dass der Arzt in seiner medizinischen Kompetenz gefragt ist, liegt auf der Hand. Aber der Einstieg in das Gespräch muss richtig sein, und das kann man lernen. Ein Arzt, der helfen soll, muss das Anliegen des Patienten genau verstehen. Das Hinhörenkönnen, Schweigenkönnen – nicht die medizinischen Konzepte zu allererst vortragen und den Patienten in diesen Rahmen hineinsetzen, das scheint mir das Wichtige. Wir üben konsequent, dass die Studenten die eigene Rolle reflektieren, dass sie sich in die Position des Patienten begeben und dann noch mal eine Meta-Position einnehmen. Im Reformstudiengang gibt es dazu die Lehrveranstaltung „Interaktion“, die mit 2 Stunden je Woche in allen zehn Semestern durchgeführt wird. Für den Regelstudiengang haben wir schon vor einigen Jahren einen Teil der Lehrangebote adaptiert: Das Kommunikationstraining findet dort konzentriert in einem Semester statt. Obligat für alle. Und ebenfalls in kleinen Gruppen. Das hat schon eine unglaublich positive Wirkung. Am Ende des Studiums gibt es eingebettet in das Praktikum Allgemeinmedizin einen Kurs, in dem das Überbringen einer schlechten Nachricht trainiert wird.

U. N.: Dass nicht die Krankenschwester vorgeschickt wird.

U. S.: Ganz genau. In der Chirurgie war ich jüngster Assistent auf der Station, und bei einem 14-jährigen Mädchen musste wegen eines Sarkoms ein Bein amputiert werden. Der Chef sagte dem Oberarzt: bitte klären Sie das Mädchen auf. Der Oberarzt sagte es dem ersten Assistenten und der sagte: Schwantes, du bist noch neu hier, du musst das lernen, mach du das.

U. N.: Wie entwickeln sich die Studentinnen und Studenten im Reformstudiengang?

U. S.: Die Kohorte des ersten Jahrgangs hat jetzt zum Teil das zweite Staatsexamen abgelegt. Obwohl die Reformstudiengänger Fall orientiert und weniger systematisch gelernt haben wie die Regelstudiengänger, sind ihre Zensuren nicht schlechter. Das haben wir erwartet. Sie haben auch gelernt in Gruppen zu arbeiten, haben gelernt, ihre Meinung zu vertreten, gehen anders mit den Problemen auf den Stationen um. Sie sind wissbegieriger und fragen, wenn sie etwas nicht wissen. Aber es schiene mir dumm zu sagen, die Studienabgänger des Regelstudienganges seien insgesamt die schlechteren. Die Ressourcen der jungen Leute sind ja die gleichen. Es gibt so viele positive Ansätze und es ist schade, dass nicht alle Studenten in gleicher Weise gefördert werden.

U. N.: Angenommen, Sie könnten das Medizinstudium generell reformieren. Was würden Sie tun?

U. S.: Drei Dinge. Der Hauptanteil des Unterrichts würde von mir in Kleingruppen verlagert. Kooperatives Lernen der Studierenden würde ich fördern, und die einzelnen Fächer sollten ebenso miteinander kooperieren. Zweitens würde ich die Ausbildung wieder in ihren Patienten bezogenen, menschlichen Kontext stellen. Das bedeutet drittens, die Lernorte müssen so sein, dass man dem Patienten tatsächlich begegnet.

U. N.: Herzlichen Dank für das Gespräch.



DAS ÄRGERNIS DES QUARTALS

Wer sind die Nestbeschmutzer?

Das Thema „Abrechnungsbetrug bei PsychotherapeutInnen“ aufzugreifen, stößt in den eigenen Reihen nicht auf ungeteilten Beifall. Argumentiert wird, man liefere dadurch nur „der Gegenseite“ Munition und schade der eigenen Sache. Oder: bei uns ginge es um Peanuts im Vergleich zu dem, was andere Arztgruppen oder gar die Medizin- und Pharmaindustrie ergaunerten. Oder: angesichts der Punktwerte für probatorische Sitzungen sei es blanke Notwehr, ein wenig zu tricksen. Manchmal steckt auch bei den ehrenhaftesten KollegInnen ein bisschen schlechtes Gewissen dahinter: da wird schon mal eine Ziffer 5 abgerechnet, obwohl es vor 20 Uhr war. Wer von euch ohne Sünde ist ...

Nein, es geht nicht ums Steine Werfen, es geht nicht um denunziatorisches Eiferertum, nicht um moralischen Rigorismus. Es geht um die Grundlage unserer Arbeit.

„Hat ein Psychologischer Psychotherapeut begründete Hinweise darauf, dass ein Kollege standeswidrig handelt, so soll er diesen zunächst vertraulich darauf hinweisen. Hat er begründete Hinweise auf schwerwiegende Verstöße eines Kollegen gegen die Berufsethik, wie z. B. Betrug, Täuschung oder sexuelle Grenzüberschreitung bei Patienten, soll er initiativ werden, z. B. indem er die entsprechenden Organe des Berufsverbands anspricht.“

Berufsordnung des DPTV (4.1. Kollegiales Verhalten)

Die korrekte Abrechnung von Leistungen gehört nicht zur ethischen Kür, sondern zu den Grundübungen. Wenn wir hier zweideutig sind, können wir uns das Papier für Ethikrichtlinien sparen. Mag sein, dass ein Zahnarzt gute Arbeit leisten kann, auch wenn er seine Ware aus China bezieht und als made in Germany abrechnet. Wir können es nicht. Psychotherapie ist keine Technik, die lediglich korrekt angewandt werden muss, um zu funktionieren. Sie ist tatsächlich „ganzheitliche Medizin“, und der Therapeut, die Therapeutin sind in nicht geringem Umfang der Wirkstoff. Natürlich ist dieser „Wirkstoff“ immer „kontaminiert“ durch die eigene Neurose, Charakterdeformation und eben auch durch moralische Unvollkommenheit. Das ist nicht schlimm, sondern normal. Vollkommenheit (von sich) zu erwarten führt zu Hybris oder Terror. Aber wie bei einer Geschwindigkeitsübertretung irgendwo die Grenze zum Kriminellen überschritten wird, gibt es in Abrechnungsfragen den Punkt, wo „ein Auge zudrücken“ „die Augen verschließen“ bedeutet.

Von PatientInnen zu erwarten, dass sie intimste Details von sich preisgeben, sich ehrlich den eigenen Schattenseiten stellen, und am Ende der Sitzung zu sagen „Die Rechnung überweisen Sie bitte auf das Konto meines Vaters ...“ – wie soll das gehen? Wie soll die therapeutische Beziehung heil machen, wenn die oft einschlägig vorgeschädigten PatientInnen wissen oder ahnen, ihr Gegenüber betrügt die Kassen, die Steuer, die KollegInnen? Wieso soll das Betrügen ausgerechnet beim Patienten aufhören?

PsychotherapeutInnen sind keine besseren Menschen, unsere Abrechnungsskandale stehen nur deshalb nicht in der Zeitung, weil es bei uns nolens volens um geringere Summen geht. Einfallsreichtum ist durchaus vorhanden: Da beginnt die 50-Minuten-Sitzung bereits, wenn der Patient das Wartezimmer betritt, das genehmigte Kontingent wird nach Therapieende munter weiter abgerechnet (ging ohne Chipkarte noch besser), es werden die Chipkarten der ganzen Familie eingesammelt, da wird wegen unzulänglicher KV-Vergütung ein Privatobulus verlangt, für abgesagte Stunden wird von GKV-PatientInnen mehr „Ausfallhonorar“ kassiert als die gehaltene Stunde erbringen würde, bei SelbstzahlerInnen wird Bares verlangt, ohne dass quittiert wird – ein Schelm, wer Böses dabei denkt –, psychotherapeutische und psychiatrische Ziffern werden unter den abenteuerlichsten Diagnosen nebeneinander abgerechnet usw. usw.

Whistleblower sind Individuen, die nicht immer der Herde folgen. Sie sind allerdings auch keine Aussteiger. Tatsächlich sind sie ein wichtiges Element im Fortschritt jeglicher Gesellschaft.

Joseph Rotblat, Nobelpreisträger

Sie werden bei uns (noch) nicht geschätzt, die Whistleblower, also die Menschen, die Alarm schlagen, wenn sie in ihrem beruflichen Umfeld, an ihrem Arbeitsplatz Betrug, Korruption, Schädigung des Gemeinwohls entdecken. In einer eigenartigen Verdrehung der Realität werden oft noch die als „Nestbeschmutzer“ beschimpft, die das eigene Nest sauber bekommen wollen. Statt ihren Dienst für die Gemeinschaft zu schätzen, stellt man sie in die Ecke von Denunzianten oder Wichtigtuern. Wie ernst nehmen wir uns selbst, wenn wir hehre Statuten unterschreiben und andererseits pikiert ablehnen, etwas gegen schwarze Schafe in den eigenen Reihen zu unternehmen? Wie dämlich sind wir, wenn wir selbstverständlich Anzeige erstatten, wenn uns der Geldbeutel geklaut wird, es aber decken, wenn sich KollegInnen auf unsere Kosten bereichern?

Statt der erwarteten sachlichen Auseinandersetzung über das kritische Thema wird die Angelegenheit gerne auf eine psychologisch individualisierende Ebene geschoben ... Plötzlich werden die fachliche Kompetenz und die Arbeitsleistung des „Verräters“ angezweifelt. Er sei ein Störenfried, verhalte sich nicht loyal ... Viele Whistleblower werden auf diese Weise gekränkt und gedemütigt, ihre Motive in den Schmutz gezogen ... Selbst befreundete Kollegen, die früher derselben Meinung ... waren, wollen davon nichts mehr wissen, wenn es zum Spruch kommt ... Zu Hause diskutieren die Angehörigen vielleicht hart darüber, ob es die Sache wert ist, dafür die Karriere, die Freundschaften und die Existenz der Familie aufs Spiel zu setzen.

Antje Bultmann,

Whistleblower – das wache Gewissen unserer Gesellschaft

Die Kultur des „Whistleblowings“ und der Schutz der Whistleblower sind in Deutschland (anders als in anderen Ländern) unterentwickelt. Zwar wurde vom Bundesverfassungsgericht schon 1984 (in der Ent-

scheidung zur Verfassungsbeschwerde des Springerverlags gegen die BGH-Entscheidung Bildzeitung/Wallraff) klargestellt, dass die „ethischen Dissidenten“ (wie der Dieter Deiseroth, Richter am Bundesverwaltungsgericht, diejenigen nennt, die Korruption und Betrug öffentlich machen) keine „zivilrechtlichen Nachteile“ erleiden dürfen, wenn sie die Strafverfolgungsbehörden informieren. Aber diese „zivilrechtlichen Nachteile“ so dingfest zu machen, dass sie justitiabel sind – das ist nicht immer einfach. Es gehört Mut dazu, sich den Unwägbarkeiten auszusetzen, die es mit sich bringt, wenn man Alarm schlägt.

Empfehlenswerte Links zum Thema „Whistleblowing“:
<http://www.transparency.de/Whistleblowing.60.98.html>
<http://www.vdw-ev.de/whistleblower/whistleblower-Preis.html>
<http://www.ethikschutz.de/Deiseroth.htm>
 Zum Thema Abrechnungsbetrug gibt es einen interessanten Modellversuch der KV Niedersachsen und der KKH „Transparenz im Gesundheitswesen“

URSULA NEUMANN

Post vom Anwalt



Dr. Udo Kauß

Rechtsanwalt Dr. Udo Kauß ist mit einem Fall von mutmaßlichem Abrechnungsbetrug befasst, in dem ein Mitglied unseres Verbandes eine unrühmliche Rolle spielt. An uns stellt er die Gretchenfrage: „Wie hält es Ihr Berufsverband mit solcher Art von Abrechnungsbetrug?“

Sehr geehrte Frau Neumann,

eine Software-Firma für ärztliche Abrechnungen hat mir einen Sachverhalt unterbreitet, der insbesondere für die Mitglieder Ihres Verbandes von Interesse sein dürfte. Im Rahmen der Verarbeitung von Kundendaten hat die Firma festgestellt, dass ein Psychotherapeut über Jahre hinweg Leistungen in einem Umfang abrechnet, die niemals von einem auch an seine Belastungsgrenze gehenden Therapeuten geleistet werden können.

Der Geschäftsführer meiner Mandantschaft ist mit den Besonderheiten der Art der Leistungserbringung von Psychotherapeuten sowie mit den damit zusammenhängenden speziellen Abrechnungsfragen vertraut. Auf Grund des Vergleiches mit den Praxisdaten anderer Kollegen verfügt er über eine hinreichende Informations- und Datenbasis für solche Aussagen.

Ich unterbreite nachfolgend den Sachverhalt mit der Erlaubnis, dieses Schreiben Ihren Mitgliedern zur Kenntnis zu geben, verbunden mit der Frage, wie es Ihr Berufsverband mit solcher Art von Abrechnungsbetrug hält:

Im Rahmen von Serviceleistungen für die Arztpraxis des Dr. X fiel der überdurchschnittliche Umsatz dieser Praxis auf, da üblicherweise der Quartalsumsatz des Dr. X in etwa dem durchschnittlichen Jahresumsatz der Kollegen entspricht. In der Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 25.08.1999 (B 6 KA 14/98 R) heißt: „Unter Einsatz der vollen möglichen Arbeitszeit ist mithin ein Jahresumsatz von DM 224.460,- aus vertragsärztlicher Tätigkeit fiktiv erzielbar“. Dr. X hat jedoch im Urteilsjahr 1999 insgesamt einen Umsatz von DM 589.183,- erzielt, also das 2,6fache.

Dr. X – der über keine ärztlichen oder psychologischen Mitarbeiter verfügt – hat an einzelnen Tagen ein Arbeitszeitvolumen sogar von mehr als 24 Stunden täglich abgerechnet, z. B. am 15.10.2002 für private und GKV-Patienten 26 mal eine Leistung, bei der jeweils 50 Minuten in der Gebührenordnung vorgeschrieben ist.

Zunächst hatte der Geschäftsführer meiner Mandantschaft bei Herrn Dr. X selbst angefragt. Zur Erklärung hat Herr Dr. X ausgeführt, er würde „viel Coaching“ machen. Für meinen Mandanten ist diese Erklärung nicht nachvollziehbar, da ihm aus der gesamten Abrechnungspraxis des Dr. X über sieben Jahre hinweg keine einzige Rechnung mit dem Inhalt „Coaching“ untergekommen ist.

Nur bei der Mandantschaft, bei der sämtliche Abrechnungsdaten des Dr. X zusammen angeliefert worden sind, konnte ein solcher Überhang auffallen, während er den getrennt abrechnenden Privatversicherungen bzw. der KV verborgen blieb. Allerdings hätten auf Grund des in jeder Hinsicht überdurchschnittlichen Umfangs der allein im GKV-Bereich erbrachten bzw. abgerechneten Leistungen auch schon die KV selbst, und zwar ohne gleichzeitige Kenntnis der Zahlen im privatärztlichen Bereich, zumindest aufmerksam werden können

Nachstehend sind exemplarisch die für den Abrechnungszeitraum 7.10.02 bis 22.11.02 wöchentlich abgerechneten zeitgebunden Leistungen im GKV- und Privatbereich (also ohne die Arbeitszeit für Berichte, Anträge, probatorische Sitzungen, Verwaltungsarbeit etc.) aufgelistet.

	gesetzl. KK	PrivKK	zusammen
07.10. – 11.10.02	54	+13	=67 WS*
14.10. – 18.10.02	44	+20	=64 WS
21.10. – 25.10.02	46	+21	=67 WS
28.10. – 01.11.02	51	+18	=69 WS
04.11. – 08.11.02	43	+22	=65 WS
11.11. – 15.11.02	36	+32	=68 WS
18.11. – 22.11.02	30	+39	=69 WS

*WS = Wochenstunden

Soweit die Fakten!

Alle Versuche meiner Mandantschaft, die Angelegenheit durch Einschaltung der jeweiligen Verbände und Abrechnungsstelle einer Überprüfung zuzuführen, waren ergebnislos. Auch der am Firmensitz residierende vom Mandanten angefragte Oberstaatsanwalt hat nur auf seine örtliche Unzuständigkeit verwiesen.

Hier liegt Abrechnungsbetrug über Jahre hinweg und in großem Stil vor – mit einem durchschnittlichen Schaden von jährlich ca. EUR 150.000,- gegenüber den beteiligten gesetzlichen und privaten Krankenkassen und zum Nachteil der Versichertengemeinschaft und der VertragspsychotherapeutInnen.

Ich bin gespannt, wie und ob die Mitglieder Ihres Verbandes einen solchen Fall der Nestbeschmutzung – ich meine den des Dr. X. – und mögliche Reaktionsweisen hierauf diskutieren. Dr. X ist Mitglied Ihres Verbandes.

Mit freundlichen Grüßen

DR. UDO KAUSS



FÜR UNS GELESEN

HUBER: Wege der Traumabehandlung (TI 2)

Alle KollegInnen, die mit traumatisierten PatientInnen arbeiten, finden in diesem Buch praktische und praktikable Hinweise und Übungen auf guter theoretischer Grundlage. Der Tenor dieses Buches ist getragen von der reichen Erfahrung der Autorin sowie von ihrer Achtung und ihrem großen Respekt vor den Menschen. Ein Muss als Ergänzung zum ersten Band.

HELGA STRÖHLE

MICHAELA HUBER (2003), Wege der Traumabehandlung, Teil 2, Verlag Junfermann, ISBN: 3-87387-550-0, 28 €

KOEHLER: Gumpelmann, eine psychiatrische Groteske

„... es ist nahezu unmöglich, Psychiater und gleichzeitig ein anständiger Mensch zu sein“ schreibt eine Patientin an den Leiter der (fiktiven) Mandelburger Klinik. Diesen Satz belegt Koehler in seinem Buch ausgiebig und genüsslich. Die Lektüre macht gleichzeitig ungeheuren Spaß und furchtbar wütend. Der Leser wird hoffentlich diesem unglaublichen Pandämonium durchgeknallter Psychiater und Psychologen nie ausgeliefert sein. In der Mandelburger Leitungsebene regieren Karrieregeilheit, Drogensucht, Sexbesessenheit und die unheilvollsten gegenseitigen Abhängigkeiten. Die Patienten bleiben in diesem Getriebe unbedeutende Schachfiguren, unterworfen einer nie durchschaubaren Willkür der Ärzte.

Besonders spannend macht dieses Buch die Tatsache, dass mit Koehler ein hervorragend informierter Insider über das gnadenlose psychiatrische Treiben schreibt. Der Leser kann also davon ausgehen, dass zwar einige Versatzstücke der Groteske fiktiv sein mögen, der größte Teil aber aus dem richtigen Leben gegriffen ist. Die Geschichte um die äußerst zweifelhafte Erprobung eines riskanten neuen Medikaments an unwissenden Patienten offenbart, dass es in der heutigen Psychiatrie nicht um das Wohl und Wehe der

Patienten, sondern nur noch um Geld, Macht und persönliche Eitelkeiten geht.

Lesevergnügen und Entsetzen durchdringen sich gegenseitig. Ein böses, ein wichtiges Buch.

WOLF BUCHWALD

KARL KOEHLER (2004), Gumpelmann, eine psychiatrische Groteske, Peter Lehmann Antipsychoiatrieverlag ISBN 3-925931-36-8, 11,90 €

v. TROSCHKE: Die Kunst, ein guter Arzt zu werden

Dass das Buch des Freiburger Medizinsoziologen bereits in zweiter Auflage erscheint, ist kein Wunder, denn es behandelt alle relevanten Aspekte der Frage nach dem „guten Arzt“. Der Blick auf die (Ideen-)Geschichte zeigt, wie stark die Definition des „guten Arztes“ abhängig ist von den gesellschaftlichen Umständen. Das sollte anregen, für die Gegenwart die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen. Ähnliches gilt für das Durchdeklinieren des (stolper-)steinigen individuellen Weges zum Berufsziel „guter Arzt/gute Ärztin“. Dass und warum dafür die „Sozialisation“ während der Ausbildung als oft fragwürdig und hinderlich ist, welche berufsspezifischen Gefahren einem zum Burnout-Zyniker werden lassen können, ist genauso Thema wie praktische Informationen zur Organisation der ÄrztInnen und des Gesundheitswesens. Im ersten Teil des Buches wird der Eindruck der „Fundgrube“ etwas dadurch verdunkelt, dass der Inhalt des überquellenden Zettelkastens gelegentlich etwas unsortiert aneinandergereiht wurde. Den zweiten Teil las ich uneingeschränkt mit großem Gewinn. Hier geht es u. a. um „Verstehen als Prinzip der ärztlichen Heilkunde“ (was z. B. deshalb schwer ist, weil die meisten ÄrztInnen nur die Lebenswelt der oberen Sozial-schicht kennen), es geht um berufstypischen Frustrationen und wie ihnen zu steuern ist. Ganz wichtig das Kapitel über den kranken Arzt, die kranke Ärztin. Salutogenese comme il faut enthält das Kapitel über die Lebenskunst als Voraussetzung „ein (Berufs-)Leben gelingen zu lassen“. Last not least: Die Bi-

ografien einiger „guter Ärzte“ (und zweier guter Ärztinnen).

URSULA NEUMANN

JÜRGEN v. TROSCHKE (2004²), Die Kunst, ein guter Arzt zu werden, Verlag Hans Huber, ISBN 3-456-84058-6, 24,95 €

KOLB ET AL (HG.): Medizin und Gewissen

Dieser Reader ist die knapp 500-seitige Dokumentation des IPPNW-Kongresses von 2001, ansprechend gestaltet, informativ durch zusätzliche Kurzbiografien und Buchtipps. Häufig sind die in Erlangen gehaltenen Beiträge aufs Wesentliche gekürzt, was dem Bedürfnis nach Schmökern (das Wort sei trotz der behandelten Themen erlaubt) entgegen kommt, aber manchmal auch bedauerlich ist. Die Vielfalt der Themen macht das Buch keineswegs unübersichtlich – hier hängt eben wirklich alles mit allem zusammen: Das Versagen der ÄrztInnen im Dritten Reich (Nürnberg ist auch geographisch nahe) ist Hintergrundfolie für die aktuelle Entwicklung im Gesundheitswesen, die den Konjunktiv im Untertitel des Buches „Wenn Würde ein Wert würde“ leider durchaus rechtfertigt. Die geförderte oder verhinderte Selbstbestimmung von PatientInnen und Behinderten, eine Debatte mit verschiedenen Facetten zur „Sterbehilfe“, zahlreiche fundierte Beiträge zum Gesundheitswesen zwischen Ethik und Markt. Dann Ethik in der Pflege und Pflegeausbildung, im Krankenhaus und Medizinstudium; schließlich wird den Fragen der Gentechnik, Gendiagnostik und Fortpflanzungsmedizin breiten Raum gegeben. Die Liste der AutorInnen ist ein Who is who der einschlägig Engagierten und wissenschaftlich Ausgewiesenen: Horst-Eberhard Richter, Klaus Dörner, Christoph Kranich, Monika Hauser, Hans-Ulrich Deppe, Rolf Rosenbrock, Norbert Schmacke, Andrea Fischer, Claudia Schumann, Jutta Limbach ... Ein reiches Buch!

URSULA NEUMANN

STEPHAN KOLB ET AL. (HG.) (2002), Medizin und Gewissen: wenn Würde ein Wert würde ..., Mabuse Verlag, ISBN 3-933050-85-5, 39 €

NEUERSCHEINUNGEN UND BÜCHER ZUM SCHWERPUNKT

Asanger

DENIS, D.: **Die Angst fährt immer mit** Wie Lokführer traumatisierende Schienenunfälle bewältigen. ISBN: 3893344233. 29.00 €

DIETH, M.: **Die Sehnsucht nach dem Knaben.** Die männliche Zuneigung zu Knaben aus individualpsychologischer Sicht. ISBN: 3893344276. 39.50 €

FELICI-BACH, H.; KÖPP, W.: **Helmut Bach: Ausgewählte Schriften.** Zur Psychoanalyse und Psychotherapie. ISBN: 3893344330. 29.50 €

KASTNER, M.: **Die Zukunft der Work Life Balance.** Wie lassen sich Beruf und Familie, Arbeit und Freizeit miteinander vereinbaren?. ISBN: 3893344217. 39.00 €

Beltz

HAENEL, F.; WENK-ANSOHN, M.: **Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren.** ISBN: 3621275711. 29.90 €

LINDENMEYER, J.: **Lieber schlau als blau.** Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Mit CD-ROM. ISBN: 3621275622. 24.90 €

PETERMANN, F.; PETERMANN, U.: **Training mit aggressiven Kindern.** Mit CD-ROM. (Materialien für die klinische Praxis). ISBN: 3621275525. 44.90 €

RESCH, F.; SCHULTE-MARKWORT, M.: **Jahrbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie.** Schwerpunkt: Dissoziation und Trauma. ISBN: 3621275541. 49.00 €

SCHÜTZ, A.: **Je selbstsicherer, desto besser?.** Licht und Schatten positiver Selbstbewertung. ISBN: 3621275320. 22.90 €

Carl-Auer

BAUMANN, K.: **Organisation der Strategie.** Konstruktionen und Dekonstruktionen. ISBN: 3896703404. 24.95 €

HARMSSEN, T.: **Die Konstruktion professioneller Identität in der Sozialen Arbeit.** Theoretische Grundlagen und empirische Befunde. ISBN: 389670334X. 29.95 €

TSCHIRA, A.: **Wie Kinder lernen - und warum sie es manchmal nicht tun.** Über die Interaktionen zwischen System und Umwelt im Lernprozess. ISBN: 3896703366. 29.95 €

UECKER, H.; KREBS, M.: **Beobachtungen der Sozialen Arbeit.** (Theoretische Provokationen 1). ISBN: 3896703390. 16.95 €

dgvt-Verlag

DITTRICH, R.; MICHELS, H.: **Auf dem Weg zu einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.** (KJv - Psychologie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter 5). ISBN: 3871599050. 17.80 €

HEIDENREICH, T.; MICHALAK, J.: **Achtsamkeit.** ISBN: 3871590533. 48.00 €

JELLY, R.; ELMER, O.: **HOPE - Handlungsorientierte Psychoedukation bei Bipolaren Störungen.** Ein Gruppentherapieprogramm zur Krankheitsbewältigung. (Materialien 58). ISBN: 3871593583. 14.80 €

MEROD, R.: **Behandlung von Persönlichkeitsstörung.** Ein schulübergreifendes Handbuch. ISBN: 3871590541. 44.00 €

ULLRICH, G.: **Arbeitsplatz Kinderklinik.** Ergebnisse einer Befragung des pädagogischen und psychosozialen Personals in deutschen Universitätskinderkliniken. ISBN: 3871599042. 16.80 €

Frommann-Holzboog

ACH, J.; QUANTE, M.: **Hirntod und Organverpflanzung.** Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin. (Medizin und Philosophie 3). ISBN: 3772819923. 35.00 €

GORDUN, B.; HAVE, H.: **Medizinethik und Kultur.** Grenzen medizinische Handelns in Deutschland und in den Niederlanden. (Medizin und Philosophie 5). ISBN: 377282028X. 52.00 €

MAIO, G.: **Ethik der Forschung am Menschen.** Die Begründung der Moral in ihrer historischen Bedingtheit. (Medizin und Philosophie 6). ISBN: 3772821960. 46.00 €

WIESING, U.: **Zur Verantwortung des Arztes.** (problemata 137). ISBN: 3772816940. 37.00 €

Hirzel

DAHL, E.: **Xenotransplantation.** Tiere als Organspender für Menschen?. ISBN: 3777610119. 18.40 €

HILDT, E.; HEPP, B.: **Organtransplantationen.** Heteronome Effekte in der Medizin. (Edition Universitas). ISBN: 3777610198. 19.40 €

KNOEPFFLER, N.: **Forschung an menschlichen Embryonen.** Was ist verantwortbar?. ISBN: 3777609609. 39.90 €

KNOEPFFLER, N.; HANIEL, A.: **Menschenwürde und medizinethische Konfliktfälle.** (Edition Universitas). ISBN: 3777610364. 34.80 €

Hogrefe

COLLEGIUM INTERNATIONALE PSYCHIATRIAE SCALARUM: **Internationale Skalen für Psychiatrie.** ISBN: 3801717526. 99.95 €

JACOBI, C.; PAUL, T.; THIEL, A.: **Essstörungen.** (Fortschritte der Psychotherapie 24). ISBN: 3801711579. 19.95 €

NEUDECK, P.; WITTCHEM, H.: **Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen.** Theorie und Praxis. ISBN: 3801717356. 29.95 €

SCHAUB, A.; BERNHARD, B.; GAUCK, L.: **Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen.** Ein Therapiemanual. (Therapeutische Praxis). ISBN: 3801718387. 39.95 €

STURM, W.: **Aufmerksamkeitsstörungen.** (Fortschritte der Neuropsychologie 4). ISBN: 3801717496. 19.95 €

Klett-Cotta mit Pfeiffer

Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. (Leben lernen 175). (Mit alten Menschen arbeiten T1 1). ISBN: 360889733X. 32.00 €

BEEBE, B.; LACHMANN, F.: **Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener.** Wie interaktive Prozesse entstehen und zu Veränderungen führen. ISBN: 3608940669. 32.00 €

CLEMENT, U.: **Systemische Sexualtherapie.** ISBN: 3608943986. 28.00 €

REDDEMANN, L.: **Dem inneren Kind begegnen.** Hör-CD mit ressourcenorientierten Übungen. ISBN: 3608897372. 18.00 €

ROHDE-DACHSER, C.; WELLENHOFF, F.: **Insenierungen des Unmöglichen.** Theorie und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen. ISBN: 3608943900. 25.00 €

Pabst Science

GUTMANN, T.; DAAR, A.; SELLS, R.; LAND, W.: **Ethical, Legal, and Social Issues in Organ Transplantation.** ISBN: 3899670175. 60.00 €

HÖRMANN, K.: **Musik in der Heilkunde.** Künstlerische Musiktherapie als Angewandte Musikpsychologie. ISBN: 3899671570. 30.00 €

KOPPENHÖFER, E.: **Kleine Schule des Geniessens.** Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns. ISBN: 3899671082. 15.00 €

SCHLICH, T.; ALBERT, F.; EIGLER, F.; ALBERT, F.; LAND, W.; ZWIERLEIN, E.: **Transplantationsmedizin und Ethik.** Auf dem Weg zu einem gesellschaftlichen Konsens. (Beiträge zur Transplantationsmedizin 20). ISBN: 3928057529. 15.00 €

SCHWICKERATH, J.; CARLS, W.; ZIELKE, M.; HACKHAUSEN, W.: **Mobbing am Arbeitsplatz.** Grundlagen, Beratungs- und Behandlungskonzepte. ISBN: 3899671120. 35.00 €

Peter Lang

GATHMANN, P.; LEIMER, G.: **Heilpädagogisches Voltigieren bei Anorexia Nervosa.** Eine Studie über die Wirksamkeit von Reittherapie auf das Körperbild und spezifische Persönlichkeitsmerkmale bei Anorexia Nervosa. (Europäische Hochschulschriften - Reihe VI 727). ISBN: 3631518986. 34.00 €

KOHN, N.: **Delphin-Therapie.** Untersuchungen zur therapeutischen Wirksamkeit. (Europäische Hochschulschriften - Reihe VI 728). ISBN: 3631531583. 51.50 €

RIPKE, B.: **Impulsivität bei suizidalem Verhalten.** Eine psychologische Untersuchung zum allgemeinen und gruppen-spezifischen Vergleich zwischen Patienten nach Parasuizid und einer nicht suizidalen Kontrollgruppe. (Europäische Hochschulschriften - Reihe VI 729). ISBN: 3631529880. 39.00 €

SINAPIUS, P.: **Therapie als Bild - Das Bild als Therapie.** Grundlagen einer künstlerischen Therapie. ISBN: 3631526776. 42.50 €

Psychologenverlag

BOESSMANN, U.: **Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Berichte an den Gutachter schnell und sicher schreiben.** Mit Berücksichtigung der ICD-10 und OPD sowie Anträgen zur Kurzzeittherapie und Anträgen bei Kindern und Jugendlichen. ISBN: 3931589366. 39.80 €

BOESSMANN, U.: **Psychodynamische Therapie bei Kindern und Jugendlichen.** Kompendium und Berichte an den Gutachter unter Berücksichtigung der ICD10 und OPD-KJ. ISBN: 393158965X. 39.80 €

Psychosozial-Verlag

BUCHHOLZ, M.: **Psycho-News.** Briefe zur empirischen Verteidigung der Psychoanalyse. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 3898063712. 29.90 €

FIGDOR, H.: **Kinder aus geschiedenen Ehen: Zwischen Trauma und Hoffnung.** Wie Kinder und Eltern die Trennung erleben. (Psychoanalytische Pädagogik). ISBN: 3898063224. 19.90 €

FRANK, J.: **Bush auf der Couch.** Wie denkt und fühlt George W. Bush?. (Psyche und

Gesellschaft). ISBN: 3898064050. 24.90 €

HAYNE, M.; KUNZKE, D.: **Moderne Gruppenanalyse.** Theorie, Praxis und spezielle Anwendungsgebiete. (edition psychosozial). ISBN: 3898063127. 32.00 €

MORGENTHALER, F.; PARIN, P.; PARIN-MATTHEY, G.; ERDHEIM, M.; BINSWANGER, R.; HEINRICH, H.: **Der Traum.** Fragmente zur Theorie und Technik der Traumdeutung. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 3898063607. 19.90 €

Reinhardt Verlag

ANKERMANN, E.: **Sterben zulassen.** Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens. ISBN: 3497016934. 14.90 €

DELISLE, B.; HASELBACHER, G.; WEISSENIEDER, N.: **Schluss mit Lust und Liebe?.** Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderungen. ISBN: 3497016705. 29.80 €

GEORGE, W.; GEORGE, U.: **Angehörigenintegration in der Pflege.** ISBN: 3497016764. 24.90 €

LEONHARDT, A.: **Wie perfekt muss der Mensch sein?.** Behinderung, molekulare Medizin, Ethik. ISBN: 3497016586. 24.90 €

Shaker

FAZEKAS, T.; PLASS, C.: **The Need for Psychotherapy.** (Berichte aus der Psychologie). ISBN: 3832224319. 24.80 €

MÜLLER, J.; HAJAK, G.: **Über das Dürfen und Müssen der Forschung mit forensischen Patienten.** (Regensburger Psychiatrische Schriften). ISBN: 3832211926. 35.80 €

RIHA, O.: **Ethische Probleme im ärztlichen Alltag III.** Vorträge 2001-2003. (Schriftenreihe des Instituts für Ethik in der Medizin Leipzig e.V.). ISBN: 3832225307. 16.00 €

SCHÖNFELD, T.; SPETH, M.; WIEHLER, D.: **Selbstbestimmung zwischen Lebensrecht und Sterbehilfe.** Aktuelle ethische Grundfragen in den Rehabilitationswissenschaften. ISBN: 3832220216. 25.00 €

Springer

BAUER, M.; BERGHÖFER, A.; ADLI, M.: **Therapieresistente Depressionen.** Aktueller Wissensstand und Leitlinien für die Behandlung in Klinik und Praxis. ISBN: 3540406174. 39.95 €

KANFER, F.; SCHMELZER, D.: **Wegweiser Verhaltenstherapie.** Psychotherapie als Chance. ISBN: 3540233873. 22.95 €

KUMBRUCK, C.; DERBOVEN, W.: **Interkulturelles Training.** Trainingsmanual zur Förderung interkultureller Kompetenzen in der Arbeit. ISBN: 3540212744. 49.95 €

Neuerscheinungen und Bücher zum Schwerpunkt

MEYER, G.; BACHMANN, M.: **Spilsucht.** Ursachen und Therapie. ISBN: 3540237313. 44.95 €

RÖSSLER, W.; HOFF, P.: **Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang.** ISBN: 3540234004. 19.95 €

Steinkopff

AROLT, V.; DIEFENBACHER, A.: **Psychiatrie in der klinischen Medizin.** Konsiliarpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie. ISBN: 3798513279. 128.00 €

Thieme

Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP). ISBN: 3134644061. 39.95 €

FALLER, H.: **Psychotherapie bei somatischen Erkrankungen.** Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch

und schulenübergreifend. (*Lindauer Psychotherapie-Module*). ISBN: 3131383917. 39.95 €

ISEBAERT, L.: **Kurzzeittherapie - ein praktisches Handbuch.** Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie. ISBN: 3131396210. 29.95 €

MOGENS, S.: **Die Lithiumtherapie affektiver Störungen.** Praktische Informationen für Ärzte, Patienten und Angehörige. ISBN: 3135933067. 19.95 €

SENF, W.; BRODA, M.: **Praxis der Psychotherapie.** Ein integratives Lehrbuch. ISBN: 313106093X. 119.95 €

Vandenhoeck & Ruprecht

BÖCHER, U.: **Präimplantationsdiagnostik und Embryonenschutz.** Zu den Problemen der strafrechtlichen Regelung eines

neuen medizinischen Verfahrens. (*Medizin - Ethik - Recht 4*). ISBN: 3525457103. 49.90 €44.90 €

CREUTZFELDT-GLEES, C.: **Wie sehe ich danach aus?** Bilder und Texte von Frauen nach einer Brustkrebsoperation. ISBN: 3525461836. 14.90 €

HOLM-HADULLA, R.: **Kreativität.** Konzept und Lebensstil. ISBN: 3525490739. 22.90 €

KRÄMER, M.: **Professionelle Beratung zur Alltagsbewältigung.** Ein Lehrbuch. ISBN: 352549081X. 24.90 €

SCHMIDT, R.: **Träume und Tagträume.** Eine individualpsychologische Analyse. ISBN: 3525462212. 14.90 €

Waxmann

AELLIG, S.: **Über den Sinn des Unsinn:** Flow-Erleben und Wohlbefinden als Anreize für autotelische Tätigkeiten.

Eine Untersuchung mit der Experience Sampling Method (ESM)

am Beispiel des Felskletterns. (*Internationale Hochschulschriften 431*). ISBN: 3830913974. 25.50 €

FROMM, M.: **Introduction to the Repertory Grid Interview.** ISBN: 383091394X. 24.90 €

HOFER, S.: **Internationale Kompetenzertifizierung.** Vergleichende Analysen und Rückschlüsse für ein deutsches System. ISBN: 3830914296. 24.90 €

IMHOF, M.: **Zuhören und Instruktion.** Empirische Ansätze zu psychologischen Aspekten auditiver Informationsverarbeitung. (*Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie 44*). ISBN: 3830914237. 25.50 €

ZWINGMANN, C.; MOOSBRUGGER, H.: **Religiosität: Messverfahren und Studien zu Gesundheit und Lebensbewältigung.**

Neue Beiträge zur Religionspsychologie. ISBN: 3830914288. 39.90 €

WVG

BAUER, M.; WHYBROW, P.; ANGST, J.; VERSIANI, M.; MÖLLER, H.: **Biologische Behandlung unipolarer depressiver Störungen.** Behandlungslinien der World of Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). (*Edition Psychopharmakotherapie*). ISBN: 3804721753. 18.00 €

BRÜNE, M.; PAYK, T.: **Sozialdarwinismus.** Menschenbilder in der Psychiatrie. ISBN: 3804720641. 26.00 €

LEVEN, H.; WENDT, C.; DIETERICH, A.: **Gentherapie und Biotechnologie.** Ansätze zu neuen Therapieformen in der Medizin. ISBN: 3804719171. 69.00 €

VERANSTALTUNGEN_Weiterbildung, Kongresse, Reisen

von bis	Veranstaltung	Kontakt
2005-01-01 2006-12-01	Lehrinstitut für Alternspsychotherapie: Erstmals: zusätzlich Kurse in Modulform für Psychotherapie über 60-Jähriger. www.alternspsychotherapie.de	34119 Kassel Habichtswalder Str. 19
2005-01-15 2005-12-15	Supervision für analytische u. tfp Gruppentherapie: Zertifizierte Fortbildung; Blockseminar (Gruppe o. Einzelsupervision). Inf. per E-Mail oder Tel.	Dr.Meinhard.Korte@gmx.de Tel.: 06181-255540; Fax:-25554
2005-02-14 2005-02-16	Mediation in Gruppenkonflikten: Anerkannt als Zugangsvoraussetzung für die Weiterbildung Supervision. Bitte Programm anfordern.	info@burckhardthaus.de 06051-890, Fax -89240
2005-02-18 2005-02-20	Psychotherapie zw. Neurobiologie+Tiefenpsychologie: Symposion mit Workshops und OPD-KJ Fortsetzungskurs.Zum Erwerb von Fortbildungspunkten zertifiziert	www.aerztliche-akademie.de
2005-02-19 2005-02-20	Chronischer Schmerz und EMDR: EMDR-Vertiefungskurs in Berlin, Dipl.-Psych. Claudia Erdmann, 16 FE, Gebühr: 296 Euro. Information: www.traumatherapie.de	Institut für Traumatherapie Carnmerstr. 10, 10623 Berlin
2005-03-04 2005-03-06	Traumatherapie: mit Dr. Luise Reddemann Teil 1: 04.-06. März 2005 Teil 2: 08.-10. April 2005 Teil 3: 02.-04. September 2005	mainz@adler-institut.de Adler-Institut 06131-280133
2005-03-11 2005-03-12	Zertifizierter Fairness-Coach & Fairness-Trainer: Orientierungssem. für die 4. neue Fortbildungsgruppe	Fr. Schmidt, Tel. 069-78088144 J.Schmidt@fairness-stiftung.de
2005-03-18 2005-03-18	Praxiserfolg und Persönlichkeit: Zur Bedeutung von Persönlichkeitseigenschaften für die erfolgreiche Praxisführung. KV-Berlin. 25 Euro.	www.cch-berlin.de Dr. Lecher 030-83226753
2005-03-19 2005-03-19	Fachtagung in Stuttgart: Beendigung von tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien- Fachtagung der AG Stuttgart der DPG für Psychotherapeuten.	wesle@dpg-stuttgart.de info@dpg-stuttgart.de
2005-04-06 2005-04-06	16.00 Uhr Klinik Schwedenstein 01896 Pulsnitz: Sucht - eine lästige Diagnose - Umgang mit Suchtkranken - Ref. Dr. Bernd Sprenger, Wendisch-Rietz	Klinik Schwedenstein Tel. 035955/47501
2005-04-10 2005-04-22	55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005: Programm kann ab sofort bestellt werden	www.lptw.de oder Info@lptw.de Tel. 089-2916 3855
2005-04-14 2005-09-21	Nachqualifikation Psychotherapie: Nachqualifikation in tiefenpsych. fundierter Psychotherapie, 2 Blöcke mit je 70 Std., Ort: Berlin; Gebühr: Euro 2.060	Deutsche Psychologen Akademie 0228/ 98731-28 info@dpa-bdp.de
2005-04-22 2006-08-26	1. Ergänzungsausbildung SUPERVISION: zertifiziert von der Deutschen Gesellschaft für Supervision (DGsv), Info-Tage 22.-23.04.05	info@burckhardthaus.de Telefon: 06051-89-0, Fax -240
2005-05-01 2005-05-05	Psychoanalyse und Körperpsychotherapie: Seminar für Selbsterfahrung und Supervision mit Tilmann Moser und Gisela Worm in Staufeu.	0761-60304
2005-06-09 2005-06-11	3. PiD-Tagung Psychotherapie im Dialog: Die methodenübergreifende Fortbildungstagung in der Psychotherapie Vorträge, Konzept- u. Fall-Laboratorien, WS	Thieme Veranstaltungsmgmt. Manuela Thauerer
2005-09-17 2005-09-18	12. Heilpraktikerkongreß Düsseldorf: Gr. Industrieausstellung Qualitatives Weiterbildungsprogramm Beratung, Information und prof. Pressearbeit	www.heilpraktikerkongress.de
2005-09-18 2005-09-25	Führen - Erfolg - neue Gipfel: Seminar zu Selbstmanagement und Vitalität verbunden mit Wandern.	Mario Biel 07025/83206 Mario.Biel@t-online.de
2005-09-30 2005-10-07	34. Norddeutsche Pschotherapietage 2005: Leitthema: Moderne Zeiten - Moderne Krankheiten ? Vorkurse am 30.09.-01.10.2005	maday@livingcongress.de Fax: 0451/7904-100

www.bvvp-magazin.de: Veranstaltungen bequem online eintragen, 2 Zeilen gratis