

# Projekt Psychotherapie

04/2016

**Meinung · Wissen · Nachrichten**

Das Magazin des Bundesverbandes  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)



## Die Seele verarzten

## Arzt und Psychotherapie

### **Psychotherapie-Richtlinie**

16 Fragen – 16 Antworten

### **ZiPP-Jahresbericht**

Unfaire Berechnung des Mindesthonorars

# Unfall, Verletzung, Krankheit oder Reha? Bleiben Sie entspannt!

Auch Psychotherapeuten werden krank. Und wer krank ist, sollte sich schonen und sich voll auf seine Genesung konzentrieren dürfen. Ohne Sorgen um die Praxis oder die hohen fortlaufenden Kosten.

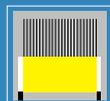
Die P.U.V von Dr. Rinner & Partner hilft Ihnen dabei: Wir sichern Ihre Existenz und die Ihrer Praxis, wenn Sie es selbst nicht können. Solange bis Sie wieder fit sind!

- **Sicherheit ab dem 1. Tag**  
Die P.U.V leistet ab dem 1. Tag, wenn Sie im Krankenhaus liegen.
- **Volle Gewinn- & Kostenabdeckung**  
Die P.U.V ersetzt Gewinn und laufende Kosten, sobald Ihre Praxis stillsteht.
- **Schutz bei Burnout & Depressionen**  
Auch wenn die Psyche mal schlapp macht, ist die P.U.V der Partner an Ihrer Seite.
- **Keine Beitragsanpassungen!**  
Bei Schadensfreiheit bezahlen Sie einen Fixbetrag über die gesamte Laufzeit – bis zu 10 Jahre.
- **Sie sind uns willkommen!**  
Eintrittsalter bis zum 63. Lebensjahr möglich.

## BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt,  
Variante P.U.V PLUS

Tagsatz:	€ 100,--
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,--
Jahresbeitrag:	€ 509,40
Beitrag pro Monat:	€ 42,45



Dr. Rinner & Partner  
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4  
82008 Unterhaching  
Tel.: +49 (0)89 96057490 • [www.dr-rinner.de](http://www.dr-rinner.de)



**Sechs Wochen  
Praxisstillstand?  
Kein Problem!  
Dank meiner P.U.V**

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
sehr geehrte Leserinnen und Leser!**

Jede psychotherapeutische Behandlung stellt eine einmalige Situation dar. Egal, ob es sich um den chronologischen Verlauf und Prozess einer Krankheitsentwicklung dreht oder um den professionellen Kontakt zu verschiedenen PatientInnen. Selbst wenn nach eingehender Diagnostik die Auswahl der passenden Verschlüsselung nach ICD-10 gleich ist, zeigen sich mit jeder Patientin und jedem Patienten eine neue, einzigartige Biografie mit ganz individuellen Lebensereignissen, Beziehungen und Lebensumständen sowie verschiedene Verläufe der Symptomatik und Schweregrade.

Aber auch aufseiten der PsychotherapeutInnen wirken sich unendlich vielfältige Variable aus: Mann oder Frau, jung oder alt, frisch approbiert oder lange im Geschäft, gesund und gelassen oder angeschlagen und unter Zeitdruck, Verhaltenstherapeut/in oder Psychoanalytiker/in, mit oder ohne Erfahrungen in bestimmten Schwerpunkten – und dann letztlich die Frage der drei verschiedenen Berufsgruppen. Die Einflüsse all dieser verschiedenen Kriterien kann man sicherlich untersuchen und bewerten. Warum sollte aber allein die Berufsgruppe ein entscheidendes Merkmal sein? Zu verschieden sind die Wege der Aus-, Weiter- und Fortbildung, die persönlichen Erfahrungen und die Persönlichkeiten selbst. Welchen Sinn macht vor dem Hintergrund dieser Komplexität eine Unterscheidung von Psychotherapie durch ÄrztInnen, Psychologische PsychotherapeutInnen oder Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen?

An dieser Stelle geht es nicht wirklich um Psychotherapie, sondern um die Beziehungen und die Wertschätzung der Berufsgruppen untereinander. Wie auch immer historisch begründet, bieten sich hier genügend Möglichkeiten, gegenseitige Feindbilder aufzubauen. Diese werden in der Berufspolitik meist aus fragwürdigen Motiven heraus instrumentalisiert, um die eigene Gefolgschaft zu binden und die persönlichen Machtansprüche zu begründen. Ein kraftvolles Feindbild lebt von Schwarz-Weiß-Malerei, vom Kampf gegen das Böse, von Bedrohungsszenarien durch das Fremde und der Idealisierung der eigenen Ziele und Fähigkeiten. Je allgemeiner und abstrakter die Vorurteile und Argumente, desto länger und hitziger könnte man sicherlich die eigene Position verteidigen.

Aber in diesem Heft geht es nicht um richtig/falsch, entweder/oder, sondern um sowohl/als auch! Die Kooperation zum Wohle der PatientInnen gelingt zwischen allen Berufsgruppen und Bereichen – Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie – am besten, wo Verständnis und Wertschätzung der unterschiedlichen Kompetenzen, aber auch Grenzen vorherrschen. Und so gefällt mir in diesem Schwerpunkt besonders, dass gleich mehrere Artikel einen sehr persönlichen Einblick in die eigene Sozialisation und die eigene Tätigkeit geben. Da, wo ich den anderen sehe und kennenlerne, bleibt kein Platz für Feindbilder, Vorurteile oder Machtgehebe. Zu groß sind die Herausforderungen in unserem Versorgungsgebiet, als dass man leichtfertig Energien verschwenden könnte. Und Arbeit gibt es bisher noch für alle genug!

Neben verschiedenen Artikeln und Meldungen aus der Berufspolitik und zu unserer täglichen Arbeit weist der Bericht von unserer öffentlichen Veranstaltung in Berlin zum Thema „Big Data – wenn der Mensch zählt“ in eine Zukunft, die unser persönliches und berufliches Leben aus meiner Sicht sehr tiefgreifend und nachhaltig verändern wird.

Foto: Privat



Herzliche Grüße,  
**Martin Kremser**, Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes

# Projekt Psychotherapie

## 04/2016

Das Magazin des Bundesverbandes  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.



Illustration: Lesprenger

### Meinung & Wissen

---

- 05 **Der Richtlinie auf den Zahn geföhlt**  
Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie steht. Aber was bedeuten die Änderungen konkret im Arbeitsalltag? Wir geben Antwort auf die wichtigsten Fragen
- 08 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 10 **Wenn der Mensch zählt**  
Risiken und Chancen von Big Data im Gesundheitswesen. Eine Rückschau auf das Symposium der Delegiertenversammlung im Herbst
- 12 **Weiterbildung im Umbruch**  
Die MWBO der Ärzte steht kurz vor ihrer Verabschiedung. Welche Punkte sind für den bvvp noch strittig?
- 13 **ZiPP-Jahresbericht 2014**  
Wie veraltete Vergleichsdaten das Mindesthonorar der Psychotherapeuten drücken. Eine Analyse
- 16 **Besser integrativ unterwegs**  
Eine Ärztliche Psychotherapeutin und ein Psychologischer Psychotherapeut berichten von ihren Erfahrungen in einem integrativen Berufsverband

### Schwerpunkt Die Seele verarzten

---

- 19 **Psychotherapie in ärztlicher Hand**  
Historie, spezifische Herangehensweisen und Hindernisse
- 20 **Gibt es eine spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie?**  
Ein Begriff, viele Auslegungsmöglichkeiten: Was die Besonderheit Ärztlicher Psychotherapeuten ausmacht, variiert je nach Definition
- 21 **25 Jahre Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**  
Es war eine Zäsur in der Geschichte der Psychotherapie in Deutschland. Was hat sich seit Einführung des Facharztes getan?
- 24 **Ein ärztlicher Weg zur Psychotherapie**  
Ulrike Böker, verhaltenstherapeutische Psychologische Psychotherapeutin, interviewt ihre ärztliche Kollegin Angelika Haun, analytische Psychotherapeutin
- 26 **Davy's on the Road Again**  
Dem Tod ins Angesicht blicken: Ein Therapeut berichtet über seine Erfahrungen im ärztlichen Notdienst
- 28 **Arzt auf Augenhöhe**  
Der Ärztliche Psychotherapeut ist ein Vermittler zwischen den Welten. Wir erklären, was seine besondere Position mit dem Zweiten Weltkrieg zu tun hat
- 30 **Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie aus der Sicht der Bundesärztekammer**  
Welche Erkenntnisse ergeben sich aus den drei Forschungsgutachten der BÄK?

- 32 **Literatur**
- 34 **Impressum**
- 35 **Termine, Ausblick auf Heft 01/2017**

# Der Richtlinie auf den Zahn geföhlt

Die Reform der Psychotherapie-Richtlinie steht. Aber was bedeuten die Änderungen konkret im Arbeitsalltag? Wir geben Antwort auf die wichtigsten Fragen

Von **Jürgen Doebert**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp, und **Ulrike Böker**, 2. Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

Foto: Privat



Foto: Privat



## Wie unterscheiden sich die psychotherapeutische Sprechstunde und die Zeiten der telefonischen Erreichbarkeit?

Die Sprechstunde ist ein persönlicher Kontakt zum Patienten im Umfang von mindestens 25 Minuten und höchstens 150 Minuten (bei Kindern und Jugendlichen: 250 Minuten) zur Abklärung der Probleme des Patienten und zur Entscheidung über notwendige Maßnahmen. Im Rahmen dieser Abklärung ist auch eine erste Diagnostik vorgesehen und gegebenenfalls eine erste Intervention. In der Regel sollten 100 Minuten Sprechstunde pro Woche bei vollem Versorgungsauftrag angeboten werden.

Die telefonische Erreichbarkeit hingegen soll dazu dienen, dass die Patienten nicht mehr mit einem Anrufbeantworter kommunizieren, sondern mit einer lebendigen Person, die Auskunft über Termine, Wartezeiten, zu ersten Fragen des Hilfesuchenden sowie bei Besetzung mit Personal über die persönliche Erreichbarkeit des Psychotherapeuten bei entsprechender Notwendigkeit geben kann. Die telefonische Erreichbarkeit, die bei einem ganzen Versorgungsauftrag für 200 Minuten in der Woche gewährleistet werden soll, kann also von Personal oder dem Psychotherapeuten selbst sichergestellt werden. Sie

entspricht keinem telefonischen Bereitschaftsdienst für Notfälle, sondern der Rezeption mit Praxispersonal bei den somatischen Ärzten.

## Gibt es Vorschriften, wie man die psychotherapeutischen Sprechstunden organisieren muss?

Nein. Das ist jedem Psychotherapeuten selbst überlassen. Die Sprechstunde kann wie alle anderen Sitzungen nach Vereinbarung abgehalten werden oder aber auch als eine offene Sprechstunde. Im letzteren Fall müssen natürlich die Zeiten für diese offene Sprechstunde so kommuniziert werden, dass Patienten sie wahrnehmen können. Die Zeiten sind dann (und nur dann!) der KV zu melden.

## Wie kann ich die Erreichbarkeit organisieren?

Jeder Psychotherapeut muss der Kassenärztlichen Vereinigung mitteilen, zu welchen Zeiten er die insgesamt 200 Minuten Erreichbarkeit in der Woche anbietet. Die kleinste Einheit, die hier angeboten werden kann, sind 25 Minuten. Diese Zeiten werden auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung im Zusammenhang mit der jeweiligen Praxis veröffentlicht. Bei offenen Sprechstunden werden auch

diese Zeiten auf der Homepage der KV veröffentlicht. Die Zeiten sollten auch auf dem Anrufbeantworter angegeben werden.

## Was haben die Terminservicestellen mit der telefonischen Erreichbarkeit zu tun?

Die Terminservicestellen, in die die Psychotherapeuten ab dem 1. April 2017 einbezogen werden, haben mit der Erreichbarkeit nichts zu tun.

## Was haben die Terminservicestellen mit der Sprechstunde zu tun?

Die Sprechstunde ist das Bindeglied zur Terminservicestelle. Jeder Psychotherapeut ist grundsätzlich dazu verpflichtet, Sprechstunden anzubieten. Entscheidend ist aber, wie die jeweilige KV die Sicherstellung mit psychotherapeutischen Sprechstunden gewährleistet, sodass die Patienten einen ersten Termin innerhalb von vier Wochen erhalten, wenn sie sich an die Terminservicestelle wenden. Bis jetzt ist die Meldung von freien Terminen an die Terminservicestellen in den meisten KVen für die Fachärzte freiwillig. Es ist abzusehen, dass die KVen versuchen werden, mit der freiwilligen Meldung auch den Bedarf an psychotherapeutischen Sprechstunden zu decken. Erst wenn das nicht reicht, können

die KVen die Verpflichtung zur Einreichung von Terminen festlegen. Bis dahin reicht es, wenn der Terminservicestelle die nächsten freien Termine für eine Abklärungssitzung (Sprechstunde) mitgeteilt werden, die der Psychotherapeut nicht selbst vergeben konnte. Üblicherweise teilen die Terminservicestellen dem Arzt oder Psychotherapeuten drei Tage vor dem Termin mit, wenn sie den Termin nicht besetzt haben. Er kann dann anderweitig belegt werden.

### **Kann ich auch selbst Termine für Sprechstunden vergeben?**

Ja. Das wird bis auf Weiteres auch der häufigste Fall sein. Auf jeden Fall ist dies so, wenn mit einem Patienten nach einem ersten Kontakt weitere Abklärungssitzungen als Sprechstundenzeiten vereinbart werden. Diese Termine zählen natürlich zu den 100 Minuten pro Woche, die in der Regel an Sprechstunden angeboten werden müssen.

### **Muss eigentlich im Rahmen der Sprechstunde eine Diagnostik erfolgen?**

Schon aus berufsrechtlichen Gründen dürfen wir einen Patienten nur weg- oder weiterschicken, wenn wir uns davon überzeugt haben, dass dadurch weder der Patient noch andere gefährdet werden. Das wiederum erfordert ganz eindeutig eine Diagnostik. Wie standardisiert diese Diagnostik sein muss, ist nicht vorgeschrieben. Es sollte aber zumindest eine Verdachtsdiagnose festgelegt und dokumentiert werden.

### **Bei Fachärzten müssen die Patienten einen Dringlichkeitsvermerk vorweisen, wenn sie von der Terminservicestelle einen Termin haben möchten. Gilt das auch bei Psychotherapie?**

Nein, die Patienten können sich wie bisher direkt an die Psychotherapeuten wenden oder direkt an die Terminservicestellen. Es gibt hier zunächst keinen Dringlichkeitsvorbehalt. Es gilt aber auch für diese Patienten, was für alle Facharzttermine gilt: Wenn die Terminservicestelle keinen Termin zur Verfügung stellen kann, muss sie den Patienten einen entsprechenden

Termin in einem Krankenhaus besorgen. Es ist abzusehen, dass die Krankenhäuser hierfür ihre psychiatrischen Institutsambulanzen und demnächst ihre psychosomatischen Institutsambulanzen nutzen werden. Einen Dringlichkeitsvermerk wird es möglicherweise geben, wenn in der psychotherapeutischen Sprechstunde weiterer dringlicher Behandlungsbedarf, sprich eine Akutbehandlung indiziert wird. Diese Indikation würde die Patienten dann dazu berechtigen, sich wieder an die Terminservicestellen zu wenden und innerhalb von vier Wochen einen neuen Termin zu erhalten.

### **Wann ist eigentlich eine Akutbehandlung indiziert?**

Die Akutbehandlung verfolgt nur begrenzte Ziele. Patientinnen oder Patienten sollen von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln entlastet werden. Darüber hinaus können psychoedukative Elemente, die Vorbereitung auf einen stationären Aufenthalt, die Vermittlung an andere Institutionen beziehungsweise die Vorbereitung des Patienten darauf in der Akutbehandlung durchgeführt werden. Ein weiteres Ziel ist die Herstellung der „Wartelistenfähigkeit“ des Patienten.

### **Welche Rolle spielen die probatorischen Sitzungen?**

Die Anzahl der probatorischen Sitzungen wurde einschränkender geregelt. Es sind nun mindestens zwei verpflichtend und höchstens vier möglich (bei KJP 6). Vor jeder genehmigungspflichtigen Psychotherapie müssen also nun mindestens zwei probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Deren Inhalt ist auch genauer definiert: Es geht um eine Indikation für das ins Auge gefasste Verfahren sowie um eine Abschätzung der persönlichen Passung zwischen Psychotherapeut und Patient. Die probatorischen Sitzungen können daher vor dem Beginn einer KZT oder LZT und nach der Sprechstunde abgehalten werden oder aber nach der Akutbehandlung und vor Beginn einer gegebenenfalls notwendigen weiteren kontinuierlichen Psychotherapie.

### **Was kann ich tun, wenn ich in meiner Praxis nach der abklärenden Sprechstunde weder eine Akutbehandlung noch eine genehmigungspflichtige Psychotherapie beginnen kann?**

Sie können mit dem Patienten eine Wartezeit vereinbaren, Sie können versuchen, ihn wie bisher an Kollegen zu verweisen, oder Sie können ihn sehr wahrscheinlich an die Terminservicestellen zurückschicken, wenn eine Akutbehandlung indiziert ist. Auf jeden Fall verpflichtet das Gesetz die Terminservicestellen, im Bereich Psychotherapie nicht nur eine erste Sprechstundenabklärung zu vermitteln, sondern auch die sich aus dieser Abklärung ergebenden dringenden Behandlungen.

### **Muss jeder Patient vor einer psychotherapeutischen Behandlung eine Sprechstundensitzung gehabt haben?**

Im Rahmen einer Übergangsregelung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgestellt, dass diese Verpflichtung erst nach einer Übergangszeit von zwei Jahren gilt. Bis dahin können alle Formen von Psychotherapie (Behandlung, Kurzzeittherapie, Langzeittherapie) ohne vorgeschaltete Sprechstunde begonnen werden.

### **Wohin ist eigentlich die Rezidivprophylaxe verschwunden?**

Unter dem Begriff Rezidivprophylaxe war eine Leistung gedacht, die für Patienten geeignet ist, die nach einer längeren kontinuierlichen Psychotherapie weitere Betreuung brauchen – entweder weil sie einer dauernden Vergewisserung bedürfen, um eine erneute Verschlechterung zu verhindern, oder um eine neu aufgetretene Krise zu bearbeiten. Es sollte sich also entweder um eine Prophylaxe handeln oder um eine Rezidivbehandlung. All dieses ließ sich gegenüber den Kassen nicht durchsetzen. Nun gibt es eine Luftnummer: Nur sogenannte Reststunden, also vom bewilligten Kontingent übrig gebliebene Sitzungen, können auch nach Ablauf eines halben Jahres noch genutzt werden. Allerdings ist die Zahl begrenzt, und das Ende der kontinuierlichen Psychotherapie muss mitgeteilt werden. Das Ganze ist überreguliert, und es gibt weitere Punkte, die beachtet werden müssen.

**Zählen Sprechstunde und Akutbehandlung bei den sogenannten Strukturzuschlägen?**

Zur gesamten Vergütung gibt es noch keine Entscheidung. Der Bewertungsausschuss muss dazu bis zum 1. April 2017 entscheiden. Die Psychotherapeuten sehen in den nun notwendigen Verhandlungen auch eine Chance, den ganzen Unsinn mit den Zuschlägen wieder rückgängig zu machen. Völlig klar ist, dass Sprechstunde und Akutbehandlung nur dann in ausreichendem Umfang für die Terminservicestellen angeboten werden, wenn die Vergütung wegen höherer Kosten und Mehraufwand und bei größerem Risiko, dass der Patient nicht erscheint, deutlich über der Bewertung der genehmigungspflichtigen Leistungen liegt.

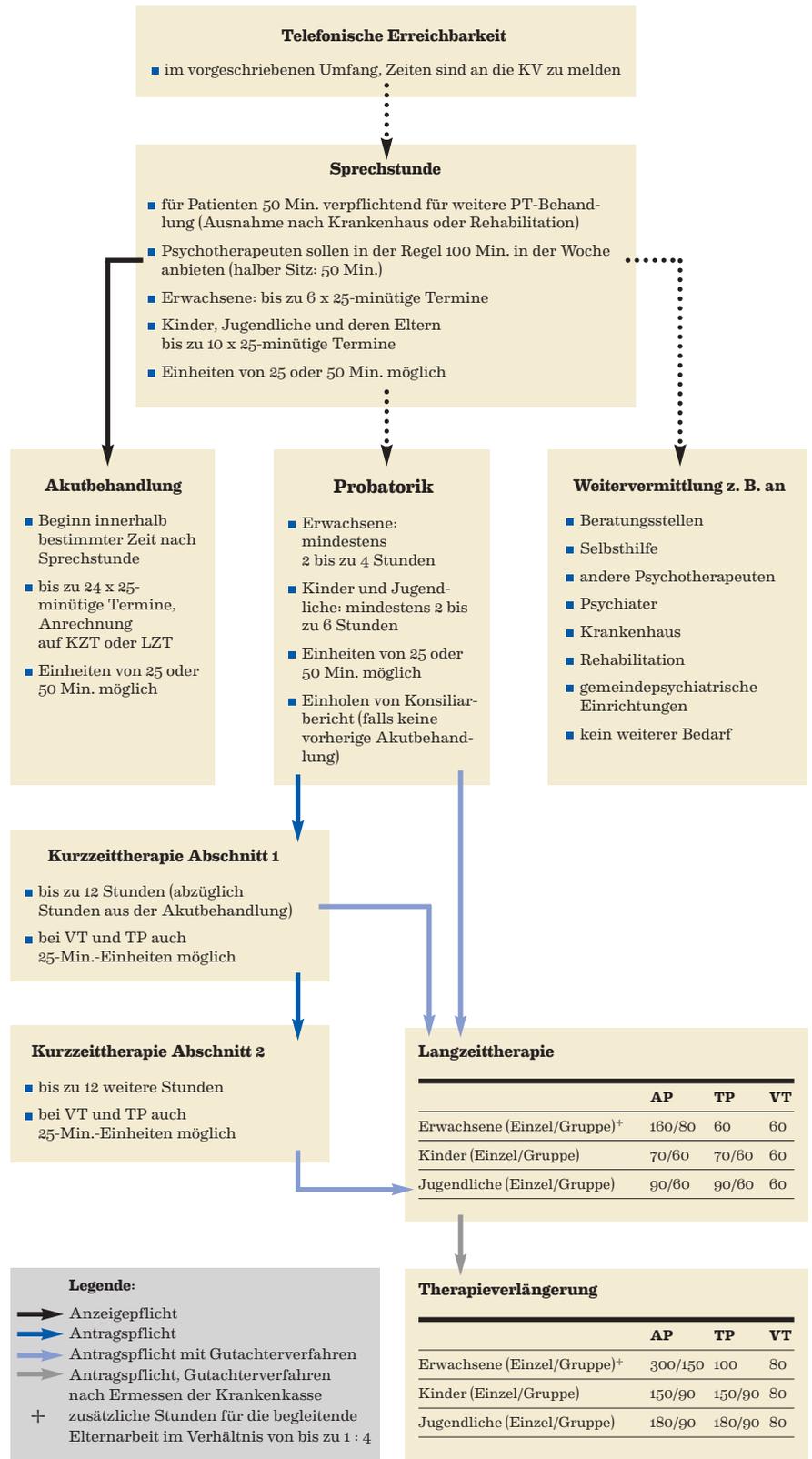
**Was ist der Unterschied zwischen der Psychotherapie-Richtlinie PTRL und der Psychotherapie-Vereinbarung PTV?**

Die Richtlinie wird durch den G-BA festgelegt. In ihr werden die Einzelheiten einer gesetzlichen Regelung so umgesetzt, dass sich ein konkretes Vorgehen ergibt. Im G-BA arbeiten die sogenannten Trägerorganisationen zusammen (KBV, DKG, KZBV und Krankenkassen). Sie sind vom Gesetzgeber ermächtigt, diese Richtlinien (Bedarfsplanung, Heilmittel, Psychotherapie usw.) zu erlassen. Außerdem sind Patientenvertreter beteiligt. Wenn es jedoch gilt, Regelungen der PTRL in konkrete Formulare und sonstige Dokumente umzusetzen sowie Abläufe zu konkretisieren, erfolgt dies nur durch KBV und Kassen. Das ist dann die PTV.

**In welchem Kapitel des EBM werden die Änderungen Eingang finden: 22/23 oder 35?**

Die Ziffern der Psychotherapie-Richtlinie sind alle in Kapitel 35 zu finden, von daher werden die neuen Leistungen dort auch Eingang finden. Kapitel 22 und 23 und auch Kapitel 21 sind nicht betroffen von den Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie. Allerdings wird im nächsten Jahr der Facharzt-EBM überarbeitet werden mit hoffentlich besseren Bewertungen auch für diese (kleinen) Gesprächsleistungen.

**Ablaufschema psychotherapeutische Behandlung**



Quelle: T. Harfst & A. von Wolff, PTJ 3/2016, Überarbeitung Böker

## KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

### Verbändestellungnahme zu den Honorarabschlüssen

Gemeinsam äußerten sich DPtV, bvvp und VAKJP zu den für die Psychotherapeuten wieder einmal recht mickrigen Honorarabschlüssen. Psychotherapeuten profitieren praktisch nur von der Erhöhung des Orientierungspunktwertes (OPW), nicht aber von weiteren Verhandlungsergebnissen zwischen Kassen und KBV. In diesem Zusammenhang weist die Stellungnahme darauf hin, dass auch die neueren Ergebnisse der Längsschnittstudie ZiPP (Praxispanel des Zentralinstituts der KBV) sowie die Daten des Statistischen Bundesamtes (DE-STATIS) unterstreichen, dass auch bei Standardisierung auf das Honorar pro Stunde die Psychotherapeuten nur etwa die Hälfte von dem umsetzen, was somatische Ärzte im Schnitt erreichen. Der Text ist auf der Homepage des bvvp zu finden: [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)

### 20 Jahre bvvp Bayern

Mit einem Fest und einem Vortrag feierten die bayerischen Kollegen das 20-jährige Bestehen ihres Verbandes. Der Bundesvorstand des bvvp gratulierte dem erfolgreichen Landesverband zu diesem Geburtstag und betonte die gute Zusammenarbeit.

### Verbändestellungnahme zum GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetz

Gemeinsam stellten die Verbände bvvp, DPtV, VAKJP und – wieder ein Zeichen wachsender Zusammenarbeit – der SpiZ (Spitzenverband ZNS) ihre Kritik am Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit dar. Die Stellungnahme sieht in dem Gesetz eher eine Schwächung der Selbstverwaltung, da die Eingriffsmöglichkeiten der Rechtsaufsicht so ausgeweitet werden sollen, dass der Grundgedanke der Selbstverwaltung völlig in den Hintergrund zu geraten droht. Der Gesetzentwurf ist eine Folge der Querelen in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), in deren Verlauf frühere Entscheidungen des KBV-Vorstands und der Selbstverwaltungsgremien in die Kritik gerieten und Zweifel aufkamen, ob die demokratische Kontrolle über Entscheidungen der Institution ausreichend funktioniert. Der Text ist auf der Homepage des bvvp zu finden: [bit.ly/gkv\\_svsg](http://bit.ly/gkv_svsg)



**BIG DATA**  
– Wenn  
der Mensch  
zählt

**Fr. 16.09.**

Tagungszentrum Aquino  
Hannoversche Straße 5b  
10115 Berlin  
Einlass 17:30

Öffentliche Veranstaltung des  
bvvp und des Landesverbands  
bvvp-Berlin

Info und Anmeldung:  
[www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)

**bvvp** Bundesverband  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

### Öffentliche Veranstaltung

Unter dem Titel „Big Data – Wenn der Mensch zählt“ fand in Berlin im Rahmen der Herbst-Delegiertenversammlung des bvvp ein öffentlicher Vortragsabend statt. Mit Gästen aus anderen Verbänden, Vertretern der Kassen und Kammern konnten die Kolleginnen und Kollegen sich über die Auswirkungen der zunehmenden Digitalisierung informieren. Das „Deutsche Ärzteblatt“ berichtete darüber unter der Überschrift „Fettige Pizza im Darknet“ ([bit.ly/bvvp\\_bigdata](http://bit.ly/bvvp_bigdata)). Bitte lesen Sie dazu auch den Bericht ab Seite 10 in diesem Heft.

Zusammengestellt von **Jürgen Doebert**

## Drei Stimmenköniginnen

Erste Ergebnisse aus den Wahlen zur KV liegen vor. Der bvvp ist stolz auf drei Stimmenköniginnen: In Baden-Württemberg wurde Ulrike Böker Stimmenkönigin der PP/KJP. In Berlin erhielt Eva-Maria Schweitzer-Köhn sowohl die meisten Stimmen der gesamten Wahl als auch die meisten Stimmen der PP und der KJP. Das Ergebnis in Berlin ist besonders bemerkenswert, da Eva-Maria Schweitzer-Köhn zusammen mit Margret Stennes, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, gemeinsam den Vorsitz in der Vertreterversammlung der KV Berlin hat. Die beiden mussten mit der äußerst schwierigen Aufgabe umgehen, mit einem Vorstand zu arbeiten, gegen den verschiedene Vorwürfe vor Gericht verhandelt werden. Die dritte „Königin“ ist Ilse Rohr im Saarland. Zu diesen drei beeindruckenden Erfolgen kommt noch ein weiterer hinzu: Unserem Mitglied Thomas Nachreiner gelang es nach langer Phase, in der der bvvp ohne ein Mitglied in der VV der KV Nordrhein war, nun ein Mandat auf der PP/KJP-Seite zu erlangen.

## Hintergrund zu den KV-Wahlen

Die PP/KJP wählen mit einem eigenen Wahlkörper. Sie haben zwischen zwei und fünf Vertreter in die jeweiligen KV-Vertreterversammlungen zu wählen. Die Ärztlichen Psychotherapeuten (ÄP) stellen sich auf Listen zusammen mit Ärzten zur Wahl. Die sechs Mitglieder der Vertreterversammlung auf Bundesebene in der KBV werden von allen in den KVen gewählten PP/KJP bei einem Treffen am 8. Februar 2017 in Berlin gewählt. Sobald alle Wahlen in den KVen abgeschlossen sind, wird eine Liste der Wahlergebnisse auf der Homepage des bvvp veröffentlicht.

## Beanstandung der neuen Psychotherapie-Richtlinie durch das BMG

Das BMG hat diverse Punkte der im G-BA verabschiedeten neuen Psychotherapie-Richtlinie beanstandet. So liegt es nicht im Regelungsbereich des G-BA, die Sprechstunde als fakultativ für die Psychotherapeuten zu definieren. Hierbei geht es vielmehr um die Sicherstellung einer für die Versorgung notwendigen Leistung, und dies liegt im Regelungskreis der regionalen KV. Entsprechend wird die Sprechstunde nun grundsätzlich von allen Psychotherapeuten angeboten werden müssen. Hingegen ist die verpflichtende Inanspruchnahme der Sprechstunde vor jeder weiteren Behandlung für die Patienten zunächst ausgesetzt für zwei Jahre, um Versorgungsengpässe zu vermeiden. Zur sogenannten Genehmigungsfiktion bei Beantragung der beiden Module der Kurzzeittherapie, bei der die Therapie als genehmigt gegolten hätte, wenn die Krankenkassen nicht innerhalb von drei Wochen geantwortet hätten, hat sich das BMG dergestalt geäußert, dass die Patienten wie bisher so schnell wie möglich über die Bewilligung der Leistungen informiert werden müssen. Die Krankenkassen haben sich nun also mit dieser Zweiteilung selbst ein Ei an bürokratischem Mehraufwand gelegt. Erfreulicherweise wurden auch die Dokumentationsbögen vom BMG beanstandet. Diese müssen nicht nur aus Datenschutzgründen, sondern auch inhaltlich grundlegend überarbeitet werden. Bis dahin wird deren Anwendung ausgesetzt.

## Neue Obergrenze beim Jobsharing in Kraft getreten

Die neue Regelung zur Obergrenze im Jobsharing ist nun in Kraft getreten und muss von den Zulassungsausschüssen umgesetzt werden. Praxen, die in den letzten vier aufeinanderfolgenden Quartalen unterhalb des Fachgruppenschchnitts gelegen haben, dürfen nun ihren Leistungsumfang bei Gründung einer Jobsharing-Anstellung oder einer Jobsharing-Partnerschaft ausweiten auf den Fachgruppenschchnitt plus 25 Prozent. Hingegen ist für Praxen, die genau im Fachgruppenschchnitt oder leicht darüber liegen, diese Ausweitung nicht möglich. Ob unter dem Gesichtspunkt des Gleichheitsgebots diese Ausnahmeregelung Bestand haben wird, wird erst eine gerichtliche Klärung zeigen können.

# Wenn der Mensch zählt



Foto: Privat

## Risiken und Chancen von Big Data im Gesundheitswesen: Eine Rückschau auf das Symposium der Delegiertenversammlung im Herbst

Von **Angelika Haun**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp

\_\_ **Die Sammlung** großer Datenmengen gewinnt im Gesundheitssystem immer größere Bedeutung. Gesundheitsdaten gelten als das Gold der Zukunft. Für den bvvp ein wichtiger Grund, sich des Themas anzunehmen: Unter dem Titel „Wenn der Mensch zählt“ beschäftigte sich die Delegiertenversammlung auf ihrer diesjährigen Herbsttagung mit den Entwicklungen, Risiken und Chancen von Big Data.

Martin Kremser spricht in seiner Einführung ins Thema von einer Zeitenwende. Die Auswirkungen, die Big Data mit sich bringe, überträfen diejenigen des atomaren Zeitalters. Künstliche Intelligenz erweitere noch die Auswertungsmöglichkeiten der digitalen Datenwelt. Bleibt die Frage: Wem gehören unsere Gesundheitsdaten, und wie können wir sie schützen? „Wenn der Mensch zählt, erhält er viele Zahlen. Solange der Mensch noch zählt, kann er selbst Einfluss nehmen auf Interpretationen und Schlussfolgerungen. Wenn erst

Maschinen eigenständig zählen und die künstliche Intelligenz Entscheidungen übernimmt, stellt sich neu die Frage, was der Mensch dann noch zählt.“

Unter der Frage „Welche Zukunft hätten Sie gerne?“ stellt Jan Girlich, Mitglied des Chaos Computer Clubs und Security Analyst, dar, welche Informationen man aus der Ansammlung von Riesendatenmengen ziehen kann. So würden auf YouTube mittlerweile pro Minute 400 Stunden Videos hochgeladen. Ähnlich sähe es bei Instagram aus: Setze man die dort hochgeladenen Bilder zusammen, ließe sich auf diese Weise eine Weltkarte mit dem Detailgrad einer Straßenkarte erstellen.

Big Data löse schwierige Probleme und schaffe mächtige Möglichkeiten. Große Datenmengen enthielten aber auch immer Fehler. Und: Big-Data-Systeme hätten keinen gesunden Menschenverstand. Es gehe darum, *öffentliche* Daten zu nutzen und *persönliche* Daten zu schützen – im Be-

wusstsein, dass es bei Datensicherheit auch um ganz persönliche Sicherheit gehe. Zum Beispiel gibt es einen Herzschrittmacher, der von Hackern angegriffen und übernommen werden kann. Im Iran wurden Hunderte von Leuten wegen „immoralischer Aktivitäten“ oder Modeverstößen in den sozialen Medien verhaftet.

Wissen ist Macht. Und wo ist die Grenze der Macht, die wir mit dem von uns gewonnenen Wissen haben? Das Erstellen und Manipulieren von Daten werde sich zu einem riesigen Geschäft entwickeln, und Menschen werden gemeinsam gegen Algorithmen arbeiten. Jan Girlich kündigte an, dass wir uns fettige Pizza eines Tages nur noch im Darknet bestellen können, wenn die Krankenkasse nicht davon erfahren soll. Er forderte seine Zuhörer auf, sich einzumischen und nachzufragen, wo Big-Data-Systeme entwickelt werden, als Konsumenten auf Alternativen zu pochen und Systeme unter Umständen auch bewusst zu unterlaufen.

# BIG DATA – Wenn der Mensch zählt

Fr. 16.09.

Tagungszentrum Aquino  
Hannoversche Straße 5b  
10115 Berlin  
Einlass 17:30

Info und Anmeldung:

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

Öffentliche Veranstaltung des  
bvvp und des Landesverbands  
bvvp-Berlin

**bvvp** Bundesverband  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.



Fotos: Rainer Cebulla



## Das Geschäft mit Daten boomt – auch im Gesundheitssektor. Doch wie lassen sich die sensiblen Informationen wirksam schützen?

Vor diesem Hintergrund wurde in der lebhaften Diskussion im Anschluss an die Vorträge unter anderem die Frage nach der elektronischen Gesundheitskarte diskutiert. Der Spezialist aus dem CCC sieht in ihr interessante Möglichkeiten – vor allem, weil mit der Karte ein guter Informationstransfer von Arzt zu Arzt möglich werde. Er sorge sich aber um die derzeitige Umsetzung. Sie sei technisch überzuehtet, und der Zustand der IT sei in den meisten Arztpraxen schlecht.

Unter dem Titel „Leben 4.0: Künstliche Intelligenz und der Weg in die Daten-gesellschaft“ zeigt Herr Prof. Dr. Andreas Wagner von der Hochschule Hof derzeitige Nutzungsmöglichkeiten künstlicher Intelligenz. Chatbots sind virtuelle Kommunikationsmaschinen, die darauf programmiert sind, uns nach bestimmten Prinzipien zu antworten, ein menschliches Gegenüber zu simulieren. Wir Psychotherapeuten kennen sie bereits aus automatisierten Depressionsprogrammen, die ohne Kontakt zu einem Therapeuten oder einem anderen Menschen funktionieren.

Weit fortgeschritten ist die Entwicklung von Robotern. Ursprünglich aus dem militärischen Bereich kommend, sollen diese auch über Angriffe gegen Menschen entscheiden. Bereits 2020 wird mit ihrer Fertigstellung gerechnet. Werden wir die Roboter oder die Roboter uns beherrschen? Hochinteressant und durchaus gut akzeptiert ist die Entwicklung der „blended

Expertenrunde in Sachen Daten: Jan Girlich (r.) vom Chaos Computer Club und Andreas Wagner (l.), Professor an der Hochschule Hof, standen den Teilnehmern der Herbsttagung Rede und Antwort

Nach den Vorträgen herrschte reger Diskussionsbedarf im Publikum: Wie entwickeln sich unsere emotionalen Bindungen und unsere Kommunikation in der digitalen Welt? Kann man Psychotherapie ersetzen?

intelligence“, also der Verknüpfung von menschlicher und künstlicher Intelligenz. Die Gedankenübertragung zu Prothesen funktioniert schon ziemlich gut. Es gibt aber auch Fragen nach der künstlichen Speicherung unserer Gedanken oder der Optimierung unserer mentalen Leistungsfähigkeit. Liegt unsere Zukunft im Cyborg? Und kann man Menschen hacken? Schöne neue Datenwelt. Mit genug Daten kann man jedes Problem lösen. Aber: Dies alles ist hochmanipulierbar. Wer oder was wird diese Prozesse steuern?

# Weiterbildung im Umbruch

Foto: Privat



Die Musterweiterbildungsordnung der Ärzte steht kurz vor ihrer Verabschiedung. Erika Goez-Erdmann fasst zusammen, welche Punkte für den bvvp noch strittig sind

Von **Erika Goez-Erdmann**, Beisitzerin im bvvp-Bundesvorstand

Seit 2010 arbeitet die Bundesärztekammer gemeinsam mit den Landesärztekammern und den Fachverbänden an der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Ärzte. Im kommenden Jahr soll die MWBO beim Deutschen Ärztetag verabschiedet werden. Ihre Prinzipien werden im Anschluss – möglichst bundesweit – in die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern überführt.

Ziel der MWBO ist es, die berufsbegleitende Weiterbildung durch eine strukturierte curriculare theoretische Weiterbildung zu stärken. Diese soll flexibler gestaltet werden, indem die praktischen Inhalte gegebenenfalls auch kumulativ erreicht werden können. Weiterhin sollen die ambulanten Weiterbildungsmöglichkeiten durch Bildung von Weiterbildungsverbänden und die Finanzierung ambulanter Weiterbildung sichergestellt werden.

Der Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten soll dabei in sogenannten Kompetenzblöcken erfolgen, die sich möglicherweise auch überlappen und für unterschiedliche Facharztweiterbildungen benötigt werden können. Die Weiterbildungsinhalte sollen kompetenzbasiert definiert und auch mit E-Learning, Skills-Labs und Simulatoren vermittelt werden können. Zugleich sollen die Weiterbildungszeiten mehr über die Inhalte definiert werden als bislang. Zu diesem Zweck ist lediglich eine Gesamt-Mindest-Weiterbildungszeit vorgesehen. Die Richtzahlen für die er-

worbenen Fertigkeiten sollen sich nun an didaktischen Anforderungen und der Versorgungsrealität orientieren.

Die bisherigen Planungen sehen vor, den Bereich „Kenntnisse und Erfahrungen“ mit umfangreichen Themenkatalogen zu dokumentieren. Eine ähnliche Dokumentation wird auch im Bereich „Anwendungen und Fertigkeiten“ erfolgen – dort mittels eines „Logbuchs“ der Weiterbildungsbeauftragten. Die WB-Assistenten erhalten ein Feedback zu ihren Ergebnissen (in vier Stufen: erreichter Weiterbildungsfortschritt nicht erfüllt, teilweise erfüllt, erfüllt und übererfüllt).

Der bvvp hat sich dafür eingesetzt, dass die Anforderungen in den verschiedenen Aus- und Weiterbildungen ein Mindestmaß an Vergleichbarkeit aufweisen. Dies umfasst alle Aus- und Weiterbildungen, nach deren erfolgreichem Abschluss der Absolvent die berufsrechtliche Bezeichnung Psychotherapeut tragen darf und es ihm sozialrechtlich erlaubt ist, psychotherapeutische Behandlungen durchzuführen.

In den vorliegenden Entwürfen ist dies mittlerweile weitgehend erreicht worden. Die Facharztweiterbildung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unterscheidet sich von den anderen Weiterbildungsängen allerdings dadurch, dass die Anforderungen an den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bezüglich supervidierter psychotherapeutischer Leistungen erheblich

höher sind als für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder den Psychologischen Psychotherapeuten. Hingegen erscheint uns die fachliche Weiterbildung in den auch für das Gebiet der psychosomatischen Medizin wichtigen Bereichen chronische Schmerzsyndrome, Suchterkrankungen, psychogenetische Erkrankungen und Psychosen nicht ausreichend.

Ferner sollten bei allen psychiatrischen und psychosomatischen Facharztweiterbildungen anwendungsbezogene Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Psychopharmaka vorgesehen werden. Die im allgemeinen Teil der MWBO erwähnten Kenntnisse der Psychopharmakotherapie decken diese für den Behandlungsalltag wichtigen Spezialkenntnisse nicht ab.

Testverfahren und Kenntnisse des Sozialrechts sind in allen P-Fächern erforderlich, weil sie nach der neuen Psychotherapierichtlinie benötigt werden. Auch halten wir eine einjährige Weiterbildungszeit in der stationären Psychiatrie nach wie vor für unverzichtbar. Zudem sollten die Bestrebungen, Teile der fachärztlichen Weiterbildung in den ambulanten Bereich zu verlagern, in der MWBO deutlicher eingefordert werden.

In diesem Sinne hat der bvvp seine Stellungnahme erarbeitet und bei der Bundesärztekammer, aber auch auf Landesebene weitergegeben. Mit welchem Ergebnis, das wird sich im nächsten Jahr zeigen.

# Wie veraltete Vergleichsdaten das Mindesthonorar der Psychotherapeuten drücken

Foto: Privat



Wie haben sich die Kosten- und Versorgungsstrukturen in den Praxen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten entwickelt? Der ZiPP-Jahresbericht 2014 gibt Antwort

Von **Ulrike Böker**, 2. Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

\_\_\_ **Mit dem sogenannten ZiPP**, dem Zi-Praxis-Panel, untersucht das ZI, das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, alljährlich die Kosten- und Versorgungsstrukturen in den Praxen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten. Das ZI ist ein Forschungsinstitut unter Trägerschaft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen. Neben den wirtschaftlichen Daten der Praxen, also Einnahmen und Ausgaben, werden Daten zur personellen Zusammensetzung der Praxen und zu den Arbeitszeiten der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten erhoben.

Das ZiPP fasst unter der Rubrik „Psychotherapie“ und „Psychotherapeuten“ alle Psychologischen, Ärztlichen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammen.

Gesondert ausgewertet werden die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, unter der entsprechenden Bezeichnung. In den folgenden Auswertungen werden nur die **Ergebnisse je Praxisinhaber** dargestellt.

Am aktuellen ZiPP 2014 nahmen insgesamt 4.701 Praxen teil. Bei den Psychotherapeuten waren es 350 Praxen, bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 387 Praxen. Erstmals wurden im ZiPP 2014 vier Jahre ausgewertet, 2010 bis 2013, sodass es sich um eine umfangreiche und aussagekräftige Längsschnittstudie derselben Praxen über den genannten Zeitraum handelt. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zu den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes, die reine Querschnittstudien sind und da-

mit keine zuverlässige Entwicklung der Praxen über die Zeit darstellen.

Im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur angemessenen Vergütung vom 22. September 2015 wurden aus dem sogenannten **Facharzt-Mix**, der ursprünglich aus sieben Facharztgruppen im niedrigen Einkommensbereich bestand und der als Vergleichsgruppe für unsere Vergütung dient, die beiden zwischenzeitlich besser verdienenden Facharztgruppen herausgenommen, nämlich die Orthopäden und die Augenärzte. Davon unabhängig werden hier die ursprünglichen **sieben Facharztgruppen** ausgewertet, die als Vergleichsgruppe zur Ermittlung der Höhe der angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen dienen. Die Orthopäden und Augenärzte sind kursiv markiert.

## Die Entwicklung der Jahreseinnahmen aus allen Einnahmeformen

	Einnahmen ges. 2010	Einnahmen ges. 2011	Einnahmen ges. 2012	Einnahmen ges. 2013	Entwicklung 2011–2013	Entwicklung 2010–2013
Gesamt	271.692 €	278.147 €	284.985 €	288.090 €	3,6 %	<b>6,0 %</b>
Psychotherapie	98.140 €	97.836 €	97.374 €	95.298 €	-2,6 %	<b>-2,9 %</b>
FÄ PM+PT	99.846 €	100.689 €	101.820 €	99.687 €	-1,0 %	<b>-0,2 %</b>
<i>Augenheilkunde</i>	<i>361.845 €</i>	<i>375.203 €</i>	<i>395.121 €</i>	<i>407.582 €</i>	8,6 %	<b>12,6 %</b>
Chirurgie	369.220 €	369.657 €	366.698 €	366.658 €	-0,8 %	<b>-0,7 %</b>
Gynäkologie	292.167 €	288.554 €	292.139 €	289.731 €	0,4 %	<b>-0,8 %</b>
HNO	276.526 €	284.250 €	297.504 €	304.286 €	7,0 %	<b>10,0 %</b>
Dermatologie	334.269 €	349.601 €	364.005 €	369.432 €	5,7 %	<b>10,5 %</b>
<i>Orthopädie</i>	<i>391.741 €</i>	<i>394.328 €</i>	<i>387.748 €</i>	<i>384.207 €</i>	-2,6 %	<b>-1,9 %</b>
Urologie	351.196 €	350.687 €	359.914 €	355.827 €	1,5 %	<b>1,3 %</b>

**Die Jahreseinnahmen aus allen Einnahmeformen** und über alle Leistungserbringer weisen über den gesamten Untersuchungszeitraum eine Steigerung von 6 % auf. Demgegenüber sinken die entsprechenden Einnahmen bei den Psychotherapeuten und den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie über diesen Zeitraum leicht ab.

Die Entwicklung der Einnahmen aus allen Einnahmearten bei den Fachärzten des Facharzt-Mix stellt sich sehr uneinheitlich dar, von leichten Verlusten bis hin zu deutlichen Steigerungen von bis zu 12,6 %.

## Die Entwicklung der GKV-Einnahmen

	Einnahmen GKV 2010	Einnahmen GKV 2011	Einnahmen GKV 2012	Einnahmen GKV 2013	Entwicklung 2010-2013
Gesamt	199.150 €	203.882 €	209.749 €	213.187 €	<b>7,0 %</b>
Psychotherapie	79.886 €	79.051 €	78.678 €	78.049 €	<b>-2,3 %</b>
FÄ PM+PT	73.786 €	75.215 €	76.060 €	74.466 €	<b>0,9 %</b>
<i>Augenheilkunde</i>	<i>220.002 €</i>	<i>220.244 €</i>	<i>227.195 €</i>	<i>238.843 €</i>	<b>8,6 %</b>
Chirurgie	239.624 €	241.016 €	242.387 €	243.094 €	<b>1,4 %</b>
Gynäkologie	200.134 €	195.928 €	200.115 €	198.176 €	<b>-1,0 %</b>
HNO	181.125 €	186.752 €	198.733 €	206.002 €	<b>13,7 %</b>
Dermatologie	199.893 €	213.956 €	221.315 €	224.245 €	<b>12,2 %</b>
Orthopädie	240.529 €	240.540 €	240.016 €	236.672 €	<b>-1,6 %</b>
Urologie	212.474 €	206.204 €	213.069 €	210.294 €	<b>-1,0 %</b>

## Die Einnahmen der Psychotherapeuten und der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie aus GKV-Tätigkeit stagnieren seit Jahren

**Die Jahreseinnahmen aus GKV-Tätigkeit** je Praxisinhaber über alle Leistungserbringer weisen deutliche Steigerungen von insgesamt 7 % auf. Die GKV-Einnahmen der Psychotherapeuten fallen über den Untersuchungszeitraum mit -2,3 % leicht ab, die der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie steigen mit 0,9 % minimal an. Zu betonen ist, dass die Psychotherapeuten einen konstant hohen Anteil an GKV-Einnahmen von 81 % aufweisen, der deutlich über dem Gesamtschnitt über alle Leistungserbringer von 74 % liegt

## Die Kostenentwicklung

	Kosten 2010	Kosten 2011	Kosten 2012	Kosten 2013	Entwicklung 2010-2013
Gesamt	132.437 €	136.160 €	140.224 €	142.676 €	<b>7,7 %</b>
Psychotherapie	28.734 €	29.739 €	29.879 €	29.421 €	<b>2,4 %</b>
FÄ PM+PT	29.359 €	29.691 €	29.683 €	28.977 €	<b>-1,3 %</b>
<i>Augenheilkunde</i>	<i>187.810 €</i>	<i>196.498 €</i>	<i>203.846 €</i>	<i>207.438 €</i>	<b>10,5 %</b>
Chirurgie	208.240 €	210.604 €	209.072 €	210.407 €	<b>1,0 %</b>
Gynäkologie	140.031 €	141.332 €	142.824 €	142.377 €	<b>1,7 %</b>
HNO	136.618 €	138.534 €	141.593 €	145.531 €	<b>6,5 %</b>
Dermatologie	168.360 €	175.370 €	181.396 €	185.699 €	<b>10,3 %</b>
Orthopädie	206.709 €	206.979 €	205.822 €	208.593 €	<b>0,9 %</b>
Urologie	173.826 €	175.916 €	179.355 €	176.513 €	<b>1,5 %</b>

Bei den Fachärzten des Facharzt-Mix ergibt sich wieder ein sehr uneinheitliches Bild zwischen leichten Verlusten von -1,6 % und deutlichen Steigerungen von 13,7 %.

Schon im ZiPP 2013 mit dem dreijährigen Erhebungszeitraum 2009 bis 2011 war die Honorarentwicklung bei den Psychotherapeuten mit plus 1,4 % über den gesamten Erhebungszeitraum nur minimal ansteigend. Die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hatten einen deutlichen Einnahmenverlust aus GKV-Tätigkeit von -4 % über den Erhebungszeitraum zu verzeichnen. Auch wenn Letztere nun ein minimales Plus ausweisen, setzt sich der Trend fort: Die Einnahmen dieser beiden Berufsgruppen der sprechenden Medizin aus GKV-Tätigkeit stagnieren seit Jahren.

**Die Kostenentwicklungen** in Euro von 2010 bis 2013 weisen über alle Leistungserbringer Steigerungen von insgesamt 7,7 % auf, bei den Psychotherapeuten von 2,4 %. Hingegen weisen sie bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie einen Rückgang von -1,3 % auf.

Die Kostenentwicklung in Euro von 2010 bis 2013 weisen bei den Fachärzten des Facharzt-Mix überall Steigerungen in unterschiedlichem Ausmaß vor.

Noch wichtiger als die absoluten Werte sind die sogenannten Kostensätze, also die prozentualen Anteile der Kosten an den Gesamteinnahmen. Diese zeigen bei den Fachärzten des Facharzt-Mix bei vier Gruppen leichte Steigerungen, sonst sinken sie leicht ab.

### Die Entwicklung der Jahresüberschüsse aus allen Einnahmeformen

	Überschuss 2010	Überschuss 2011	Überschuss 2012	Überschuss 2013	Entwicklung 2010-2013
<i>Augenheilkunde</i>	174.035 €	178.705 €	191.275 €	200.145 €	15,0 %
Chirurgie	160.980 €	159.053 €	157.627 €	156.251 €	-2,9 %
Gynäkologie	152.136 €	147.222 €	149.315 €	147.355 €	-3,1 %
HNO	139.907 €	145.716 €	155.911 €	158.755 €	13,5 %
Dermatologie	165.908 €	174.231 €	182.609 €	183.733 €	10,7 %
<i>Orthopädie</i>	185.031 €	187.349 €	181.926 €	175.613 €	-5,1 %
Urologie	177.370 €	174.771 €	180.559 €	179.315 €	1,1 %
Psychiatrie	104.060 €	110.232 €	113.042 €	112.352 €	8,0 %
Psychosom. Med.	70.487 €	70.998 €	72.137 €	70.710 €	0,3 %
Psychotherapie	69.406 €	68.096 €	67.495 €	65.877 €	-5,1 %
<b>Gesamt</b>	<b>139.255 €</b>	<b>141.987 €</b>	<b>144.760 €</b>	<b>145.415 €</b>	<b>4,4 %</b>

**Der durchschnittliche Jahresüberschuss** je Praxisinhaber aus allen Einnahmeformen und über alle Leistungserbringer weist Steigerungen von insgesamt 4,4 % auf. Die Überschüsse der Psychotherapeuten aus allen Einnahmeformen fallen demgegenüber deutlich um 5,1 % ab. Die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie können ein minimales Plus von 0,3 % erreichen, die Psychiater ein deutliches von 8 %.

Bei den Fachärzten der Vergleichsgruppe zur Ermittlung der Höhe der angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen stellt sich die Situation sehr uneinheitlich dar mit Verlusten von -5,1 % bis hin zu Gewinnen von 15 %.

Die absoluten Werte bei den Überschüssen stechen ins Auge: Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erreichen gerade mal die Hälfte dessen, was über alle Leistungserbringer an Überschuss ermittelt wurde. Dabei ist dieser Durchschnittswert noch irreführend: Wenn man die beiden Psycho-Fachgruppen aus dem Gesamt herausrechnet, würde sich die Diskrepanz noch

deutlicher darstellen. Eine solche Berechnung des Überschusses über alle Leistungserbringer – ohne die beiden mit Abstand abgeschlagenen Gruppen der Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – gäbe die Schere zwischen den Einkommensverhältnissen realistischer wieder. Die sieben Facharztgruppen des Facharzt-Mix verdienen im Vergleich mit den beiden Gruppen der sprechenden Medizin somit sogar das 2,5- bis 3-Fache.

Ein weiteres Problem lässt sich an den Daten des ZiPP aufzeigen: Der sinkende Anteil an GKV-Einnahmen und an versorgten GKV-Patienten der Vergleichsarztgruppe im Verlauf des Beobachtungszeitraums mindert deren Überschuss aus GKV-Tätigkeit. Da dieser Betrag bisher einzig maßgeblich für die Berechnung des rechtlich geschützten Mindesthonorars der Psychotherapeuten ist, kommt es trotz überkompensierender anderer Einnahmen der Vergleichsarztgruppe zu einem verminderten Vergleichsertrag und infolgedessen zu einem verminderten Mindestvergütungsbetrag.

**Psychotherapeuten und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erreichen gerade mal die Hälfte dessen, was über alle Leistungserbringer an Überschuss ermittelt wurde**

Noch eine weitere Benachteiligung lässt sich anhand der Ergebnisse des ZiPP nachweisen: Der Bewertungsausschuss hatte für die Berechnung des Ertrags der Vergleichsarztgruppe Daten des Statistischen Bundesamtes aus dem Erhebungsjahr 2007 herangezogen und dabei einen Wert von 91.549 € ermittelt. Dieser Wert gilt unverändert auch jetzt – im Jahr 2016 (!) – noch als Rechengröße zur Ermittlung der Mindestvergütung. Zieht man nun demgegenüber die aktuelleren ZI-Daten zum Vergleich heran, so liegen die Ertragswerte aus GKV-Tätigkeit der fünf im neuen Facharzt-Mix repräsentierten Facharztgruppen beispielsweise für das Jahr 2013 zwischen 100.872 € und 111.450 €, im ungewichteten Mittel bei 105.880 €. Auch bei den vorangegangenen Erhebungen lagen die Erträge mehr als 10.000 € über dem vom Bewertungsausschuss auf Basis des Jahres 2007 ermittelten Durchschnittsertrag der Vergleichsarztgruppe.

# 20 Jahre integrative und erfolgreiche Berufspolitik

Gegner oder unverzichtbare Verbündete?  
Eine Ärztliche Psychotherapeutin und ein Psychologischer Psychotherapeut berichten von ihren Erfahrungen in einem integrativen Berufsverband

**Frau Dr. Claudia Ritter-Rupp, Herr Benedikt Waldherr, warum engagieren Sie sich als Ärztliche Psychotherapeutin bzw. Psychologischer Psychotherapeut in einem integrativen Berufsverband?**

**Claudia Ritter-Rupp:** Als ich dem Verband beigetreten bin, haben vermutlich persönliche ethische Werte eine große Rolle gespielt: Kooperation, Fairness und Verlässlichkeit waren für mich schon immer wichtige Wertmaßstäbe und erschienen mir gerade in diesem berufspolitischen Kontext unverzichtbar. In der Berufspolitik gewinnt man häufig den Eindruck, als sei Machtkampf der normale Weg – ein Powerplay der einzelnen Fachgruppen nach dem Motto: Jeder ist sich selbst der Nächste. Die Ärztlichen Psychotherapeuten wären auf Dauer eine viel zu kleine und schwache Gruppe gewesen, um ihre Interessen allein wirkungsvoll zu vertreten. Das Psychotherapeutengesetz war daher auch für die Ärztlichen Psychotherapeuten ein großer Gewinn. Allerdings sind die Psychotherapeuten eine sehr heterogene Berufsgruppe, die sich mit ihrer Zersplitterung in Partikularinteressen und einzelne Verbände noch zusätzlich

selbst lähmt. Aus diesem Blickwinkel erscheint mir ein integrativer Berufsverband wie der bvvp, der Offenheit als Prinzip lebt, als die einzig richtige Antwort.

**Benedikt Waldherr:** Als ich mich 1996 für den bvvp und die aktive Mitgestaltung in einem gemischten Berufsverband entschied, war mir sehr klar, dass in einem komplexen Gesundheitssystem wie dem deutschen nur Solidarität und Kooperation etwas bewirken können. Der Weg, die Einzelinteressen einer Berufsgruppe zu vertreten, wie ich es zuvor in einem rein psychologischen Verband versucht habe, stieß rasch auch an juristische Grenzen.

1996 konnten wir Diplom-Psychologen nur im Delegationsverfahren an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Wir hatten damals vor der Einführung des Psychotherapeutengesetzes nicht einmal die Möglichkeit, direkt gegen unsere Honorarbescheide und die schlechte Honorierung nach der Einführung der Bedarfsplanung 1993 zu klagen. Das konnten damals nur Ärztliche Psychotherapeuten. Wir waren damals auf die Ärzte als Musterkläger und Partner angewiesen.

Die bahnbrechenden BSG-Urteile der 1990er Jahre wurden allesamt von Ärzten

erstritten. Damals war es für viele Ärzte selbstverständlich, uns Psychologen und KJP sozusagen huckepack mitzunehmen. Diese Solidarität war für mich persönlich überwältigend und hat mich tief bewegt. Das gab mir viel Kraft und die Motivation, über 20 Jahre aktiv Berufspolitik mitzugestalten. Daraus erwuchs auch ein zentrales Motto meiner und eigentlich unser aller Arbeit im bvvp: Solidarität ist keine Einbahnstraße.

**Schwächen Sie sich nicht durch Ihre Vielfältigkeit, bzw. wären Sie als Einzelverband nicht effektiver?**

**Claudia Ritter-Rupp:** Ganz im Gegenteil, integrierende Vielfältigkeit, das heißt die Bereitschaft, sich in die Sichtweise des anderen zu versetzen, und die Bereitschaft zu Kooperation und fairen Kompromissen, ist eher eine Stärke. Erst die Sicherheit gegenseitiger Akzeptanz bzw. Wertschätzung und faire Kollegialität schaffen Vertrauen und bieten die Basis für eine sachliche Zusammenarbeit und eine erfolgreiche Interessenvertretung. Tendenziöse Verengung des Blickwinkels dagegen führt zu Ablehnung und Unwissen.

**Benedikt Waldherr:** Ich komme ja ursprünglich aus einem Einzelverband. Damals in den Jahren 1994 bis 1998 war das noch die Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten, und ich habe mich auch dort im Landesvorstand engagiert. Die enge Zusammenarbeit mit unseren ärztlichen Kollegen im bvvp hat aber sehr schnell meine Perspektive und mein Blickfeld auf das GKV-System erweitert. Das GKV-System ist ja bis heute auf Ärzte als zentrale Größe und innerer Maßstab aufgebaut.

Zu verstehen und begreifen, wie dieses System funktioniert und wie man darin effektive Berufspolitik für Psychotherapeuten organisieren kann, war ein wesentliches Ergebnis der vielen intensiven und vor allem freundschaftlichen Diskussionen mit unseren ärztlichen KollegInnen. Diese Reibungen und Auseinandersetzungen möchte ich nicht missen. Es waren hochspannende, von Respekt und Achtung getragene Diskussionen. Die Konflikte, die wir unter uns im bvvp ausgetragen haben und die wir überwinden mussten, waren eine gute Schule, uns später mit den rein somatisch arbeitenden Ärzten in der KVB auseinanderzusetzen.

**Besteht nicht manchmal die Gefahr, dass auch innerhalb eines Verbandes aus unverzichtbaren Verbündeten in manchen Situationen doch Gegner werden?**

**Claudia Ritter-Rupp:** Wir haben vielleicht nicht immer und in jedem Punkt eine Harmonie, aber unsere offene und sehr konstruktive Diskussionskultur auf der Basis politischer Klugheit schützt uns weitgehend davor, zu Interessensgegnern zu werden, ebenso wie unsere gegenseitige Loyalität und der Respekt vor der Integrität des anderen. Gelingende Integration bedeutet eben, widersprüchliche und unterschiedliche Interessen zu diskutieren, abweichende Meinungen ernst zu nehmen und in gemeinsamer Kreativität umzudenken und neu zu formulieren. Das macht uns zu „unverzichtbaren Verbündeten“.

**Benedikt Waldherr:** Gerade aus der unterschiedlichen Betrachtungsweise und der Klärung von Konflikten wachsen die besten Kompromisse. Zweifelsfrei streiten wir auch viel untereinander und müssen vieles ausdiskutieren. Aber nur so durch-

dringt man auch das Dickicht der teilweise extrem verwobenen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen. Zentral bleiben dabei die Solidarität und die Gemeinsamkeit der psychotherapeutischen Interessen in einem somatisch geprägten Gesundheitssystem, das den Menschen als Ganzes immer mehr aus dem Auge zu verlieren droht. Die Bündelung unserer Interessen macht uns stark, und eine starke Psychotherapeuten-schaft nützt auch unseren Patienten.

**Warum sollten Psychologische oder Ärztliche Psychotherapeuten bei der anstehenden KV-Wahl die Vertreter eines integrativen Berufsverbandes wie des bvvp wählen?**

**Claudia Ritter-Rupp:** Statt unsere Energien in der Verfolgung einzelner Partikularinteressen oder Ärzte-Psychologen-Rivalitäten zu schwächen, bündeln wir lieber unsere Ressourcen für eine konstruktive, aber kämpferische Politik, deren Einflussnahme auf Glaubwürdigkeit basiert. In einer Zeit, in der sich die Politik und vor allem die Krankenkassen infolge der extrabudgetären Vergütung immer mehr in psychotherapeutische Belange einmischen, können sich die Psychotherapeuten Grabenkämpfe eigentlich gar nicht leisten. Auf kurze, aber vor allem auch auf lange Sicht sind wir nur stark, wenn wir uns auf unsere Gemeinsamkeiten besinnen und diese in den Mittelpunkt unserer politischen Arbeit stellen.

**Benedikt Waldherr:** Weil wir die meiste praktische Erfahrung im Umgang mit dem existierenden GKV-System haben und die Strukturen sehr gut verstanden haben. Viele Spannungen und Konflikte zwischen den Akteuren und Berufsgruppen haben wir innerhalb unseres Verbandes schon ausgehalten oder abgebaut. Dadurch sind wir relativ trittsicher im verminten Gelände von Standesorganisationen, Lobbygruppen, Ärzteverbänden, Pharmaverkäufern und Krankenkassen. Durch den häufigen Perspektivenwechsel in unserer Alltagsarbeit findet man so leichter den verborgenen Sinn und die implizite Gestalt mancher Manöver anderer Player im Gesundheitswesen. „Cui bono“ ist dabei eine zentrale Heuristik für uns.

**Was glauben Sie sind die drei wichtigsten Errungenschaften, die Sie als gemischter/integrativer Verband erreichen konnten?**

**Claudia Ritter-Rupp und Benedikt Waldherr:** Zuallererst möchten wir hier die Musterklagen zum Honorar nennen, die der bvvp schon seit 1993 (in Südbaden ging die erste Klage an den Start) führt und immer wieder anschiebt. 1999 kamen dann die ersten bahnbrechenden Urteile. Ohne die viele Vorarbeit unserer ärztlichen Frontleute wie Norbert Bowe wären wir sicher noch nicht da, wo wir heute sind.

Das Psychotherapeutengesetz von 1998 möchten wir an zweiter Stelle nennen. Gerade der bvvp hat sich damals sehr für die Einheit der Psychotherapeuten-schaft eingesetzt und die Brücke zu einem einheitlichen Psychotherapeutenberuf geschlagen. Heute stellen PP und KJP den größeren Teil der Psychotherapeuten-schaft dar. Seither sind die Psychotherapeutenkammern ein enormer Schutz und Treiber der Entwicklung in der ambulanten PT. Die Mitwirkung am EBM von 2005 war ein weiterer Meilenstein, die Einheitlichkeit der Richtlinienpsychotherapie zu erhalten und trotzdem neue Gesprächsleistungen in den Kapiteln 22 und 23 des EBM einzuführen.

Foto: Privat



**Benedikt Waldherr**

ist seit 14 Jahren erster Vorsitzender des bvvp Bayern. Er war von 2005 bis 2007 Mitglied im Bundesvorstand des bvvp.

Foto: Privat



**Dr. Claudia Ritter-Rupp**

ist Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin – Psychoanalyse. Daneben ist sie Stellvertretende Vorsitzende des bvvp Bayern.



## Die Seele verarzten

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte mit Zusatztitel Psychotherapie ... Sie alle führen psychotherapeutische Behandlungen durch. Trotzdem hatte und hat die Psychotherapie innerhalb der Ärzteschaft keinen leichten Stand. Über das Delegationsverfahren und das Kostenerstattungsverfahren waren die Ärztlichen Psychotherapeuten geradezu die Wegbereiter dafür, dass die Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nun als gleichwertige Heilberufe im System der ambulanten Versorgung teilnehmen. Dieser für die Ärzteschaft nicht leichte Prozess hat zur Akzeptanz psychischer Störungen und ihrer Behandlung quer durch die Gesellschaft beigetragen.

Glücklicherweise arbeiten heute somatische Ärzte und Psychotherapeuten nicht nur Hand in Hand, sondern lernen vom Wissen des anderen. Dem Ärztlichen Psychotherapeuten kommt dabei eine besondere Vermittlerrolle zu. Dieser Schwerpunkt ist ihm gewidmet.

# Psychotherapie in ärztlicher Hand

## Historie, spezifische Herangehensweisen und Hindernisse

Von **Angelika Haun**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp,  
und **Ulrike Böker**, 2. Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

\_\_ **Lange Zeit** führte die Psychotherapie innerhalb der Ärzteschaft eher ein Schatten-dasein, oft mit wenig Unterstützung in den eigenen Kammern oder gar den Krankenversicherungen. In den ätiologischen Krankheitsvorstellungen schienen psychische Faktoren nur eine geringe Bedeutung zu haben, und sie waren entsprechend schwach in den medizinischen Behandlungsvorstellungen verankert. Hand in Hand mit der Abwertung innerhalb der Ärzteschaft ging die schlechte Honorierung einher.

Seit den 1990er Jahren – und erst recht seit dem Psychotherapeutengesetz und der damit verknüpften Integration der PP und KJP in die gesetzliche Gesundheitsversorgung – hat die Psychotherapie erheblich an Bedeutung gewonnen. Unter der Integration der unterschiedlichen Berufsgruppen und dem Wirken einer äußerst aktiven Bundespsychotherapeutenkammer ist die Psychotherapie auch in der medizinischen Versorgung erstarkt. Ihre Wirksamkeit ist durch zahlreiche Studien belegt und kann nicht mehr geleugnet werden. So sollen nun auch Kenntnisse in psychosomatischer Grundversorgung in praktisch alle Facharztweiterbildungen einfließen. Der ärztlich-diagnostische Blick hat sich verändert und verändert sich weiter. Gleich-

zeitig erfordert die Integration Differenzierungen und neue Standortbestimmungen der Psychotherapie in den unterschiedlichen Berufsgruppen und setzt mancherorts Bedrohungsphantasien in Gang, derzeit zusätzlich befeuert durch die anstehende Ausbildungsreform der PP und KJP.

In diesem Heft interessieren wir uns für die Entwicklung, das Selbstverständnis und die Geschichte der Psychotherapie speziell in der ärztlichen Versorgung. Gereon Heuft weist in seinem Beitrag auf die geschichtliche Entwicklung der Psychotherapie hin und dass sie erklärtermaßen ein Aufgabenfeld für die Ärzteschaft bleiben sollte. Als revolutionär sieht er die Verankerung der Selbsterfahrung in den Gebietsarztweiterbildungen.

Wolfgang Merkle beschreibt die Psychosomatik des 20. Jahrhunderts als Gegenbewegung zur naturwissenschaftlichen Umwandlung der Medizin im 19. Jahrhundert. Auf dem Boden der Entwicklung der stationären psychosomatischen Therapie geht er der Frage nach: „Wo und wofür brauchen wir denn die ärztliche Psychotherapie zusätzlich zur Psychotherapie durch die Psychologischen Psychotherapeuten?“, und betont deren besondere Bedeutung für die somatische Medizin und die Fortentwicklung der Musterweiterbildungsordnung.

Im kollegialen Interview zwischen den Autorinnen dieser Zeilen stellt sich der Spannungsbogen zwischen ärztlicher Rolle und psychotherapeutischer Grundhaltung im Laufe eines persönlichen beruflichen Werdegangs dar.

Der Blick auf unterschiedliches inneres Erleben wird erweitert durch den lebensnahen Beitrag von Andreas Knodt. Über seine Erfahrungen im ärztlichen Notdienst lässt er uns ganz andere Dimensionen ärztlichen Handelns wahrnehmen.

Erika Goetz-Erdmann beleuchtet Differenzierungen und Rivalitäten unter den Berufsgruppen. Dazu geht sie der Frage nach, ob der ärztlichen Psychotherapie eine spezifische Rolle zukommt. Zu dieser Fragestellung gibt es zudem drei Forschungsgutachten, die im Auftrag der Bundesärztekammer erstellt wurden. Deren Ergebnisse und Erkenntnisse stellt Goetz-Erdmann in einem weiteren Artikel dar.

Abschließend sei an dieser Stelle festgestellt, dass die Psychotherapie etwas Eigenes darstellt, das die Einengung auf einen Herkunftsberuf nicht verträgt. Ganz im Gegenteil: In der Vielfalt der Fähigkeiten und im Wissen der verschiedenen Grundberufe liegt die Basis für die gemeinsame Weiterentwicklung der Psychotherapie begründet.

# Gibt es eine spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie?

## Ein Begriff, aber viele Auslegungsmöglichkeiten

Von **Erika Goetz-Erdmann**

\_\_Auf dem Gebiet der ambulanten Psychotherapie scheint das Verhältnis zwischen der Ärzteschaft und anderen Berufsgruppen zum Teil mit erheblichen Vorbehalten belastet zu sein. Dabei gibt es aufseiten der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) häufig eine Verärgerung und Enttäuschung darüber, dass ihre Berufsgruppen im Gesundheitswesen nicht genügend anerkannt und durch die Ärzteschaft benachteiligt würden.

Auf der anderen Seite jedoch wird von den Ärztlichen Psychotherapeuten (ÄP) darüber geklagt, dass die Ärzteschaft gegenüber den psychologischen und pädagogischen Kollegen benachteiligt sei, von Politik und Öffentlichkeit nicht mehr wahrgenommen würde und in der Gefahr sei, gänzlich an den Rand gedrückt oder gar abgeschafft zu werden. Auch innerhalb der Ärzteschaft finden sich untergründige Abwertungen, zum Beispiel zwischen den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, denen amateurhafte Psychotherapie unterstellt wird, und den Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie, denen auf der anderen Seite elitäre Psychotherapie vorgeworfen wird. Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung griffen das Thema auf (siehe Seite 21). Schließlich resultierten die Überlegungen dieser Diskussionen in Beschlüssen des Deutschen Ärztetages 2016, die dazu beitragen sollen, dass die Psychotherapie als ärztliche Leistung nicht verloren gehe.

Wenn wir auf das Gebiet der ambulanten Richtlinienpsychotherapie fokussie-

ren, ist das Spektrum der erbrachten Leistungen recht ähnlich. Gibt es hier überhaupt die spezifische Rolle und das spezifische Selbstverständnis einer ärztlichen Psychotherapie? In einem Diskussionspapier der DGPT wurde eine Aufteilung in zwei Arten ärztlicher Psychoanalytiker gesehen, zum einen diejenigen, die gemeinsam mit dem psychologischen Psychoanalytikern auftreten würden, und zum anderen diejenigen, die sich eher mit dem fachärztlichen Versorgungsbereich identifizieren. Es gibt also mindestens zwei, vermutlich sogar noch mehr Varianten, wie der Begriff der ärztlichen Psychotherapie gesehen werden könnte.

Erschwert wird die Diskussion um die Rolle der Psychotherapie, die durch Ärzte erbracht wird, durch unterschiedliche Auffassungen, die von dem Begriff Psychotherapie vertreten werden. Ist mit diesem Begriff lediglich die Richtlinienpsychotherapie zu bezeichnen? Ist jede Form der menschlichen Zuwendung, wenn sie im Rahmen einer ärztlichen Behandlung stattfindet, eine Art Psychotherapie? Oder werden damit spezielle Leistungen gemeint, für die im Rahmen der ärztlichen Weiterbildungsordnung zusätzliche Kompetenzen in der ärztlichen Gesprächsführung erworben werden müssen (zum Beispiel die psychosomatische Grundversorgung)?

Eigentlich wird von jedem ärztlichen Gespräch erwartet, dass die psychosozialen Aspekte des Leidens des Patienten einbezogen werden und die Kommunikation mit ihm wertschätzend und unterstützend gestaltet ist. Zunehmend wird in der ärztlichen Behandlung auch die partizipative Entscheidungsfindung gemein-

sam mit dem Patienten für wichtig erachtet. Insofern ist die Forderung, dass in der neuen Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer alle Facharztweiterbildungen mit direktem Patientenkontakt die Module der psychosomatischen Grundversorgung enthalten sollen und dass die „sprechende Medizin“ gestärkt werden soll, sicher sinnvoll.

Daraus aber abzuleiten, dass die Behandlungsleistungen der PP und KJP, die in ihren Praxen Richtlinientherapien anbieten, weniger Patienten erreichen und pro Patient sehr viel teurer seien als die psychotherapeutische Versorgung, die durch Hausärzte, Psychiater, Psychosomater sowie andere Fachärzte mit psychosomatischer Grundversorgung angeboten werden, heißt letztlich, Äpfel mit Birnen zu vergleichen. Denn eine psychiatrische Behandlung oder eine hausärztliche Behandlung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung unterscheidet sich erheblich von einer Richtlinienpsychotherapie.



Foto: Privat

### **Erika Goetz-Erdmann**

ist Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie – Psychotherapie in eigener Praxis in Witten. Sie ist sowohl im Landesvor-

stand Westfalen-Lippe als auch im Bundesvorstand des bvvp aktiv. Außerdem ist sie Mitglied in der Kammerversammlung Westfalen-Lippe und in der Vertreterversammlung der KVWL.



## 25 Jahre Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die Einführung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin vor einem knappen Vierteljahrhundert bedeutete eine Zäsur in der Geschichte der Psychotherapie in Deutschland. Was hat sich seither getan?

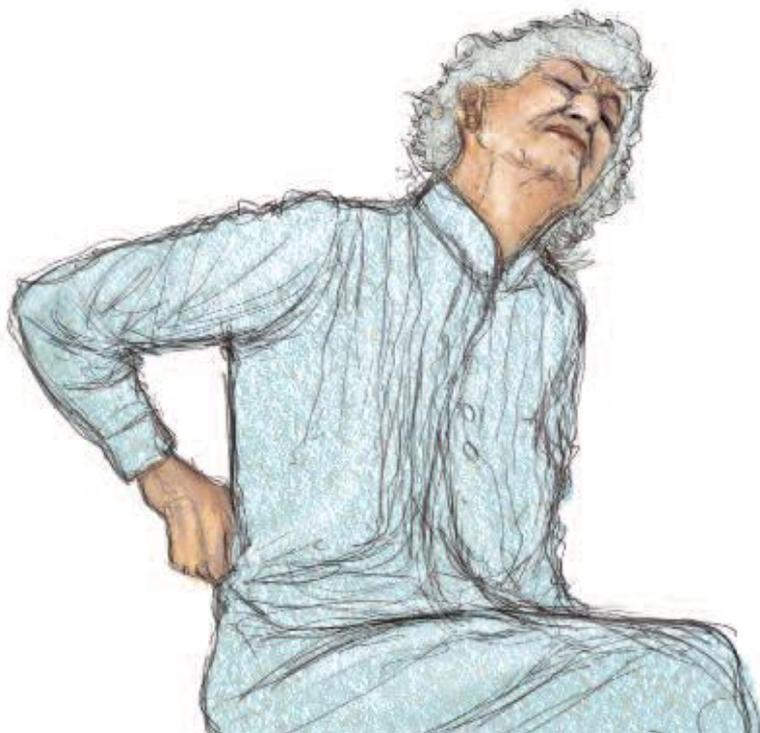
Von Gereon Heuft

— **Die Einführung** des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin durch den Deutschen Ärztetag im Mai 1992 – auf dem Ärztetag 2003 in Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (gleichlautend wie das seit 1970 in der ärztlichen Approbationsordnung verankerte universitäre Fach) umbenannt – emanzipierte die ärztliche Psychotherapie-Weiterbildung von den privatrechtlich organisierten Instituten als bis dahin einzige Möglichkeit für Ärzte,

eine psychotherapeutische (psychoanalytische) Ausbildung (!) zu erhalten. Bereits 46 Jahre vorher war die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ eingeführt worden.

Die psychosomatische Medizin fokussiert sowohl die lebensgeschichtliche, psychosoziale Situation als auch die Bedeutung des Körpers für das Subjekt mit naturwissenschaftlichen Gesetzmäßigkeiten. Sie versteht sich als Grundlagenfach mit integrativen Aufgaben auf den Ebenen der

psychosomatischen Grundversorgung, der fachgebundenen Psychotherapie und der fachärztlichen Psychosomatik-Psychotherapie. Da die beiden anderen Psych-Fachgebiete für sich ebenfalls eine psychotherapeutische Expertise in Anspruch nehmen, besteht seit Jahrzehnten eine Kontroverse vor allem mit der Psychiatrie, die der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung eine differenzierte Weiterentwicklung der Versorgung psychisch



**2012 gab es 5.000 voll- und 350 teilstationäre Behandlungsplätze in etwa 130 psychosomatischen Krankenhäusern und Abteilungen. Zusätzlich bestanden 142 Kliniken für psychosomatische Rehabilitation mit 13.371 Betten**

und psychosomatisch Kranker abspricht und Patienten mit Somatisierungsstörungen als „Leichtkranke“ diskreditiert, obwohl diese Patientengruppe oft nur schwer einen ambulanten Behandler findet und das hohe Risiko einer vorzeitigen Berentung trägt.

Die Beschlüsse des Ärztetages 1992 wurden durch eine sehr ausführliche Diskussion um die Ergebnisse des Forschungsgutachtens für ein Psychotherapeutengesetz (Meyer et al. 1991), das die Bedeutung der Psychotherapie für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung deutlich machte, befördert. Im Zusammenhang mit dieser Expertise bedeutsam war der Beschluss der verfassten Ärzteschaft, dass die Psychotherapie auch für die Ärzte ein Aufgabenfeld bleiben sollte. Dafür reichten die Zusatzbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“, über die etwa 4.000 Ärzte verfügten und die nur die somatisch-ärztliche Tätigkeit ergänzten, nicht mehr aus. Fördernd war auch, dass es in der ehemaligen DDR einen Facharzt für Psychotherapie gab, den die Ärzteschaft der neuen Bundesländer nach der Wende erhalten wollte. Nach dem Deutschen Ärztetag wurde 1992 die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM) e. V. (ab 2006: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie) als entsprechende Fachgesellschaft gegründet. Vorsitzender wurde Paul Janssen, der durch seine Tätigkeit im Ausschuss Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Bundesärztekammer (BÄK) wesentlich an der Einführung des Facharztes beteiligt war.

Somit entstand das eigenständige Gebiet aus der Anwendung psychotherapeutischer Verfahren (psychodynamisch [psychoanalytisch und/oder tiefenpsychologisch fundiert] und/oder kognitiv-behavioral) und den Konzepten und Modellen der Praxis der psychosomatischen Medizin. Dabei mussten auch jeweils Kenntnisse in Theorie und Praxis des jeweils anderen Verfahrens den gewählten psychotherapeutischen Schwerpunkt ergänzen. In dem gewählten Schwerpunkt mussten eingehende Kenntnisse und Erfahrungen über Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Paar- und Familientherapie sowie in den supportiven Ver-

fahren, der Notfallpsychotherapie und dem Umgang mit psychischen Krisen erworben werden. Die damalige Verankerung der Selbsterfahrung in Gebietsarztweiterbildungen war revolutionär. In den vergangenen 20 Jahren hat sich jedoch gezeigt, dass das Selbsterfahrungskonzept kreativ für die Facharztweiterbildung ist, da die psychotherapeutisch-methodische Kompetenz in der Handhabung der personalen therapeutischen Beziehung vertieft wird.

Die stationären Behandlungskonzepte waren entweder mehr integriert internistisch-psychotherapeutisch oder mehr neurosenpsychologisch-psychotherapeutisch ausgerichtet. Bedeutsam war die parallele Einführung der psychosomatischen Grundversorgung in die ärztliche Weiterbildungsordnung als Realisierung der bio-psycho-sozialen Medizin bzw. der integrativen Medizin. Fast alle Landesärztekammern haben, dem Kursbuch der Bundesärztekammer (2001) entsprechend, einen 80-Stunden-Kurs als Weiter- bzw. Fortbildung entwickelt.

In der 2. Novellierung der MWBO 2003 wurde neben der erwähnten Namensänderung die Weiterbildung im ambulanten Bereich gestärkt, da jetzt 24 Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden konnten. Wichtig war auch, dass die „gebietsbezogene Arzneimitteltherapie unter besonderer Berücksichtigung der Risiken des Arzneimittelmisbrauchs“ eingeführt wurde und damit eine überwiegend psychotherapeutische Behandlung unter Nutzung auch einer Arzneimitteltherapie, zum Beispiel einer Psychopharmakotherapie, für den Facharzt konzipiert wurde. In die Weiterbildungsinhalte wurden weiterhin die Indikation zu soziotherapeutischen Maßnahmen, die Erkennung und Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter, die Behandlung von Schmerzsyndromen und die Durchführung von psychoedukativen Therapien aufgenommen. Stärker wurde auch die Konsiliar- und Liaisonstätigkeit betont.

Die 3. Fassung der MWBO von 2010 verstärkt den psychosomatischen Akzent: „Erkennung und Behandlung seelisch-körperlicher Wechselwirkungen bei chronischen Erkrankungen, zum Beispiel onkologischen, neurologischen, kardiologi-

## **In der DDR gab es bereits einen Facharzt für Psychotherapie – 1978 als Zweitfacharzt, 1989 als Erstfacharzt. Diesen wollte die Ärzteschaft der neuen Bundesländer nach der Wende unbedingt erhalten**

schen, orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen sowie Stoffwechsel- und Autoimmunerkrankungen“. Parallel wurde die theoretische Weiterbildung um Konzepte spezieller Verfahren zur Diagnostik bei seelisch-körperlichen Wechselwirkungen etwa in der Diabetologie, Geriatrie und Gynäkologie erweitert. Der Facharzt sollte sich mehr mit den psychotherapeutischen Behandlungen bei somatischen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität und mit der Wechselwirkung von Psyche und Soma befassen.

Das Fachgebiet Psychosomatik-Psychotherapie leistete zwischenzeitlich umfangreiche Studien etwa zu den Essstörungen (ANTOP-Studie) und der Behandlung somatoformer Störungen (PISO-Studie). Ein weiterer Schwerpunkt ist die Forschung zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2) mit Multizenterstudien zu neuen psychodynamischen Psychotherapieansätzen wie der Strukturbezogenen Psychotherapie. Außerdem hat die OPD-2 Eingang gefunden in die Qualitätssicherung und in den Prozedurenkatalog OPS nach § 301 SGB V zum neuen Psych-Entgeltsystem, wobei die OPS-Ziffer 9-63 als Komplexziffer spezifische stationäre Therapieprogramme in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie abbildet. 2012 war von über 5.000 voll- und 350 teilstationären Behandlungsplätzen in etwa 130 psychosomatischen Krankenhäusern bzw. Abteilungen aus-

zugehen. Zusätzlich bestanden 142 Kliniken für psychosomatische Rehabilitation mit 13.371 Betten.

Die DGPM ist zusammen mit dem Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und dem Berufsverband für Psychosomatische Medizin (BPM) an der Erstellung beispielsweise der S3-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen, der posttraumatischen Belastungsstörung, der Somatisierungsstörungen, der Persönlichkeitsstörungen, der Angststörungen, der Zwangsstörungen und der Nationalen S3-Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression beteiligt (vgl. AWMF-Leitlinien).

Die Honorarsituation der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat sich durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) 2005 (mit eigenem Facharztkapitel 22) und die Honorarreformen von 2007 und 2009 verbessert – allerdings überwiegend durch ein Bundessozialgerichtsurteil und gesetzliche Regelungen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie (die sogenannte 90-%-Regelung). Die Fachgruppenleistungen des Kapitels 22 sind noch unzureichend honoriert.

*Literatur erhältlich über [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de)*



Foto: Privat

**Univ.-Prof. Dr. med.  
Dr. theol. Gereon Heuft**

Lehrstuhl für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Direktor der gleich-

namigen Klinik am Universitätsklinikum Münster. Ärztlicher Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) Bundesärztekammer/ Bundespsychotherapeutenkammer; Kammermitglied der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL) und Vorsitzender des dortigen PPP-Ausschusses; Mitglied der gemeinsamen Ethik-Kommission der Westfälischen Wilhelms-Universität und der ÄKWL. Verhandlungsführer für das Fachgebiet Psychosomatik-Psychotherapie im Psych-Entgeltsystem.

# Ein ärztlicher Weg zur Psychotherapie

Ulrike Böker, verhaltenstherapeutische Psychologische Psychotherapeutin, im Interview mit ihrer ärztlichen Kollegin Angelika Haun, analytische Psychotherapeutin

Von **Ulrike Böker** und **Angelika Haun**

**Liebe Angelika, du bist Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, außerdem für Psychiatrie, dein Verfahren ist die analytische Psychotherapie. Wie und wann kamen die Entscheidungen für die Facharztweiterbildungen nach deinem Medizinstudium und für das Verfahren zustande?**

Mein Wunsch, Ärztin zu werden, reicht weit zurück in meine Jugend und in ein recht naives Verständnis vom Helfen. Gleichzeitig war ich schon seit dem 16. Lebensjahr stark interessiert an der Psychoanalyse und las viel dazu. In meinem Studium in Heidelberg ließ ich mich mitreißen von den Lehrangeboten der dort traditionsreichen Psychosomatik, Familientherapie, Balint-Gruppen und entwickelte Feuer für psychodynamisches Denken. Psychiaterin mit einer eingeschränkt biologischen Sichtweise, wie ich sie dort damals erlebte, wollte ich nie werden. Statt einer gewünschten Stelle in der psychosomatischen Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses in Norddeutschland bekam ich dann aber eigentlich zufällig nur eine Stelle in der dortigen Psychiatrie – zu Zeiten vieler arbeitsloser Ärzte. So wurde ich Fachärztin für Psychiatrie, damals noch ohne den Zusatz „und Psychotherapie“, aber mit dem Zusatztitel „Psychotherapie“.

**Und das Verfahren?**

Mein psychoanalytisches Interesse hatte ich zunächst weiterverfolgt durch die Aufnahme einer eigenen Psychoanalyse und dann durch die Weiterbildung an einem psychoanalytischen Institut. Das war eher ein innerer Weg als ein verfolgtes Berufs-

ziel. Mein psychodynamisches Verständnis wuchs beständig, während ich vor allem in meiner Zeit als Assistenzärztin im Landeskrankenhaus über weite Strecken dieses Wissen ignorieren musste. Wenn man einmal verstanden hat, was ein Psychotiker braucht, um seine Reste von Ichstruktur zu stabilisieren, dann kann man ihn nicht mehr mit 12 bis 18 weiteren genauso desintegrierten Menschen in einen Wachsaal sperren, damit eine unerträgliche Reizüberflutung auslösen, weit erhöhte Dosierungen von Medikamenten darauf schütten, damit er das überhaupt aushält, und eine Unzahl an zwangsweisen Unterbringungen veranlassen, die bei entsprechend würdevoller und an den speziellen Erfordernissen orientierter Behandlung unnötig gewesen wären.

Ich war ernsthaft unglücklich, hätte mich ohne Gebietsbezeichnung zu diesem Zeitpunkt aber schon nicht mehr niederlassen können und konnte zum Ende meiner Facharztweiterbildung schließlich auf der psychotherapeutischen Station des Hauses arbeiten, was dann wieder ein riesiger Erfahrungsschatz war. Als dann bald nach meiner Zulassung der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin eingeführt wurde, erfüllte ich die Übergangsvoraussetzungen für den Erwerb dieser Gebietsbezeichnung, die mir deutlich näherlag. Man kann also sagen, dass mein lebenslang dringender Wunsch, Ärztin zu sein, letztlich immer gepaart war mit einem auf der Grundlage der Psychoanalyse psychotherapeutischen Selbstverständnis.

**Wie hast du während deiner analytischen Ausbildung den medizinischen**

**Hintergrund erlebt? Gab es Unterschiede zu den Kolleginnen und Kollegen mit psychologischem Hintergrund?**

Am auffälligsten war, dass ich natürlich über sehr viel mehr psychiatrische Erfahrung verfügte als meine WeiterbildungskollegInnen. Ich fühlte mich in vielen Situationen weniger ängstlich und hatte einen größeren Überblick über Möglichkeiten der Behandlung. Mein medizinischer Wissenshintergrund half mir zu differenzieren zwischen eher somatopsychischen oder eben umgekehrt psychosomatischen Zusammenhängen.

Andersherum brachte ich aus der Medizin ein eher zupackenderes, direktiveres Behandlungsverständnis mit, als es für den emanzipatorischen Ansatz der tiefenpsychologisch fundierten oder gar analytischen Psychotherapie angemessen ist. Ich hatte den Eindruck, dass meine WeiterbildungskollegInnen ein in sich konsistenteres Behandlungsverständnis haben konnten. Ich fühlte mich nicht selten innerlich zerrissen, musste diesbezüglich eine innere Spaltung zwischen den Behandlungsgrundhaltungen bewältigen.

**Wie erlebst du in deiner täglichen psychotherapeutischen Arbeit mit Patienten das Selbstverständnis als Ärztliche Psychotherapeutin? Gibt es das überhaupt?**

Ja, das gibt es. Tatsächlich kann ich nie vergessen, dass ich Ärztin bin. Manche meiner Interventionen fielen ganz anders aus ohne mein medizinisches Wissen. Dessen bin ich mir oft bewusst. Immer wieder einmal kommt es zu Hinweisen



**„Manche meiner Interventionen fielen ganz anders aus ohne mein medizinisches Wissen“**

meinerseits auf somatische Zusammenhänge, auf notwendige diagnostische Maßnahmen, unter Umständen sogar zum Eingreifen in begleitende somatische Therapien. So habe ich mich zum Beispiel einmal bei einer Patientin, die immer wieder klagte, dass ihr „die Luft wegbliebe“, in die Therapie ihres Bluthochdrucks eingemischt. Der Betablocker, den sie erhielt, war bei ihrem Asthma kontraindiziert und hat es verschärft. Das war eine – erfolgreiche – ärztliche Intervention meinerseits. Natürlich habe ich mich vorher gefragt, ob ich diese Luftnot nicht psychodynamisch verstehen müsste. An einer solchen Stelle muss ich mich entscheiden zwischen den Blickwinkeln.

#### **Was sind deiner Erfahrung nach die Besonderheiten der ärztlichen Psychotherapie?**

Außer dem bereits Geschilderten meine ich, dass das Verantwortungsgefühl für die Versorgung im Einzelnen und im Allgemeinen ausgeprägter ist, manchmal sogar auf hinderliche Weise. Wir sind so sozialisiert, dass uns ein Problem sozusagen in die Hände gelegt wird, wo wir dafür zuständig sind und die gefundene Lösung dann zurückgeben. Das widerspricht dem emanzipatorischen Ansatz in den psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren und dem Verständnis des Symptoms als Kompromisslösung.

Besonderheiten in der ärztlichen Psychotherapie können natürlich auch spezifische ärztliche Kenntnisse sein, wie zum Beispiel in der Schmerztherapie oder der Suchttherapie, die immer auch internistische Problemanteile enthalten, oder in der Krankheitsbewältigung somatischer Erkrankungen, zum Beispiel in der Psychoonkologie oder der Behandlung von Diabetes. Ärzten liegt auch manchmal die Organisation ihrer Praxis als Sprechstundenpraxis näher.

#### **Wie erlebst du die Arbeit im Vorstand des gemischten Berufsverbandes?**

Ich bin sehr bewusst in einem gemischten Berufsverband – so wie ich auch schon sehr gerne in einer gemischten analytischen Weiterbildung war. Die Zusammenarbeit ist mir selbstverständlich. Mir war immer bewusst, dass wir die Psychotherapie und ihre Stellung

in der Medizin nur gemeinsam stärken können. Ich schätze die Lebhaftigkeit der Diskussionen, das engagierte Ringen um Standpunkte und genauso das Ringen um Zusammenhalt. Auf dieser Basis werden politische Situationen tiefer durchdrungen und umsichtiger angegangen, mit größerer Weitsicht, als ich das so manches Mal woanders erleben kann.

#### **Was würdest du dir im Hinblick auf die Nachwuchssorgen der ärztlichen Psychotherapie wünschen?**

Was Ärztliche Psychotherapeuten mit ihrem spezifischen Wissen zur Versorgung beitragen können, ist unschätzbar, und die absehbaren Verluste machen mich sehr besorgt und traurig. Ich würde mir wünschen, dass es weniger gegenseitiges Misstrauen und mehr Verständnis um die Wirksamkeit und die Kraft des Zusammenhaltens gäbe – und dass die verschiedenen Berufsverbände in diesem Sinne immer mehr und immer öfter zusammenarbeiten könnten. Ich bin überzeugt, dass die ärztliche Psychotherapie in Alleingängen nicht bestehen können wird. Dazu hat sie innerhalb der Ärzteschaft immer schon zu isoliert und zu abgewertet dagestanden. —

Foto: Privat



#### **Angelika Haun**

ist Fachärztin für Psychiatrie, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Psychoanalyse

in eigener Praxis in Oldenburg, aktiv als 3. Vorsitzende im Landesvorstand des bvvp Niedersachsen und kooptiertes Mitglied des bvvp Bundesvorstands.

Foto: Privat



#### **Dipl.-Psych. Ulrike Böker**

arbeitet als verhaltenstherapeutische Psychologische Psychotherapeutin in eigener Praxis in Reutlingen. Die 2. Stell-

vertretende Vorsitzende des bvvp engagiert sich in ihrer Freizeit als ehrenamtliche Richterinnen beim Sozialgericht Reutlingen.

# Davy's on the Road Again

## Warum der direkte Umgang mit dem Tod beruhigend wirken kann: Ein Psychotherapeut berichtet über seine Erfahrungen im ärztlichen Notdienst

Von **Andreas Knodt**

**Ich sitze im Auto** und summe den alten Schlager von Manfred Mann's Earth Band vor mich hin – ein lebendig gebliebenes Relikt meiner Jugendzeit. Meine dritte Dienstwoche im kassenärztlichen Notdienst hat gerade begonnen, und ich starte meine Hausbesuchstour. Neben mir mein Arztkoffer, hinter mir der Rucksack mit Infusionszubehör, um allen ausgedörrten Seelen wieder Flüssigkeit und neues Leben einzuhauchen. Vor mir sichtbar in der Ablage die Insignie der Macht, die zum Parken befähigt, rote Schrift auf weißem Grund: Arzt im Dienst.

### Plädoyer für eine Horizontenerweiterung

Wie der geschilderten Eingangsszene unschwer zu entnehmen ist, mache ich den Bereitschaftsdienst gerne und halte ihn für eine große Bereicherung meiner beruflichen Tätigkeit. Nach einem Jahr Bereitschaftsdienst und etwa 100 Hausbesuchen bin ich froh um alle Einblicke in die Lebenswelten der Menschen, die ich dadurch erhalten habe.

An zwei Aspekten möchte ich darlegen, dass der Notdienst meinen beruflichen Horizont deutlich erweitert hat. Zum einen bin ich unmittelbar mit dem Thema Tod und Sterben konfrontiert. Zum anderen erhalte ich bei den Hausbesuchen Einblick in die Wohnsituation der Menschen. Ich begegne Menschen aus allen Schichten, erlebe aber auch hautnah mit, wie Menschen ihr Leben in Armut und teils unzumutbaren Umständen bewältigen. Ich beginne mit dem ersten Aspekt, dem unmittelbaren Erleben von Tod und Sterben.

### Begegnung mit Bruder Tod

Der heilige Franziskus bezieht in seinem „Sonnengesang“ den Tod ganz natürlich mit ein. Er gehört zum Leben und zur Schöpfung, die Franziskus besingt. Er

spricht darin von „Schwester Wasser“ und vom „Bruder Tod“. Als junger Mann habe ich Zivildienst im Pflegeheim geleistet. Dort sind häufig Menschen gestorben. Ich war gerne bei den Toten. Die Atmosphäre in den Zimmern der Sterbenden war von einer heiligen Ruhe geprägt. Mit dem Tod hatte ich in den letzten 15 Jahren fast keine Berührung mehr. Lediglich eine meiner Patientinnen ist während der Therapie verstorben. Von daher ist mir der Tod fremd geworden. Im Notdienst bin ich mit diesem Thema wieder konfrontiert, und es sind gute Erfahrungen, die ich damit mache. Dazu drei konkrete Erlebnisse von ein und demselben Wochenende – gleichsam als Fenster ins Innere der ärztlichen Tätigkeit.

### Die Todesnachricht

Ich erhalte einen Anruf von der Zentrale: Eine Profimusikerin habe kurz vor dem Auftritt die Nachricht bekommen, dass ihr Mann leblos aufgefunden worden sei. Die Polizei befindet sich noch vor Ort, ich solle eine Beruhigungsspritze verabreichen.

Ich habe Angst, da ich eine solche Situation noch nie erlebt habe. Dann fahre ich los und halte mir vor Augen, dass es wichtig ist, mich auf die Frau einzulassen, die eine derart schreckliche Nachricht erhalten hat.

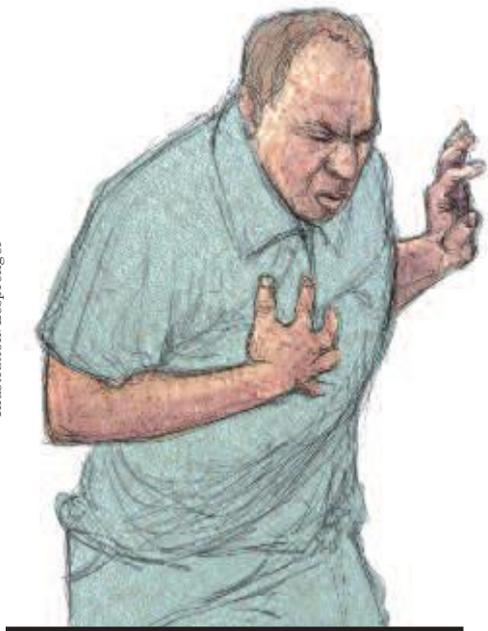
Im Hotel werde ich von den Kolleginnen der Betroffenen schon sehnsüchtig erwartet. Dann begegne ich einem Menschen, der vor einer Stunde erfahren hat, dass sein Lebenspartner verstorben ist. Es wird eine gute, tiefe Begegnung. Ich kann der Frau Sicherheit vermitteln. Ich kann sie trösten und diesen unfassbaren Moment mit ihr teilen. Ich biete ihr eine Beruhigungstablette an und rate ihr dazu, den Notfallseelsorger kommen zu lassen. Beides nimmt sie dankbar an. Ich verabschiede mich mit den Worten, dass ich an sie denke.

### Die erste Spritze nach 15 Jahren

Zwei Stunden später stehe ich am Bett eines dementen, alten Mannes. Sein Zustand hat sich in den letzten Stunden verschlechtert. Die Tochter ist traurig und unsicher, sie ist die gesetzliche Betreuerin. Von Beginn an macht sie deutlich, dass sie nicht möchte, dass der Vater ins Krankenhaus kommt. Ich begrüße den Mann, der meinen Gruß munter erwidert. Obwohl er schwer atmet, ist er ruhig, fast heiter. Ich gehe davon aus, dass sich seine Herzleistung massiv verschlechtert hat. Ich weise die Tochter deutlich darauf hin, dass im Krankenhaus wesentlich bessere Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Sie entschließt sich dazu, den Vater im Pflegeheim zu belassen. Damit bin ich gefordert, alle ärztlichen Möglichkeiten auszuschöpfen, um dem Mann das Atmen zu erleichtern. Seit Jahren habe ich keine Spritze mehr gegeben. Lasix habe ich im Ampullarium. Ich fasse all meinen Mut zusammen und ziehe die Spritze auf. Ich habe Zuschauer, das macht die Sache nicht leichter. Der Venenstatus ist nicht berauschend. Beherzt steche ich zu und merke, ich habe getroffen. Erleichtert injiziere ich den Wirkstoff und ordne Sauerstoff an. Anschließend überlasse ich den Alten und seine Tochter mit guten Wünschen ihrem Schicksal.

### Empfindungen bei der Leichenschau

Am Abend stehe ich vor dem Leichnam eines Mannes. Ich überfliege die Daten. Geboren 1940 in Görlitz. Die einzige Angehörige ist die Nichte. Ich bin traurig und frage mich, was der Mann für ein Lebensschicksal hatte: geboren im Zweiten Weltkrieg, kaum Angehörige. Ich bete für ihn und für mich still das Vaterunser, wobei ich den Begriff „Vater“ wie einen weiten Bogen über alle Menschen



**„Das unmittelbare Erleben von Tod und Sterben bleibt mir in meiner psychotherapeutischen Praxis verwehrt. Durch meine Arbeit im ärztlichen Notdienst lerne ich, natürlich mit dem Ende des Lebens umzugehen“**

ausspanne. Vor allem über meinen Mitbruder, an dem ich diesen letzten Dienst verrichte. Ich befehle ihn innerlich der Gnade Gottes an, die hoffentlich höher ist als alle menschliche Vernunft.

So weit der Einblick in das Thema Tod und Sterben. Dieses unmittelbare Erleben bleibt mir in meiner psychotherapeutischen Praxis verwehrt. Zwar arbeite ich mit meinen Patienten intensiv an Todeserfahrungen, die sich traumatisierend ausgewirkt haben. Aber diese Erlebnisse liegen meist Jahre zurück. Die aktuelle Begegnung mit Tod und Sterben verschafft mir die Möglichkeit, natürlich mit dem Ende des Lebens umzugehen.

#### **Begegnung mit den Menschen am Rande**

Eine andere eindrückliche Erfahrung war der Hausbesuch im Kellerraum einer alkoholabhängigen Frau. Sie hatte mich wegen Rückenschmerzen rufen lassen. Nicht einmal ein Bett gehörte ihr, sie schlief auf zwei zusammengeschobenen Sesseln. Kein Wunder, dass ihr der Rücken wehtat. Ich war erschüttert über die soziale Situation und habe versucht, sie stationär einzuweisen. Die Frau bewies jedoch auch in der extremen Wohnsituation Humor und Gelassenheit. Das hat mich beeindruckt.

Als ich Wochen später ein Bett vorbeibrachte, saß sie mit ihrer Vermieterin im kleinen Hinterhof. Eine Nachbarin, blickdiagnostisch ebenfalls komplex traumatisiert, saß auch dabei. Die drei Frauen verstanden sich offenbar prima, tranken Kaffee und unterhielten sich angeregt. Ich war beeindruckt von der Fähigkeit dieser drei Frauen, ihr Leben zu bewältigen. Offensichtlich verstanden sie es, dem tristen Dasein schöne Augenblicke abzugewinnen.

#### **Schutzmauern einer therapeutischen Praxis**

Die psychotherapeutische Tätigkeit braucht einen geschützten Rahmen. Schon die mangelnde telefonische Erreichbarkeit ist ein Bollwerk nach draußen. Um komplex traumatisierte Menschen behandeln zu können, sind diese Schutzmauern notwendig, um nicht auszubrennen. Dadurch entsteht aber die Gefahr, dass Psycho-

therapie im geschützten Elfenbeinturm stattfindet. Die Unmittelbarkeit des Todes hat keine Chance, durch das Nadelöhr der monatelangen Wartezeit zu dringen. Ich mache im Notdienst die Erfahrung, dass Menschen durchaus mit dem Sterben umgehen können und dass der Tod nicht zwangsläufig traumatisierend sein muss. Noch etwas anderes lerne ich im Notdienst: Ich sehe plötzlich, welche Bewältigungsmechanismen Menschen in Extremsituationen haben und entwickeln.

#### **Heilende, neue Erfahrung**

Natürlich habe ich im Rahmen der Weiterbildung in den Kliniken immer wieder Bereitschaftsdienst geleistet. In all den Jahren habe ich den Bereitschaftsdienst aber immer in einem Grundzustand milder Panik durchgestanden. Jeder Dienst bedeutete Stress für mich. Die Dienste jetzt kann ich meist mit Ruhe und Gelassenheit angehen. Das ist für mich eine korrigierende Neuerfahrung. Anscheinend haben die Jahre der Selbsterfahrung doch einiges gebracht. Ich bin reifer geworden und kann mich und andere beruhigen. Von daher ist es schön für mich zu erleben, dass ich ärztlich tätig sein kann.

Als der „Herr Doktor“ kann ich mit einfachsten Mitteln heilen, lindern oder aber einfach nur zur Seite stehen, die drei Grundaufgaben des Arztes. Ich gewinne Einblick in Lebenswelten, zu denen ich sonst keinen Zutritt hätte.

So freue ich mich schon auf die nächste Dienstwoche, wenn ich mich wieder auf den Weg mache – natürlich mit dem alten Lied: „Davy’s on the Road Again“.



Foto: Privat

#### **Dr. Andreas Knodt**

ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, seit 2004 in eigener Praxis (tiefenpsychologisch

fundiert). Er fragt gern nach hilfreichen Geschichten und erzählt selbst welche, auch biblische. Dazu erscheint 2017 sein erstes Buch.

# Arzt auf Augenhöhe

Der Ärztliche Psychotherapeut ist ein Vermittler zwischen den Welten. Seine besondere Position verdankt er auch jener Sonderrolle, die die Psychotherapie in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg eingenommen hat

Von **Wolfgang Merkle**

\_\_ **Hatte die Medizin** im 19. Jahrhundert eine radikal naturwissenschaftliche Umwandlung erfahren, in der die Seele des Patienten kaum mehr Beachtung erfuhr, so war die Psychosomatik des 20. Jahrhunderts in gewisser Weise als Gegenbewegung zu sehen.

Schon früh nach dem Start der modernen Psychotherapie durch Freud versuchten Psychoanalytiker wie Ferenczi, Groddeck und Alexander, auch psychosomatische Störungen mit Psychotherapie zu behandeln. Auch wenn sich die körperlichen Ausdrucksformen der unbewussten Konflikte, der defizitären Entwicklungen, erlittenen Traumata und Verluste im Laufe des letzten Jahrhunderts erheblich veränderten, gab es schon früh Überlegungen, dass psychosomatische Medizin nicht nur der Gesprächstherapie im ambulanten Bereich, sondern der Krankenhaus- oder Sanatoriumsbehandlung bedürfe, da an diesen Orten auch die Anwendung nichtsprachlicher Therapieverfahren möglich war.

Dabei spielte die enge Verknüpfung von körperlich-ärztlicher *Behandlung* mit psychotherapeutischen Gesprächstechniken eine wichtige und integrative Rolle. So kam es zur Gründung von Kliniken, in denen es die Möglichkeiten gab, unter einer Regressionsförderung über eine integrierte psychosomatische Therapie zur Behandlung sogenannter früher Störungen zu kommen. Ein Beispiel dafür ist die 1927 gegründete Simmelklinik in Berlin, eine psychotherapeutische Klinik im Sanatorium Schloss Tegel mit 74 Betten. Eine lange Lebensdauer war der Klinik nicht be-

schieden: Bereits 1931 musste sie wegen der Wirtschaftskrise wieder schließen.

Wegen der Entwicklungen im „Dritten Reich“ ging nach dem Zweiten Weltkrieg die Entwicklung der Psychotherapie mehr von den internistischen Kliniken aus als von den psychiatrischen Kliniken. Man denke nur an Ärzte wie von Uexkuell, Weizsäcker, Mitscherlich, Jores, Thomä oder Meyer. „Von wenigen Ausnahmen abgesehen (zum Beispiel Kretschmer, Störing, Mauz) hat die deutsche Hochschulpsychiatrie [...] Psychotherapie erst mit zwei oder drei Jahrzehnten Verspätung integriert. Internisten konnten für ihre psychosomatischen Patienten bei ihren Psychiater-Kollegen schwerlich psychotherapeutische Hilfe finden, und so gründeten sie – sofern sie für psychosoziale Krankheitsfaktoren sensibel waren – ihre eigenen Abteilungen [...]“ (Denkschrift '90, Seite 7)

Die Frage, warum gerade in Deutschland die Psychosomatik eine so bedeutende Rolle gewinnen konnte und nicht etwa die Psychiatrie die wesentlichen Impulse für die Psychotherapie nach dem Krieg gegeben hat, ist nicht geklärt. Ein Punkt dürfte sicher sein, dass die Psychosomatik in gewisser Weise nach dem Krieg neu entstand, sich damit auch im Nationalsozialismus nicht in gleicher Weise schuldig gemacht hatte. Außerdem hatten viele der psychotherapeutisch-psychoanalytischen Ärzte (Freud eingeschlossen) aus dem „Dritten Reich“ emigrieren müssen, waren aus Deutschland vertrieben oder verfolgt und umgebracht worden. Der Psychiatrie fehlten deshalb nach dem Zweiten Weltkrieg die Vertreter

der Psychotherapie. Darüber hinaus orientierte sich die Psychiatrie nach 1945 sehr stark somatisch-biologisch.

Ein weiterer Grund könnte jedoch sehr viel tiefer liegen: Es gab in Deutschland durch die Studentenbewegung der 1960er Jahre eine tiefe Auseinandersetzung mit dem Verschweigen der großen Verbrechen und den Gräueln der Vätergeneration, nachdem die Zeit der 1950er Jahre eine Zeit des Aufschwungs, Aufbaus, Wirtschaftswunders, Verdrängens und Vergessens gewesen war. Dies ermöglichte es, dass gerade in Deutschland Schwachsein, Kranksein, Regression und Seelisch-Kranksein eine größere Würdigung erfuhren als in anderen Nationen, die diese Entwicklung nicht durchmachen mussten. Gehen wir davon aus, dass die Atmosphäre des „Dritten Reiches“ und der Jahrzehnte danach vor allem eine Kultur des Verschweigens war, eine Kultur des Nicht-Sprechens oder der Sprachlosigkeit, so verwundert es nicht, dass die Methoden der Psychotherapie, die sich des vorsprachlichen Bereichs bedienen, in Deutschland eine besondere Verbreitung fanden. Die Verbrechen waren so unverhohlen, konkretistisch, körperlich und hatten in einer Art und Weise stattgefunden, die vielen Menschen die Sprache, die Erwidern, die Differenzierung in einem Diskurs unmöglich gemacht hatte. Transgenerationelle Weitergabe erfolgte daher über „sprachlose“ Vermittlung von Körpererinnerungen, wie wir es heute durch die Entdeckung der Epigenetik besser zu verstehen beginnen. Es könnte also sein, dass die starke ärztliche Ent-



## Ärztliche Psychotherapeuten haben einen anderen Zugang zum Körperlichen

wicklung der Psychotherapie in Deutschland durchaus mit den leib-seelischen Erfahrungen einer ganzen Nation im 20. Jahrhundert zu tun hat.

Einen fulminanten Sprung machte die stationäre psychosomatische Therapie nicht nur seit der Einführung der psychosozialen Fächer in die medizinische Ausbildung 1970, sondern auch durch die Schaffung des neuen Facharztes für Psychotherapeutische Medizin durch den Ärztetag 1992. Später wurde dieser in den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umbenannt. Diese Entwicklungen blieben nicht folgenlos: Zählte man um 1990 noch jährlich über 2.000 Psychosomatik-Betten in Deutschland, hatte sich deren Zahl im Jahr 2015 in den Akutkliniken bereits verfünffacht – auf über 10.000! Man beachte: Bis 1990 war die stationäre Psychosomatik noch überwiegend in den Rehakliniken beheimatet gewesen. In den meisten Bundesländern wurde in diesem Zusammenhang auch versucht, die neuen psychosomatischen Betten wieder wohnortnah in die Allgemeinkrankenhäuser zu überführen, um vom Konzept der großen psychosomatischen Kliniken wegzukommen. Dies sollte auch die Vernetzung der somatischen Kliniken mit psychosomatischen

Angeboten wie Konsiliar- und Liaisondiensten verbessern.

Die ärztliche Psychotherapie ist in Deutschland deswegen so notwendig, weil sie es uns ermöglicht, im Gesundheitssystem – insbesondere in den somatischen Fächern der Medizin – auf einer auch von Ärzten anderer Fachgebiete akzeptierten Ebene das Wissen um die leib-seelischen Zusammenhänge wachzuhalten. So trägt die ärztliche Psychotherapie dazu bei, dass sie in den Krankenhäusern, Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und Ambulanzen immer vor Ort mit einem eigenen gleichwertigen Fach präsent und erreichbar bleibt – zum Beispiel im Rahmen des Konsiliar- und Liaisondienstes.

Der direkte Zugang zum Patienten, das Ausmaß der Verantwortung für ihn, wird im Medizinstudium direkt erlernt und erfahren. Das gelingt nicht nur durch die direkte Begegnung mit Patienten während der Studienzeit, sondern auch durch die körperliche Berührung und *Behandlung*. Dies wirkt sich positiv in der psychotherapeutischen ganzheitlichen Behandlung von Patienten mit körperlichen Erkrankungen aus.

Der Zugang zum Körper, die Differenzierung in der Schilderung der Beschwerden, das Unterscheiden von soma-

toformen und somatopsychischen Erkrankungen ist für den psychotherapeutischen Arzt einfacher als für den Psychologen. Sicherlich fällt Ärztlichen Psychotherapeuten die Abwägung der Notwendigkeit von Überweisungen, zusätzlichen Untersuchungen oder der Gefährdung durch die körperlichen Symptome leichter. Die Möglichkeit, Körper und Seele einschätzen zu können, verringert die Angst des Ärztlichen Therapeuten. In der Regel fühlt sich dadurch auch der Patient sicherer und geborgener. Die Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Beschwerden im engeren Sinne erfordert medizinischen Sachverstand, um den Zeitpunkt der Notwendigkeit somatischen Eingreifens besser einschätzen zu können und neurotische von Realgefahren besser abgrenzen zu können.

Ärzte stehen in der Regel im engeren Kontakt mit dem medizinischen System – der Ärztliche Psychotherapeut kann diesen Vorteil nutzen: Bei multimorbiden Patienten bieten sich ihm mehr Möglichkeiten, zwischen dem Patienten und dem medizinischen System zu vermitteln. Auch im Umgang mit Medikamenten, speziell mit Psychopharmaka, bleibt dem Ärztlichen Psychotherapeuten ein größerer Spielraum – entweder um selbst zu verordnen oder um zu delegieren. Auf jeden Fall kann er mitentscheiden – und zwar auf Augenhöhe. Dadurch kann er dazu beitragen, dass es weder zu einer Unterversorgung noch zu einem Fehleinsatz von Psychopharmaka, der ebenfalls große Schäden bewirken kann, kommt. \_\_\_

Literatur erhältlich über [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de)



Foto: Privat

### Dr. Wolfgang Merkle

leitet als Chefarzt und Gründer die Psychosomatische Klinik am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt a. M.

Der Psychoanalytiker und Psychiater ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Facharzt für Psychiatrie und engagiert sich in der CPKA als Stellvertretender Vorsitzender.

# Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie aus der Sicht der Bundesärztekammer

Welche Aussagen treffen die drei Forschungsgutachten, die im Auftrag der Bundesärztekammer zur spezifischen Rolle der ärztlichen Psychotherapie erstellt wurden?

Von **Erika Goetz-Erdmann**

Im Auftrag der Bundesärztekammer (BÄK) wurden drei Forschungsgutachten in Auftrag gegeben, die die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie in Deutschland untersuchen sollten. Erstellt wurden die Expertisen in drei Arbeitsgruppen: eine Arbeitsgruppe um den Münsteraner Lehrstuhlinhaber für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Gereon Heuft, eine Arbeitsgruppe um die Lehrstuhlinhaberin für allgemeine Psychiatrie in Heidelberg, Sabine Herpertz, und eine Arbeitsgruppe um den emeritierten Lehrstuhlinhaber für Psychotherapie und Psychosomatik in Dresden, Peter Joraschky. Nach Vorlage der Expertisen wurde ferner unter der Schirmherrschaft der BÄK in Hannover 2014 ein Symposium zu dieser Thematik veranstaltet.

In der Arbeitsgruppe um Herpertz wurde versucht, genauer zu beschreiben, wie ärztliche Psychotherapie vom ärztlichen Gespräch abgegrenzt werden könne.

„Ärztliche Psychotherapie kann folgendermaßen definiert werden: Sie ist ein geplanter interaktioneller Prozess nach ausführlicher Diagnostik unter definierter Zielsetzung und gezielter Auswahl von Methoden und Techniken oder eines Verfahrens.“

Als Grundlage diene das Wissen um biopsychosoziale und psychosomatische Zusammenhänge. Dann könne ärztliche Psychotherapie sowohl bei leichten als auch bei schweren Erkrankungen, sowohl zeitlich begrenzt als auch unbefristet, häufig oder mit geringerer Frequenz, als alleinige Intervention oder in Kombination mit medikamentöser sowie sozialtherapeutischer Behandlung angewandt werden. Einzige Vorgabe der Arbeitsgruppe: Es handele sich

immer um einen inhaltlich zusammenhängenden Prozess, der mindestens sechs Interventionen von mindestens 20 Minuten Dauer pro Intervention innerhalb von einem halben Jahr umfasst.

In dieser Arbeitsgruppe wurde ferner untersucht, welche unterschiedlichen Schwerpunkte und Spektren die verschiedenen Berufsgruppen, die ambulante Psychotherapie anbieten, aufweisen. Als relevante Berufsgruppen werden aufgeführt:

- *Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für Nervenheilkunde* versorgen eine hohe Anzahl von Menschen aus dem gesamten Spektrum der seelischen Erkrankungen auf Kosten der Intensität der Behandlung des Einzelnen. Die Psychiater wären wesentlich flexibler in ihren Leistungen, ihnen sei es möglich, von der Richtlinienpsychotherapie bis zur lebenslangen niederfrequenten Beratung dem Patienten angepasst Hilfe zu leisten.

- *Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* haben einen höheren Anteil diagnostischer Maßnahmen pro Patient. Die eine Hälfte arbeitet vorrangig mit Gesprächsleistungen, die andere Hälfte mit einem sozialpsychiatrischen Team, sodass die Einzelleistung des Arztes pro Fall geringer ausfällt.

- Die Gruppe der *Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin bzw. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* sind spezialisiert auf Krankheiten und Leidenszustände, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind. Sie erbringen die meisten antragspflichtigen Leis-

tungen pro Patient und behandeln am häufigsten Menschen mit depressiven Erkrankungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen sowie Angststörungen.

- *Ärztliche Psychotherapeuten* erbringen zu 97,6 % Richtlinienpsychotherapie.

- *Sonstige psychotherapeutisch tätige Ärzte* rechnen Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung ab, teilweise auch Leistungen der Richtlinienpsychotherapie. Sie können für manche Patienten den Zugang zu einer indizierten Psychotherapie erleichtern.

- *Hausärzte und Fachärzte mit Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung* erbringen die psychosomatische Basisversorgung als primär somatisch tätige Ärzte, die psychische Probleme und Erkrankungen sicher erkennen und angemessen berücksichtigen sollen. 58,5 % der Hausärzte erbringen Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung, 2 % aller Hausärzte bzw. 3 % der Hausärzte, die auch Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung erbringen, rechnen auch Leistungen der Richtlinienpsychotherapie ab.

- *Psychologische Psychotherapeuten* behandeln Menschen mit Störungen mit Krankheitswert unter Berücksichtigung der Wechselbeziehungen zwischen Mensch und Umwelt. Sie erbringen mehr Testdiagnostik als Ärztliche Psychotherapeuten.

- *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten* erbringen ähnlich viel Testdiagnostik wie die Kinder- und Jugendpsychiater.

In der Arbeitsgruppe um Heuft wurde versucht, die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie anhand der Befragung der Bevölkerung, aber auch niedergelassener

Ärzte, PP, KJP und Fachgesellschaften zu erfassen. Ziel der Befragung der Allgemeinbevölkerung war die Erhebung von Daten bezüglich der Kenntnisse und Einstellungen über diverse therapeutische Berufsgruppen. Unter anderem wurde gefragt, bei wem sich der Befragte bei bestehenden psychischen Erkrankungen oder Problemen Hilfe suchen würde und ob sich der Befragte bei bestehendem Bedarf an einer psychotherapeutischen Behandlung eher an einen Arzt oder Psychologen wenden würde.

Sowohl aus Sicht der Bevölkerung als auch aus Sicht der niedergelassenen Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten und der Klinikärzte lässt sich dieser Studie entsprechend ein eindeutiger Schwerpunkt der ärztlichen Psychotherapie ausmachen – und zwar in der Behandlung von Patienten mit somatischen Symptomen wie psychogenen Essstörungen, somatoformen (Schmerz-)Störungen oder dissoziativen Störungen. Bei Älteren und bei psychischen Erkrankungen wird ferner eine medikamentöse Behandlungsoption gesehen.

Darüber hinaus wird eine besondere ärztlich-psychotherapeutische Expertise hinsichtlich der psychischen Verarbeitung herausfordernder primär somatischer Störungen (somato-psycho-somatische Problemlagen) gesehen. Darauf sei auch von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften hingewiesen worden, die sich zur Frage einer spezifischen Rolle der ärztlichen Psychotherapie geäußert haben.

Außerdem untersuchte die Heuft-Gruppe den Stellenwert der ärztlichen Psychotherapie aus der Sicht niedergelassener ÄP, PP, KJP, von Krankenhausärzten und Fachgesellschaften. So wurde beispielsweise gefragt, ob die ärztliche Psychotherapie für verzichtbar gehalten wird, welchen Stellenwert sie bei bestimmten Diagnosegruppen, Patientenmerkmalen und Beschwerdebildern hat und wie die Zukunft der ärztlichen Psychotherapie gesehen wird.

Bei den Medizinerinnen habe sich der Hinweis ergeben, dass sie ärztliche Psychotherapie eher für erforderlich als nur wünschenswert halten. Die Psychologen hielten dagegen ärztliche Psychotherapie bei den meisten Patientengruppen für eher verzichtbar. Bei der Befragung somatisch tätiger Klinikärzte habe sich die Tendenz gezeigt, dass ärztliche Psychotherapie in allen genannten Bereichen für notwendig gehalten wird.

**Die Arbeitsgruppe um Joraschky** sah eher die großen Gemeinsamkeiten zwischen den Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten, die Richtlinienpsychotherapien anbieten. Die befragten Psychotherapeuten aller Berufsgruppen hätten die gegenseitige Wertschätzung betont. Sie hätten zwar Unterschiede zwischen Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und analytischer Psychotherapie gesehen, seien aber der Ansicht gewesen, dass sich die Verfahren gut ergänzen. Insbesondere die Gruppe der PP habe keinen wesentlichen Unterschied zwischen der Arbeit der ÄP und der PP erkennen können.

## **Drei Arbeitsgruppen, drei Ansätze, eine Frage: Welche Aufgaben machen das Berufsfeld des Ärztlichen Psychotherapeuten aus?**

Die Besonderheiten der ärztlichen Psychotherapie lassen sich, wenn man die Ergebnisse der drei Expertisen und des Symposiums zusammenfasst, in folgenden Punkten benennen:

- Ärzte seien besser in der Lage, Psychotherapie vielfältiger einzusetzen, flexibler auf die Bedürfnisse des Einzelfalls anzupassen und in komplexe Behandlungsprogramme zu integrieren. Sie seien deshalb für Menschen mit komorbiden Störungen besser gerüstet und besser auf schwer und lebensgefährlich erkrankte Menschen vorbereitet.

- Bei Ärzten bestehe eine Identifikation mit der somatischen Medizin durch die ärztliche Sozialisation. Sie fokussierten mehr auf die Wechselwirkung zwischen körperlicher Erkrankung und psychischem Befinden. Sie seien eher auf eine Kooperation mit anderen eingestellt und könnten Psychopharmakotherapie und Psychotherapie kombinieren. Sie seien eher bereit, auch schwere Krankheitsverläufe zu behandeln, hätten mehr psychiatrische Kompetenz, zum Beispiel bei Psychosen, Süchten und bipolaren Stö-

rungen. Gleichzeitig zeigten sie mehr Bereitschaft, sich auch auf LZT einzulassen

- Die Krankheitslast der behandelten Patienten sei bei den Ärztlichen Psychotherapeuten erheblich höher als bei den Psychologischen Psychotherapeuten.

- Ärzte hätten gegenüber den anderen Professionen den Vorteil, dass sie eine multimodale Therapie aus einer Hand anbieten könnten, dass sie einen Gesamtbehandlungsplan erstellen könnten, der flexible Anwendungen auch über die Richtlinienpsychotherapie hinaus ermögliche. Gleichzeitig seien sie dazu in der Lage, komorbiden Patienten komplexe Behandlungsprogramme zu ermöglichen, und seien für die Behandlung schwer Erkrankter besonders belastbar.

Letztlich wurden auf dem Symposium zur spezifischen Rolle der ärztlichen Psychotherapie in Hannover im Jahr 2014 folgende Befürchtungen geäußert:

- Die Medizin gibt ihre Qualität als Beziehungsmedizin im Dienst ihrer Patienten auf (ökonomische Überformung).

- Die Kompetenz der ärztlichen Psychotherapie wird infrage gestellt.

- Die Dimension des Psychischen wird aus der Medizin ausgegliedert.

Dabei wurden folgende Forderungen aufgestellt:

- Die ärztliche Psychotherapie müsse besser institutionell verankert werden. Als Beispiel wird benannt, dass die BpTK in gesundheitspolitische Entscheidungsfindungsprozesse einbezogen wird, die BÄK aber nicht, wie bei der Einführung des neuen Psych-Entgeltsystems im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes. Die Zuständigkeit für Fragen der ärztlichen Psychotherapie bei der BÄK sei nicht eindeutig zugeordnet. Hier sollte mehr Expertise und Durchsetzungskraft und eine aktive Vertretung durch die BÄK für die psychotherapeutisch tätigen Ärzte gefunden werden.

- Psychotherapie müsse mehr Eingang in die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten finden.

- Es müsse ein differenziertes Programm von psychotherapeutischen Leistungen im ambulanten und stationären Bereich entwickelt werden.

- Die ärztliche Repräsentanz der psychosozialen Medizin müsse bei den politischen Entscheidungsträgern und in der Bevölkerung gestärkt werden.

# Nichts gesagt und viel gemeint

Wie entstehen unbewusste Prozesse in einer Liebesbeziehung? Roland Kachler beschreibt in seinem neuesten Buch, wie sich Erkenntnisse über das Paar-Unbewusste in der Therapie nutzen lassen

Von **Peter Stimpfle**

**Nach der wegweisenden Beschäftigung** mit dem Thema Trauer hat sich Roland Kachler nun mit dem Paar-Unbewussten beschäftigt. Er verbindet in seinem anspruchsvollen und sehr lesenswerten Buch hypnosystemische und tiefenpsychologische Aspekte mit Erkenntnissen der Neurobiologie. Das Unbewusste in der Therapie als eigentliche Wirkgröße zu nutzen erscheint schwierig, da in einer Paarbeziehung zwischen und in den Partnern gleichzeitig eine Vielzahl komplexer unbewusster Austauschprozesse ablaufen, wofür er das Konstrukt des Paar-Unbewussten einführt.

Aktuelle Erkenntnisse der Hirnforschung zeigen, dass das Gehirn ein Beziehungsorgan ist, das nicht ohne den interaktionalen Kontext der Beziehungen seiner externen Umwelt und den internalen Kontext (die inneren Bedeutungsgebungen, die innere Welt eines Individuums) verstanden werden kann. Kachler differenziert den Ansatz der unbewussten Paarkollusion von Jürg Willi und befreit diesen von ana-

lytischen Konzepten. Es geht ihm ganz praktisch darum, die komplexe unbewusste Thematik eines Paares anzugehen. Die Neurowissenschaften konnten nachweisen, dass Spiegelneuronen es uns ermöglichen, die Gefühle eines anderen Menschen mitzuerleben, was sich in einer Paarbeziehung sehr problematisch auswirken kann. Unbewusst konstituieren wir uns und unsere Beziehungen im Spiegel des anderen. Über Fallvignetten zeigt Kachler praxisnah, was typische unbewusste Paarthemen sein können, etwa: Nähe, Distanz, Macht, Autonomie, Rivalität?

Tatsächlich läuft ein hoher Anteil der Kommunikation (bis zu 95 %) unbewusst über Mimik, Gestik, Blicke, Berührungen und physiologische Erregungsprozesse (Sexualität, Streit, Aufregung um der Aufregung willen) ab. Der Autor plädiert für eine klare Therapiestruktur, die angesichts des häufigen Kommunikationschaos nötig sei. Diese besteht aus Erstgespräch, Zieldefinition, der Frage danach, woran die Zielerreichung gemessen wird, und aus dem Verstehen der unbewussten Dynamik. Chaotische Vorwurfskommunikation zu unterbinden sei unerlässlich für konstruktive Therapie. Der Therapeut müsse darauf einwirken, unbewusste Paarverträge, die als gemeinsames unbewusstes Arrangement („Ich Sorge für Nähe in der Beziehung“ vs. „Ich Sorge für Autonomie“) wirken, bewusst zu machen.

Die Frage danach, was den einen am anderen in der Phase des Kennenlernens fasziniert hat, kann einen Zugang zur

unbewussten Dynamik eröffnen. Die Geschichte des Kennenlernens zeigt auch, wo unbewusst Heilung vom anderen erwartet wird. Im trancehaften Nacherleben dieser Periode zeigen sich sowohl Stärken des Paares als auch Konfliktpotenziale. Die Delegation eigener Bedürfnisse an den anderen muss dann zurückgenommen werden. Stattdessen gilt es, die Verantwortung für eigene Bedürfnisse zu übernehmen und nachzuspüren, welche unbewussten Bedürfnisse im eigenen Körper nach Befriedigung verlangen.

Im Vordergrund der Therapie steht für Kachler das Kennenlernen der unbewussten Bedürfnisse. Dabei geht es vor allem um das Betrauern von Bedürfnissen, die in der Kindheit frustriert wurden, über den Partner aber nicht nachgeholt werden können. Das Betrauern der eigenen Grenzen und der Grenzen des Partners ist ein wichtiger Teil des Prozesses. Der wesentliche Fortschritt in der Paartherapie besteht für den Autoren darin, die eigene Persönlichkeit weiterzuentwickeln.

Neben theoretischen Reflexionen findet man im Buch praktische Anleitungen und wörtliche Formulierungen, um Paare einzuladen, in Trance neue Erfahrungen zu erleben. So können Paartherapeuten, die sich anderen therapeutischen Traditionen verpflichtet sehen, lernen, mit Trance zu arbeiten. Ein dermaßen strukturiertes Modell der Paartherapie vermag es, sowohl dem Therapeuten als auch dem Paar Sicherheit zu geben – im besten Fall lässt es die Paartherapie spielend leicht erscheinen.



# Den inneren Drachen vertreiben

## Spielerisch therapieren! Dafür plädiert das erste störungsspezifische Buch zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Schematherapie

Von **Ariadne Sartorius**

\_\_Es gibt eine Schwachstelle im Modus- team von *Olli Ordnung*, *Scary*, *Disziplinus* und *Stressorius*, und diese hat *Nasty Dragon*, der externalisierte Zwang des elfjährigen Finn, ausfindig gemacht und daraus seine Stärke entwickelt. Aber Finn stellt mit einer Fingerpuppenaufstellung seiner anderen Modi *Contentus*, *Happy Child* und *Intellectus* ein starkes Team zusammen, das den „Eindringling“ *Nasty Dragon* in einem Rollenspiel entmachtet und vertreibt. Und wie sollte *Nasty Dragon* noch Feuer spucken können, wenn Finn ihm mit einem Feuerwehrschauch in den Rachen spritzt?

Verhaltenstherapie kann mehr als Verstärkerpläne, Exposition oder Selbstinstruktion. Verhaltenstherapie kann spielen, kann Fantasien und Kreativität von Kindern (und uns Therapeuten) nutzen und mit ihnen arbeiten. Nachlesen und lernen kann man diesen spielerischen Umgang und die Behandlung von Störungen schon in einigen Fachwerken. Nun gibt es das erste störungsspezifische Buch zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Schematherapie.

Der über 300 Seiten starke Band beginnt mit den Grundlagen der Schematherapie. Neulinge erhalten eine erste Idee des Konzepts, bereits fortgebildeten Kollegen bietet das Kapitel eine zusammenfassende Wiederholung. Im Anschluss finden sich acht Aufsätze verschiedener Autoren zur Behandlung von verschiedenen Störungsbildern, die den neuesten Stand in der Entwicklung der Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen

darstellen. Christof Loose, Peter Graf und Johanna Louisa Boysen – um nur einige Autoren zu nennen – befassen sich mit der Behandlung von ADHS, Störungen des Sozialverhaltens, Depressionen, Angststörungen, Zwangsstörungen, Essstörungen, der Autismus-Spektrums-Störung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Damit werden die häufigen Störungsbilder in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie abgebildet. Veranschaulicht wird die praktische Fallarbeit in diversen Schaubildern, Skizzen und Fotos von Modusmodellen, inneren Häusern und Aufstellungen.

Im Buch bekommt der Leser zudem Hinweise zu schematherapeutischen Sichtweisen einzelner Störungsbilder, schematherapeutischer spezifischer Diagnostik und störungsspezifischer typischer Schemata. Diese sind nicht als regelhaft, sondern als häufig zu beobachtende Schemata, Modi und Bewältigungsstrategien zu verstehen. Sie können Hilfestellungen bei der Hypothesenbildung geben und in ein komplexes Störungsmodell eingebunden werden, das nicht nur die Lerngeschichte von Kindern und Jugendlichen, sondern auch die eigenen biografischen und psychischen Hintergründe der Eltern mit berücksichtigt. Sie bieten aber auch Hilfestellung, störungsspezifische Ideen für die Arbeit auch komplexerer Erkrankungsbilder und Behandlungsverläufe miteinander in Beziehung zu setzen. Neulingen wie auch mit der Materie Vertrauten wird so nicht nur ein Nachschlagewerk geboten, sondern eine Inspirationsquelle, um Ideen fort- und das ei-

gene therapeutische Handeln weiterzuentwickeln. Eine umfangreiche Materialsammlung wird per E-Book im Buch nachgereicht.

„Schematherapie mit Kindern und Jugendlichen“ ist ein lesenswertes Werk, das Lust macht auf neue, kreative Ideen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Eben so, wie es auch in der Therapie mit dem an einer Depression erkrankten Andreas passiert: Andreas entwickelte Handlungskompetenzen in einer Aufstellung mithilfe eines „mit einer Infrarotkamera ausgestatteten Piloten“ als Teil des sogenannten kompetenten Kindes. Dieser Pilot wurde zum „Erinnerungshelfer ausgebildet“, „der auf Lähmung, Rückzug, aber auch Traurigkeit und Wut reagierte und das Helferteam zusammenrief“. Und zu diesem gehörte neben einem Magier und einem Wissenschaftler eben auch der kluge Andreas. Wer mag sich da noch zurückziehen, wenn ein Magier – ganz im Stil von Harry Potter – seinen Zauber versprüht?

Christof Loose (Hrsg.):  
**Schematherapie  
mit Kindern und  
Jugendlichen**  
Mit Online-Materialien

Beltz 2013  
352 Seiten, 39,95 Euro  
ISBN: 978-3621280143



# Hier könnte Ihre Anzeige stehen!

**Werben Sie in  
Projekt  
Psychotherapie,  
und erreichen Sie  
über 6.000  
interessierte Leser.**

**Fordern Sie jetzt  
Ihre Mediadaten  
mit Preislisten und  
Erscheinungsterminen  
an unter:**

**[anzeigen@projekt-psychotherapie.de](mailto:anzeigen@projekt-psychotherapie.de)**

## Impressum

**Herausgeber:** Bundesverband der  
Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.  
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin  
Tel.: 030/88 72 59 54 · Fax: 030/88 72 59 53  
bvvp@bvvp.de · www.bvvp.de

**Redaktionsleitung:** Martin Klett (V. i. S. d. P.)

**Verantwortlich für den Schwerpunkt:**  
Angelika Haun und Ulrike Böker

**Autoren:** Ulrike Böker, Jürgen Doebert,  
Erika Goez-Erdmann, Angelika Haun,  
Gereon Heuft, Andreas Knodt, Martin Kremser,  
Wolfgang Merkle, Claudia Ritter-Rupp, Ariadne  
Sartorius, Peter Stimpfle, Benedikt Waldherr

**Verlag:** Medienanker Marketing & Kommunikation e.K.  
Chausseestraße 11 · 10115 Berlin  
Fon: 030.39 835 188-0 · Fax: 030.39 835 188-5

**Textchef:** Jens Wiesner

**Projektleitung:** Nicole Suchier

**Artdirektion/Illustration:** Le Sprenger

**Anzeigen:** [anzeigen@projekt-psychotherapie.de](mailto:anzeigen@projekt-psychotherapie.de)  
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2015

**ISSN:** 2193-3766

Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 Euro.  
Abonnement 49,50 Euro inkl. Versand (4 Ausgaben).  
Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer  
Mitgliedschaft kostenfrei.

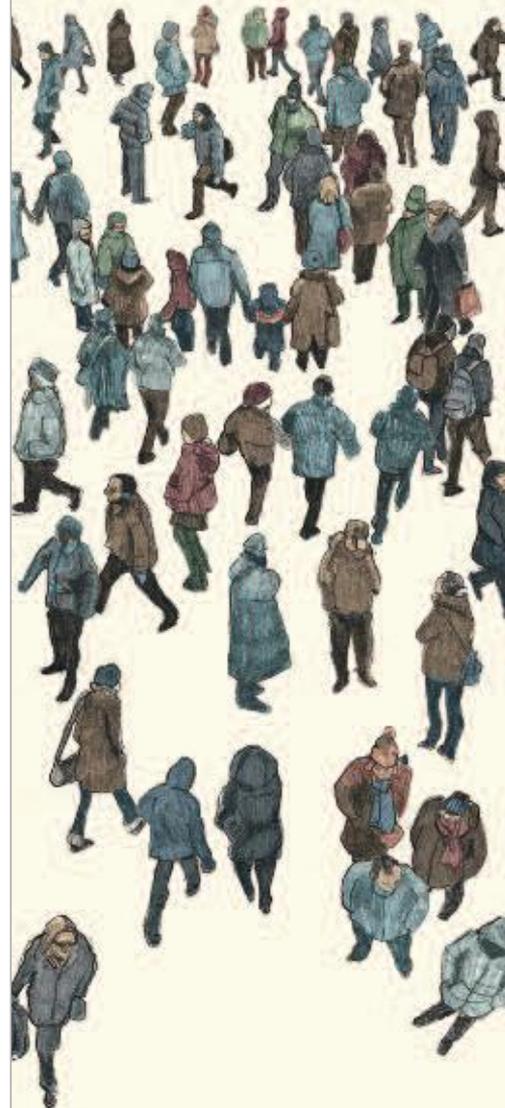
**Info und Bestellung:**

bvvp-Bundesgeschäftsstelle: [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de)

**Periodizität:** Quartal

**Copyright:** Alle Rechte vorbehalten. Zitate nur mit  
Quellenangabe. Nachdruck nur mit Genehmigung  
der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete  
Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des  
Herausgebers oder der Redaktion wieder. Bei  
Einsendungen von Manuskripten wird, sofern nicht  
anders vermerkt, das Einverständnis zur Veröffent-  
lichung vorausgesetzt.

## Marktplatz



**Ihre Kleinanzeige  
auf dem  
Marktplatz in  
Projekt Psychotherapie**

Bis 200 Zeichen 40 Euro.

Schicken Sie Ihren Anzeigentext an:  
**[marktplatz@projekt-psychotherapie.de](mailto:marktplatz@projekt-psychotherapie.de)**  
oder per Fax an: **030/39 835 188-5**  
Chiffre-Anzeigen werden derzeit  
nicht angeboten.

## Termine 2017

**2. bis 6. Januar**

**bvvp-Dreikönigs-Skifreizeit**  
Ort: am Golm im Montafon/  
Österreich

**25. Februar, 11 Uhr**

**Mitgliederversammlung des  
bvvp Westfalen-Lippe**  
Ort: Sozialzentrum der  
LWL-Klinik, Marsbruchstraße 179,  
44287 Dortmund-Aplerbeck

**23. bis 25. März**

**bvvp-Bundesdelegiertenversammlung**  
Ort: 36037 Fulda

**12./13. Mai**

**30. Deutscher Psychotherapeutentag**  
Weitere Informationen unter:  
[www.bptk.de/service/termine.html](http://www.bptk.de/service/termine.html)  
Ort: Hannover

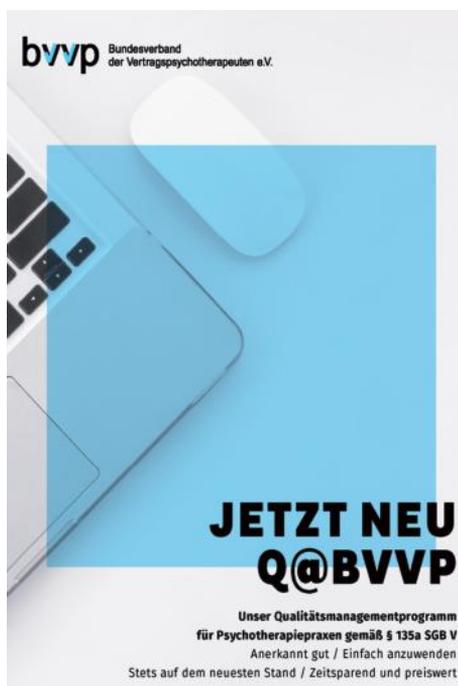
**23. bis 26. Mai**

**120. Deutscher Ärztetag 2017**  
Weitere Informationen unter:  
[www.bundesaerztekammer.de/  
aerztetag/120-deutscher-aerztetag-  
2017/organisation](http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/120-deutscher-aerztetag-2017/organisation)  
Ort: Freiburg

## Projekt Psychotherapie 01/2017

### AUSBLICK AUF DAS NÄCHSTE HEFT

Big Data ist ein Begriff, der für die zunehmende Digitalisierung in allen Lebensbereichen steht. Im Gesundheitswesen sind damit nicht nur große Datenmengen gemeint, sondern auch Technologien der Selbstvermessung und Datenvernetzung, die in Verbindung mit künstlicher Intelligenz zu ganz neuen Entscheidungsfindungen führen können. Welchen Einfluss haben diese Entwicklungen auf den Wandel unserer Kultur im privaten und beruflichen Bereich bis hinein in das psychotherapeutische Setting? Der Schwerpunkt des nächsten Heftes soll in dieses Thema einführen.



**bvvp** Bundesverband  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

**JETZT NEU  
Q@BVVP**

Unser Qualitätsmanagementprogramm  
für Psychotherapiepraxen gemäß § 135a SGB V  
Anerkannt gut / Einfach anzuwenden  
Stets auf dem neuesten Stand / Zeitsparend und preiswert

## q@bvvp

Seit 2004 sind auch niedergelassene PsychotherapeutInnen zur Einrichtung eines internen Qualitätsmanagements (QM) gesetzlich verpflichtet. Am 16.11.2016 ist nun die neue QM-Richtlinie in Kraft getreten, die unter anderem auch neue Methoden und Instrumente sektorenübergreifend einführt. Wir haben unser bewährtes und nutzerfreundliches System q@bvvp entsprechend aktualisiert und in eine neue Form gebracht. So werden alle Anforderungen der Richtlinie auf verständliche Weise und mit begrenztem Aufwand erfüllt.

Info und Anmeldung über die  
bvvp Bundesgeschäftsstelle:  
[bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de)

# Therapie-Tools

Materialien für die  
praktische Arbeit



€ 39,95 D. ISBN 978-3-621-28343-4

Sparen Sie Zeit in der täglichen Praxis – mit 148 Arbeitsmaterialien zur Behandlung Bipolarer Störungen in allen Phasen:

- Früherkennung • Impulskontrolle
- Akzeptanz • Ressourcen fördern
- Stressbewältigung • Problemlösestrategien • Metakognitives Training
- Rückfallprophylaxe u. a. m.



€ 39,95 D. ISBN 978-3-621-28355-7

Diese Therapie-Tools leiten Sie Schritt für Schritt durch die gesamte Therapie bei Zwangsstörungen:

- Beziehungsgestaltung • Fehlbewertungen
- Kognitive und metakognitive Strategien • Exposition • Motivationsschwierigkeiten
- Einbezug der Angehörigen u. a. m.

Alle Therapie-Tools  
mit Leseproben auf  
[www.beltz.de](http://www.beltz.de)

**BELTZ**

# Ausgekotzt – ein Leben nach Missbrauch und Bulimie

»Sonja Vukovic wurde bekannt, als ihr ein internationaler Bestseller gelang über das zweite Leben der Christiane F. – ein wirklich gutes Buch über die Sucht und darüber, wie sie Menschen packt und für den Rest des Lebens nicht mehr loslässt. Jetzt erstmals bekommen wir eine Idee davon, warum sie in der Lage war, so feinfühlig über die Sucht einer fremden Frau zu erzählen. Sie war nämlich selbst jahrelang süchtig, gefangen in einer Welt aus Magersucht und Bulimie. Es gibt viele Bücher zu diesem Thema, aber kaum eins, das so differenziert davon erzählt.«

MARKUS LANZ über GEGESSEN, in der Sendung vom 25. Oktober 2016



Immer mehr Mädchen und Jungen sind immer früher betroffen: Essstörungen. Sonja Vukovic litt dreizehn Jahre an Anorexie und Bulimie. Mit ihrer eigenen Geschichte offenbart die heute einunddreißigjährige Autorin und Journalistin schonungslos, wie diese Erkrankung sie fast ihr Leben gekostet hätte. Ihr Buch macht verständlich, in welchen Rausch die Betroffenen fallen, und wie schwer es ist, sich da heraus zu arbeiten. Schwer, aber nicht unmöglich.

Auch als E-Book erhältlich