

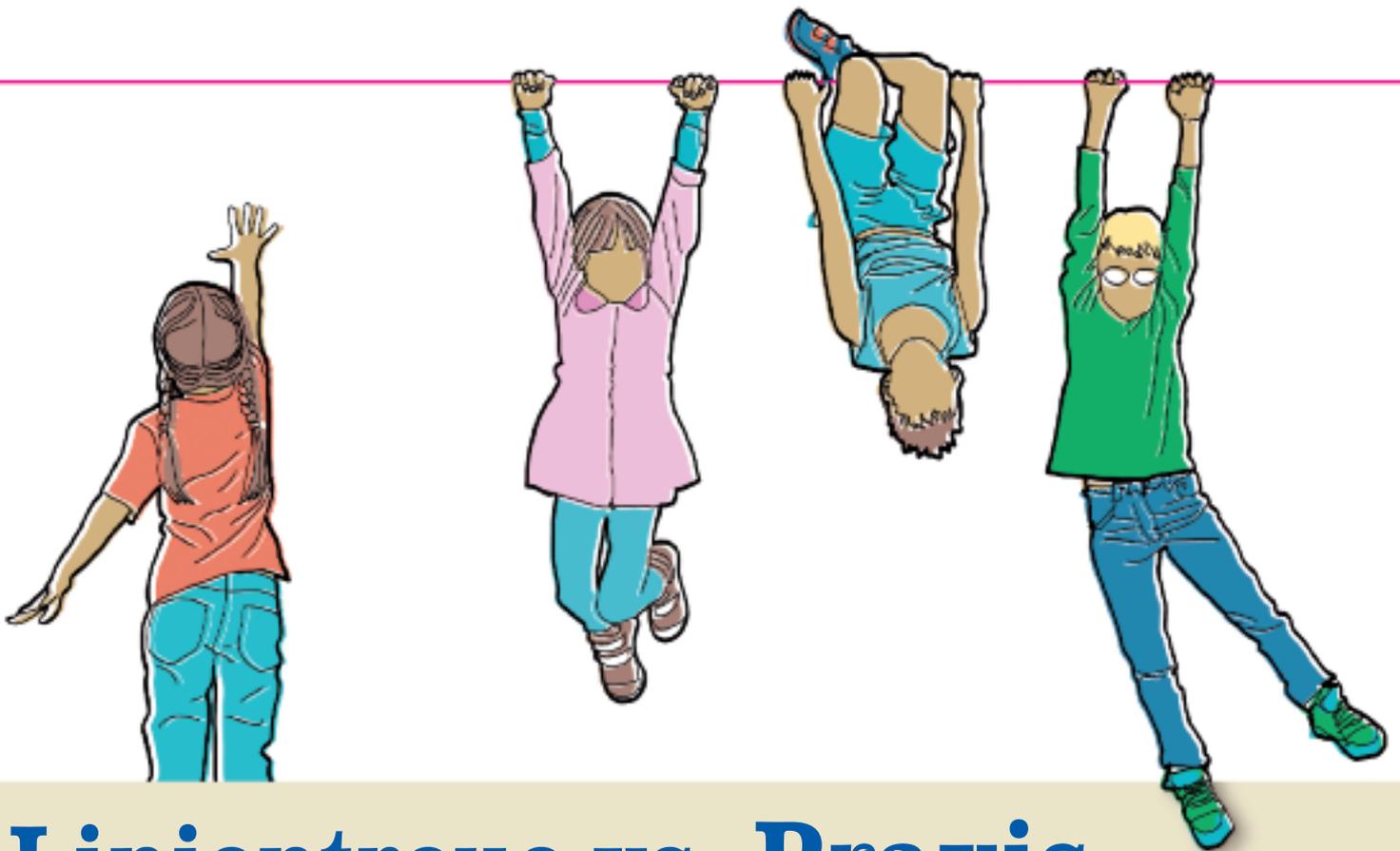
Projekt Psychotherapie

01/2018

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · www.bvvp.de



Linientreue vs. Praxis

Warum Leitlinien für die Behandlung von
Kindern und Jugendlichen oft zu kurz greifen

Rechtliche Stolpersteine

Lohnen sich halbe Versorgungsaufträge?

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Worauf Psychotherapeuten jetzt achten müssen

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.
- **kalkulierbare Beiträge** für bis zu 10 Jahre
- **Sie sind uns willkommen!**
Eintrittsalter bis zum 63. Geburtstag möglich.

BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt

Tagsatz:	€ 100,-
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,-
Jahresbeitrag:	€ 531,-
Beitrag pro Monat:	€ 44,-



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4
82008 Unterhaching
Tel.: 089 / 665 99 310 • www.dr-rinner.de



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

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

Zunächst möchte ich Sie alle sehr herzlich begrüßen im neuen Jahr. 2018 werden neue administrative Regelungen unseren Alltag weiter verändern. So besteht ab dem 1. April die Verpflichtung für unsere Patientinnen und Patienten, vor jeder psychotherapeutischen Behandlung eine Sprechstunde in Anspruch zu nehmen.

Auch Leitlinien verändern unsere Behandlungen: Seit über zehn Jahren sind sie ein zunehmend wichtig werdender Bereich in der Versorgungslandschaft und wollen vor dem Hintergrund aktueller Studien Behandlungsempfehlungen geben. Zu fast allen wichtigen Störungsgruppen (wie ADHS, Angst, Depression, Schizophrenie oder Substanzmissbrauch) gibt es inzwischen Leitlinien – und es werden immer mehr. Unser Heft-Schwerpunkt befasst sich deshalb mit diesem Thema, wobei wir einen besonderen Fokus auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie legen.

Von der Leitlinie „Depression“, die 2006 verabschiedet und seither schon revidiert wurde, haben einige vielleicht gehört. Aber wer kennt die darin enthaltenen Behandlungsempfehlungen im Detail wirklich? Erfüllen Leitlinien überhaupt ihren Anspruch, den Praxisalltag und die Behandlung der Patienten im Sinne der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse weiterzuentwickeln? Wer von uns benutzt Leitlinien konsequent zum Nachschlagen? Im bvvp beteiligen wir uns an der Entwicklung von Leitlinien, weil wir deren Praxisbezug und -kompatibilität fördern möchten. Dieses Heft setzt sich daher auch kritisch mit dem Thema auseinander.

Für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt es eigene Leitlinien. Ariadne Sartorius, die diesen Schwerpunkt redaktionell begleitet hat, macht in ihrem Einleitungstext deutlich, dass sich die Entwicklung im KJP-Bereich komplexer und komplizierter ausnimmt als im Erwachsenenbereich. Dadurch kommt es öfter zu einer Engführung auf nur wenige leitliniengerechte Behandlungsempfehlungen. Hohe Studienzahlen sind hier selten. Manchmal stützen sich Empfehlungen nur auf einzelne gute Studien.

Kinder und Jugendliche befinden sich in einem bio-psycho-sozialen Entwicklungsprozess mit den sie prägenden Strukturen, weshalb eigentlich jedes Kind und jeder Jugendliche seine individuelle Therapie braucht. Auch bei Erwachsenen würden wir diese Logik zugrunde legen. Nichtsdestotrotz sind aus bvvp-Sicht Leitlinien, die auf den aktuellen Stand der Forschung fokussieren, für die Versorgung wichtig. Im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf den Versorgungsalltag bzw. ihre Relevanz für die Praxis sind sie aber auch kritisch zu hinterfragen. Bei kritischer Rezeption können sie zur Überprüfung der eigenen Behandlungspraxis dienen. Dazu möchte Sie die Lektüre unseres Schwerpunktes gern anregen.

Die Zukunft der halben Sitze im Lichte von Mengenbegrenzungen greift der Artikel von Roland Hartmann auf. Sowohl BSG als auch GKV-Spitzenverband betonten in der Verhandlung vom 11. Oktober 2017, dass die Abgabe halber Sitze eine erwünschte Versorgungsverbesserung sei. Dabei muss sichergestellt werden, dass Kolleginnen und Kollegen mit halbem Sitz wie bisher arbeiten können. Größtes Problem hierbei: Der Status quo dieser Regelung kann für die Zukunft nicht garantiert werden, was Unsicherheit unter vielen Kollegen auslöst.

Herzliche Grüße,
Benedikt Waldherr,
Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes



Projekt Psychotherapie

01/2018

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Meinung & Wissen

- 05 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 08 **Klassiker in neuem Gewand**
Was ist neu im 11. „Faber/Haarstrick“?
- 10 **Die bessere Hälfte**
Gibt es Bestandsschutz beim Abrechnungsvolumen halber Versorgungsaufträge?
- 12 **Seht euch mal die WANZ an!**
Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Psychotherapeuten
- 14 **Volldigitalisierung voraus!**
Ein Update zur Telematik-Infrastruktur
- 16 **Nichtzulassungsbeschwerde abgewiesen**
Norbert Bowe kommentiert das BSG-Urteil

Schwerpunkt Auf Linie gebracht?

- 19 **Forschung für die Praxis**
Wie uns Leitlinien leiten – und wo ihre Grenzen liegen
 - 20 **Schwieriger Balanceakt**
Zur versorgungsrelevanten Forschung im Kindes- und Jugendalter
 - 22 **Fehler im System**
Was in den Leitlinien zu Störungen des Kinder- und Jugendalters zu kurz kommt
 - 24 **Wie die Leitlinie ADHS entstand**
Prof. Dr. Manfred Döpfner im Interview
 - 28 **Muss es immer Goldstandard RCT sein?**
Die Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie und die Nutzenbewertung
- 32 **Literatur**
 - 34 **Ausblick auf Heft 02/2018, Marktplatz, Impressum**
 - 35 **Termine**



KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

Diskussion Bürgerversicherung

Obwohl es bei Redaktionsschluss noch keine Koalition gab, haben die Parteien einer erneut geplanten GroKo den Entwurf eines Koalitionsvertrags erstellt. Darin wird der Bürgerversicherung durch die Einrichtung einer Kommission zur Überprüfung der Einheitlichen Gebührenordnung erst einmal Einhalt geboten. Zuvor tobte in allen Medien die Diskussion darum, die Mehrzahl der Ärzte sprach sich vehement dagegen aus, nur bei den Psychotherapeuten war es recht still um dieses Thema. Woran mag das liegen? Leistungen in der GKV und in der PKV werden nach unterschiedlichen Gebührenordnungen abgerechnet. Während in der GKV viele Leistungen der somatischen Ärzte budgetiert oder in Form von Pauschalen vergütet werden, findet in der PKV durchgängig eine Einzelleistungsvergütung statt zu einer im Schnitt 2,3-fachen Honorarhöhe. Bei den Psychotherapeuten findet hingegen auch in der GKV für den größten Teil der Leistungen eine unbudgetierte Einzelleistungsvergütung statt, und das Honorar entspricht inzwischen dem einstmaligen akzeptablen, heute aber viel zu niedrigen Umfang der PKV. Bei den psychodynamischen Verfahren liegt es in der PKV sogar darunter, denn die Verhaltenstherapie wird schon immer etwas besser vergütet. Überdies sind die Rahmenbedingungen in der PKV und in der Beihilfe schwieriger, mit vielen formalen Anforderungen und oft nur sehr begrenzten Sitzungszahlen. So hört man von Kollegen vermehrt, dass sie keine Privatpatienten mehr annehmen. Insofern ist das Thema der Psychotherapeuten nicht die Bürgerversicherung, sondern endlich eine Vergütung in angemessener Höhe, egal unter welcher Gebührenordnung und unter welchem Versicherungssystem.

EBM-Reform

Die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs EBM der Fachärzte, der Gebührenordnung der GKV, ist in Arbeit und hat sich inzwischen den 1. Januar 2019 zum Ziel gesetzt. Im Zentrum stehen die Überprüfung der Betriebskosten sowie der Kalkulationszeiten. Während sich die somatischen Ärzte dabei große Sorgen machen, da deren Zeiten für die Leistungserbringung durchgängig zu hoch angesetzt sind, können die Psychotherapeuten entspannt bleiben. Die Kalkulationszeit von 60 Minuten für eine Sitzung von mindestens 50 Minuten ist nämlich keinesfalls über-, sondern ganz eindeutig unterbewertet. Hier liegt somit auch aus Sicht der Psychotherapeuten die wichtigste Stellschraube für die Reform: in der Anhebung der Kalkulationszeiten. Auch die Betriebskosten der EBM-Kalkulation psychotherapeutischer Leistungen sind zu niedrig angesetzt, denn es werden die Kosten einer Durchschnittspraxis rechnerisch verknüpft mit einer Maximalauslastung an Behandlungsstunden. Es gab bereits Anhörungen der Verbände zu den Kapiteln 22, 23 und 35, bei denen es vorrangig um Ergänzungen des Ziffernkranzes und die Überprüfung von Ausschlüssen ging. An der EBM-AG des Beratenden Fachausschusses der KBV wirken aus dem bvvp Ulrike Böker und Lisa Störmann-Gaede mit.

Neues aus der Bedarfsplanung

Das von der KBV in Auftrag gegebene Großgutachten ist in Arbeit, mit Ergebnissen wird Mitte 2018 gerechnet. Auch der bvvp wurde um eine Stellungnahme zu verschiedenen Fragen der Bedarfsplanung gebeten.

Währenddessen wurde im Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA die Bedarfsplanung in der Sonderregion Ruhrgebiet überarbeitet und ein Beschluss getroffen, der dieser Region 85 neue psychotherapeutische Sitze zugesteht. Die neue Verhältniszahl ist 5.435 Einwohner pro Psychotherapeut (alt: 8.743). In einigen Planungsgebieten wird es gar keine neuen Psychotherapeuten geben, die Versorgungsquote wird im Ergebnis nur „heruntergerechnet“ von beispielsweise 280 Prozent auf 175 Prozent Überversorgung, in anderen Bereichen kommen mehrere Sitze hinzu. Die Landesausschüsse müssen erst tagen und die Reaktivierungen beschließen. Dies entspricht sicherlich nicht dem Bedarf, zumal im Zusammenhang mit der Installation der Terminservicestellen (TSS) der Kostenerstattung zunehmend das Wasser abgegraben wird. Diese spielte bisher gerade im Ruhrgebiet eine wichtige Rolle bei der Sicherung der Versorgung.

Ein weiterer Beschluss des G-BA betrifft die Weitergabe ärztlicher Psychotherapie-sitze: Wenn sich verschiedene psychotherapeutisch tätige Ärzte bewerben, dann sollte den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Vorrang gegeben werden. Damit sollte der Nachteil etwas aufgehoben werden, dass diese Fachärzte sich nur auf psychotherapeutische Sitze und nicht auf andere Arzt-sitze bewerben können. Dieser Beschluss wurde nun vom BMG beanstandet mit der Begründung, dass dadurch ohne gesetzliche Grundlage in die Berufsausübungsfreiheit zulassungswilliger Ärzte eingegriffen werde, denn die geplante Regelung betreffe das Nachbesetzungsverfahren nach § 103 des SGB V, das klar definierte Kriterien vorgibt.

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Erweiterung der TSS

Nachdem die Krankenkassen das Schiedsamt angerufen hatten, wurde dort der Beschluss gefällt, dass zukünftig auch „dringende Psychotherapie“ über die Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigungen vermittelt werden muss. Die Kassen hätten am liebsten das „dringende“ gestrichen. Damit wird nun das gesamte Leistungsspektrum einer Facharztgruppe über die TSS vermittelt. Schon die Akutbehandlung war kritisch bewertet worden, denn im Gegensatz zu den somatischen Ärzten geht es nicht um einen einzelnen dringlichen Termin, sondern um eine umfangreiche Behandlung. Insofern ist es begrüßenswert, dass die KBV gegen diesen Schiedsspruch Klage erhoben hat und außerdem einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung gestellt hat, über den das Gericht bisher nicht entschieden hat. Ganz egal, welche kreativen Auswüchse sich die Krankenkassen (in diesem Fall mit Unterstützung des BMG) noch einfallen lassen: Eine gute und angemessene Versorgung psychisch kranker Menschen, zu der auch Psychotherapien im notwendigen (Langzeit-)Umfang gehören, wird es nur mit einer ausreichenden Zahl an Psychotherapeuten geben.

Kampf Ausbildungsreform/ Medikation

Nach wie vor gibt es heftige Diskussionen um die geplante Ausbildungsreform der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Manche Argumente der Kritiker sind durchaus fundiert und nachvollziehbar, aus anderen Ecken kommt hingegen nur hetzerisches Messerstechen. Im Zentrum der Diskussionen steht immer wieder der im Arbeitsentwurf des BMG erwähnte Modellstudiengang zur Pharmakotherapie. Der Anstoß dafür kam nicht aus der Profession, sondern von den Gesundheitsbehörden der Länderebene, die zum Teil mit einem massiven Psychiatermangel konfrontiert sind. Die BptK hatte Ende Januar ein Symposium durchgeführt, in dem das Thema erstmals ausführlich innerhalb der Profession diskutiert wurde. Klar wurde auch hier, dass die überwiegende Zahl an PP und KJP diesen Modellstudiengang ablehnt. Dies ist auch die eindeutige Position des bvvp.

Leitlinienarbeit

Die Leitlinien Schizophrenie sowie Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter werden derzeit aktualisiert, hierzu finden Konsensuskonferenzen statt. Zudem hat es ein erstes Treffen für die neue Leitlinie zu Borderline-Persönlichkeitsstörungen gegeben. Weiterhin in Arbeit befinden sich die Leitlinie Kinderschutz, die ADHS-Leitlinie und die Leitlinie Psychosoziale Interventionen bei schweren psychischen Störungen. Weitere Leitlinien im Bereich Störung des Sozialverhaltens sowie Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sind noch nicht endgültig fertiggestellt.

DPT zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Der Deutsche Psychotherapeutentag (DPT) fordert die Politik auf, die „Reform der Psychotherapeutenausbildung zügig fort(zu)setzen“. Die Delegierten verabschiedeten auf dem 31. DPT am 18. November in Berlin ohne Gegenstimme eine entsprechende Resolution. Bei allem weiteren Diskussionsbedarf stellten sie vor allem drei Punkte in den Vordergrund: 1) bundeseinheitliche Qualifikationsstandards auf Masterniveau, 2) eine Qualifizierung, die Anforderungen in ambulanter, stationärer psychotherapeutischer Versorgung und in institutionellen Bereichen berücksichtigt, und 3) geregelte sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse für die Qualifizierung nach dem Studium.

Damit wurden auch anderslautende Meldungen des Spitzenverbandes der Fachärzte (SpiFa) endgültig ad absurdum geführt. Der SpiFa hatte unter anderem kolportiert, große Teile der Profession seien grundsätzlich gegen die Reform. Neben der Ausbildungsreform stand der 31. DPT unter dem Schwerpunkt „eHealth und Digitalisierung“. Dr. Silja Samerski vom Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft der Universität Bremen hielt einen Vortrag zum Thema „Digitale Mündigkeit“. Sie warnte vor der Gefahr, dass Sprechen und deutendes Zuhören mehr und mehr abgelöst werden könnten durch Dateneingabe. In einem theoriefreien Raum würden Kausalitäten durch Korrelationen überflüssig gemacht. Sie zitierte Jean-Robert Tyran, der im Zusammenhang mit diesen Entwicklungen von „organisierter Verantwortungslosigkeit“ spricht. Es gehe damit auch ein Gegenüber verloren, das Verantwortung für Entscheidungen übernimmt. Anschließend stellte Dietrich Munz, der Präsident der BptK, einen sehr ausführlichen und ausdifferenzierten Standpunkt zum Internet in der Psychotherapie vor, der auch auf der Homepage der BptK zu finden ist.

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

Spitzenverband ZNS

Am 28. November 2017 gab es ein Treffen in sehr angenehmer und kooperativer Gesprächsatmosphäre mit Dr. Gundolf Berg, Kinderpsychiater und Vorsitzender des SpiZ, und Geschäftsführer und Rechtsanwalt Bernhard Michatz. Der SpiZ hat sich 2013 zunächst als Zusammenschluss aus Psychiatern, Nervenärzten und Neurologen zusammengetan. Er versteht sich als Plattform für Einzelverbände und will einen Themenfundus voranbringen; die Zielrichtung gehe nach außen in die Politik. Er wird allerdings ein ärztlicher Verbändezusammenschluss bleiben, um den notwendigen Abgleich der teils unterschiedlichen internen Interessen nicht weiter zu erschweren; man lehne PP und KJP aber keinesfalls ab. Die Verbände des SpiZ suchten nach möglichen Einigungen, wollten den Konsens nach vorn bringen, die Belange der sprechenden Medizin verankern. Verstärkte Außenaktivitäten rollten erst an, Pressemitteilungen veröffentlichten die Mitgliedsverbände möglichst über den SpiZ; es gibt außerdem gute Kontakte zur Arbeitsebene des BMG sowie zur KBV. Beide Seiten zeigten sich sehr interessiert an einer zukünftigen Zusammenarbeit, wo immer inhaltlich möglich. Das könnte geschehen bei PMs oder Briefen ans BMG, in 2018 könne man außerdem eine gemeinsame Veranstaltung planen. Zusätzlich wurde ein jährlicher Jour fixe vereinbart.

Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und Gestaltung

Die GVG, der der bvvp seit Anfang des Jahres angehört, ist das zentrale Diskussionsforum für die Weiterentwicklung der sozialen Sicherheit in Deutschland. Sie bietet allen relevanten Organisationen in diesem Bereich (den gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Krankenhaesgesellschaft, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Rentenversicherungsträgern, den privaten Versicherungsträgern, der Unfallversicherung, der Bundesagentur für Arbeit und vielen anderen mehr) einen Rahmen zum interdisziplinären und sektorübergreifenden Austausch. In der GVG werden übergreifende Gesundheitsziele für die Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems ausgearbeitet und an die Politik herangetragen. Seit vielen Jahren arbeitet der bvvp aktiv in der GVG mit und betreut dort das Gesundheitsziel „Depression vermeiden, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ und ist am Ziel „Alkoholmissbrauch reduzieren“ beteiligt. Aktuell werden dort neue Gesundheitsziele wie „Patientensicherheit“ und „Bewegungsmangel abbauen“ intensiv diskutiert.

Gesprächskreis II

Die letzte Sitzung des GK II in Köln Ende Oktober 2017 war stark geprägt vom BSG-Urteil vom 11. Oktober 2017. Auf Initiative des bvvp wurde dazu eine klare Resolution verabschiedet. Weitere Themen waren die Systemische Psychotherapie auf dem Weg in die GKV-Versorgung und der Ausbau der ambulanten Versorgung von Suchtkranken, insbesondere Alkoholikern. Diesbezüglich wurden neue Ansätze diskutiert: So könnte es Sinn machen, wenn Psychotherapeuten, die Alkoholiker behandeln, entsprechende Blutwerte wie γ -GT oder CDT veranlassen könnten.

BÄK zur ärztlichen Psychotherapie

Die Bundesärztekammer (BÄK) will aktiv werden für die ärztliche Psychotherapie: Am 11. November 2017 lud die BÄK ausgewählte Verbände und Vertreter ein zu einer Podiumsdiskussion zum Thema „Chancen und Wert der ärztlichen Psychotherapie“. Unter der hervorragenden Moderation von Dr. Ulrich Clever wurde dargestellt, wie breitflächig die Psychotherapie in der ärztlichen Versorgung vorkommt (psychosomatische Grundversorgung, Zusatztitel für Fachärzte und P-Fachärzte). Ärzte haben laut Tenor der Veranstaltung eine Brücke zwischen Körper und Seele geschaffen und so eine drohende Aufspaltung verhindert. Der aktuelle Arbeitsentwurf des BMG zum Psychotherapeutengesetz wurde überwiegend kritisch gesehen, der darin benannte Modellstudiengang Psychopharmakologie wurde einhellig abgelehnt. Es bleibt zu hoffen, dass die BÄK die Psychotherapie nicht wie zuvor als Stiefkind in die Ecke stellt, sondern engagiert vertritt, wie dies bei der Veranstaltung von Dr. Montgomery, dem Vorsitzenden der BÄK, zugesagt wurde.

Foto: Privat



Foto: Privat



Klassiker in neuem Gewand

Die 11. Auflage des „Faber/Haarstrick-Kommentar Psychotherapie-Richtlinien“ – what’s new?

Von **Lars Hauten** und **Ingo Jungclaussen**

Der **„Faber/Haarstrick-Kommentar“** begleitet die Psychotherapie-Richtlinie (PTRL) von den Anfängen an und legt diese für die Praxisanforderungen aus, seit 1989 in Buchform. Er ist mit der 50-jährigen Geschichte der ambulanten Richtlinienpsychotherapie in Deutschland untrennbar verbunden. Der Kommentar stellt für Behandler und Gutachter gleichermaßen einen Referenzpunkt dar. Dabei konnte der „Faber/Haarstrick“ durch seine Interpretationen wichtige Akzente in der Praxis der ambulanten Psychotherapie setzen und teilweise Veränderungen in der PTRL vorwegnehmen bzw. einleiten (so wurden „traumatherapeutische Interventionen“ und „Strukturbezogene Psychotherapie“ im Kommentar erörtert, bevor die PTRL entsprechend novelliert wurde). Im vergangenen „Reform-Jahr“ 2017 waren nicht nur Änderungen in der ambulanten Psychotherapie zu verzeichnen, es kam auch an anderen Stellen zu einer Art Generationenwechsel. Alle Gutachter mussten sich neu bewerben; seit 2018 gibt es erstmals für alle drei Verfahren eigene Gutachtergruppen. Auch beim Autorenteam des „Faber/Haarstrick“ kam es zu Veränderungen⁽¹⁾. Im Folgenden soll untersucht werden, welche für die Praxis relevanten Neuerungen in der 11. Auflage des „Faber/Haarstrick“ enthalten sind⁽²⁾.

Aufbau des Kommentars: Viele Textstellen wurden ergänzt, andere beibehalten und teilweise neu sortiert. Es gibt nun ein ei-

genes verfahrensübergreifendes Kapitel. Dies ist den verfahrensübergreifenden Aspekten der PTRL-Reform geschuldet (zum Beispiel Einführung von Akutbehandlung, Sprechstunde, Telefonzeit). Es hat aber auch Auswirkungen auf die Logik des Buches: Durch den neuen Aufbau der Kapitel wird der für alle Verfahren gültige Bereich ambulanter Richtlinienpsychotherapie stärker betont. Der „Faber/Haarstrick“ ist damit in seiner Gliederung auf eventuelle Veränderungen im Feld der Richtlinienpsychotherapie (zum Beispiel durch die sozialrechtliche Anerkennung neuer Verfahren) vorbereitet.

Biografische Anamnese: In dem vereinheitlichten Leitfadens zur Berichterstellung (PTV 3) ist die Darstellung der Lebensgeschichte nicht mehr als eigenständiger Punkt vorgesehen. Biografische Daten sollen gemeinsam mit dem Störungsverständnis (funktionales Bedingungsmodell/ Psychodynamik) abgehandelt werden. Die „Faber/Haarstrick“-Autoren machen für alle drei Verfahren unmissverständlich klar, dass aufgrund der ätiologischen Ausrichtung in der Richtlinienpsychotherapie weiterhin eine biografische Anamnese notwendig ist. Ebenso deutlich wird aber auch gemacht, dass eine reine Auflistung belastender biografischer Faktoren keine hinreichende Fallkonzeption ist. Die Autoren eröffnen die Möglichkeit, den neuen Punkt 4 in zwei getrennte Unterabschnitte zu unterteilen.

Kommentierung des Leitfadens zur Berichterstellung (PTV 3): Völlig neu ist in der 11. Auflage des „Faber/Haarstrick-Kommentars“, dass die für den Antragsbericht notwendigen Inhalte entlang der neuen Berichtsgliederung (PTV 3) für alle drei Verfahren Punkt für Punkt kommentiert werden. Damit nimmt der Kommentar erstmals konkret dazu Stellung, was genau in den einzelnen Punkten abgefragt wird. Die Autoren des Kommentars merken kritisch an, dass durch die vereinheitlichte Berichtsstruktur verfahrensbezogene Besonderheiten unterbetont werden, und bessern durch die dezidierte Kommentierung in dieser Hinsicht nach. Ebenfalls verweisen die Autoren darauf, dass bei komplexen Fällen der Umfang des Berichts von zwei Seiten überschritten werden kann.

TP/AP: Im Kommentar wird an vielen Stellen (Indikation, Diagnostik, Psychodynamik und Behandlungsplanung) auf die OPD-2 Bezug genommen. Kritisch anzumerken ist hier, dass demgegenüber „traditionellere“ psychoanalytische Konzepte (psychogenetische Rekonstruktion, Phasenlehre, Fixierungen) nicht gleichgewichtig kommentiert werden. Im Bereich der strukturellen Störungen ist ein eigenes Unterkapitel entstanden. Nicht gelöst wurde jedoch das Problem der Doppeldeutigkeit des psychodynamischen Strukturbegriffs: Die Autoren legen diesen sehr in Richtung eines dimensionalen Strukturbegriffs (nach OPD bzw. Rudolf) aus, äußern sich aber nicht

zur Notwendigkeit eines kategorialen Strukturbegriffs (zum Beispiel Neurosenstruktur) im Antragsbericht.

VT³: Die Autoren betonen nachdrücklich die Notwendigkeit der Individualisierung des Fallberichts. Sie öffnen die VT in Richtung einer Integration neuer Methoden und Techniken, sofern ein übergeordnetes verhaltenstherapeutisches Fallkonzept erkennbar wird. Wenn ein SORKC-Modell zugrunde gelegt wird, hat die O-Variable besondere Gewichtung zu erfahren. Insbesondere beim Behandlungsplan wird verdeutlicht, dass eine reine Auflistung von Standardtechniken der VT keinen individualisierten Behandlungsplan darstellt.

Gutachterverfahren: In diesem Kapitel machen die Autoren die Hintergründe und die Praxis des Gutachterverfahrens transparent. Die Autoren nehmen auch Stellung zu der in den letzten Monaten kontrovers geführten Diskussion um „Teilbefürwortungen“: Im Zweifelsfall sollte eine neue Sichtweise im Obergutachterverfahren erwogen werden. Die PTRL-Reform führte unter anderem dazu, dass nun erstmals auch TP-Gutachter als eigene Gutachtergruppe bestellt wurden. Die Kommentar-Autoren weisen darauf hin, dass TP-Anträge gemäß den Psychotherapie-Vereinbarungen (BMV-Ä) weiterhin auch von AP/TP-Gutachtern bearbeitet werden (im Unterschied zu den Formularen gemäß PTRL, die nahelegen, dass TP-Berichte ausschließlich von TP-Gutachtern bearbeitet werden). Weiterhin geben die Autoren deutliche Hinweise an die Gutachter, wie die Stellungnahmen aufzubauen sind, was als Mahnung an Transparenz und Respekt gelesen werden kann. Den Behandlern wird die Adresse der Schlichtungsstelle bei der KBV an die Hand gegeben, bei der sie sich über unfaire Begutachtungsprozesse beschweren können⁴. Insgesamt wirkt die Haltung des „Faber/Haarstrick“ im Bereich des Gutachterverfahrens ausgewogen: Bei grundsätzlicher Betonung der Not-

wendigkeit des Gutachterverfahrens für die Verankerung der Richtlinienpsychotherapie wird die Notwendigkeit einer transparenten und kollegialen Kommunikation der Beteiligten betont.

Fazit: Der „Faber/Haarstrick-Kommentar“ hat 50 Jahre nach Einführung der ambulanten Richtlinienpsychotherapie nichts an Aktualität eingebüßt: Es gelingt, die grundlegenden Neuerungen durch die Reform der PTRL kommentierend aufzufangen. Darüber hinaus öffnet der „Faber/Haarstrick“ die Gesamtkonzeption der Richtlinienpsychotherapien für Innovationen. Im Bereich der VT ist dies uneingeschränkt zu begrüßen. Aus psychodynamischer Sicht ist hiermit auch die Kritik verbunden, dass durch den deutlichen OPD-Schwerpunkt im „Faber/Haarstrick-Kommentar“ traditionelle psychodynamische Ansätze (zum Beispiel die theoriegeleitete psychogenetische Rekonstruktion⁵) zu sehr in den Hintergrund treten. In der Vergangenheit ist der „Faber/Haarstrick“ oft nur bei einem Dissens mit dem Gutachter aus dem Bücherregal geholt worden. Mit der 11. Auflage kann er jedoch insbesondere durch die praxisnahe Kommentierung des PTV-3-Leitfadens als ein nützliches Nachschlagewerk im Praxisalltag Verwendung finden. —

- 1) Der seit 2002 verantwortliche Erstherausgeber Prof. Rüger übergab diese Funktion an Dr. Dieckmann. Der für die VT seit der Erstauflage 1989 verantwortliche Dr. Kallinke übergab diese Aufgabe an Dr. Neher. Dr. Dahm bleibt im Autorenteam, gab jedoch sein Amt als Bereichsleiter Psychotherapie bei der KBV ab. Wichtig ist auch, dass mit Prof. Streeck-Fischer und Prof. Schmidt Autoren eigens für den Bereich der KJP beauftragt wurden, was eine Stärkung der KJP-Position bedeutet.
- 2) Eine kritische Untersuchung der PTRL-Änderungen selbst finden Sie bei Jungclaussen & Hauten (2017a, 2017b)
- 3) Besonderer Dank an Katharina Siering für die wertvollen Hinweise
- 4) KBV, Dezernat 4, Abt. Nutzenbewertung
- 5) Vgl. Ermann (1993), Mertens (2004, 2012), Brainin (2005), Eglöff (2012), Jungclaussen (2018)

Literatur erhältlich bei den Autoren oder bei der Geschäftsstelle des bvvp.

Praxistipps

Biografie: Schreiben Sie vor der Berichterstellung einen „Punkt 0“, in dem Sie den Werdegang des Patienten stichwortartig zusammenfassen. (Legen Sie dieses Blatt aber nicht dem Bericht bei!) Daraus können Sie dann jene biografischen Informationen herausfiltern, die für Ihr Störungsverständnis relevant sind. Entscheiden Sie nach Ihren eigenen stilistischen Vorlieben, ob Sie Biografie und Störungsmodell nacheinander abhandeln oder ob Sie lieber aus den biografischen Daten direkt die (psychodynamischen/verhaltensanalytischen) Ableitungen vornehmen.

Kommentarverwendung: Der Kommentar kann Ihnen dabei helfen, Ihre Angaben zu sortieren. Eine ausführliche Hilfestellung für die Konzeption analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Berichte finden Sie bei Jungclaussen, 2018. Für die Erstellung von VT-Berichten finden Sie hilfreiche Ableitungen bei Bockwyt, 2016, sowie bei Sulz, 2015. Bei komplexeren Fällen erlauben Sie sich, den Bericht auch länger zu verfassen. Versuchen Sie aber zunächst, mit den geforderten zwei Seiten auszukommen.

TP/AP: Beziehen Sie die modernen psychodynamischen Methoden mit ein, ohne jedoch Ihr traditionelles psychodynamisches Wissen über Bord zu werfen. Verwenden Sie am besten hinsichtlich der Struktur ein hybrides Strukturkonzept: Neben Angaben zum Strukturniveau (vgl. Rudolf, 2004; Arbeitskreis OPD, 2006) können Sie zum Beispiel die Neurosenstruktur (vgl. Jungclaussen, 2018) als prädisponierenden Faktor beschreiben.

VT: Seien Sie frei, aber genau! Sie dürfen Ihr übergeordnetes Störungsverständnis unter Einbezug neuerer Techniken darstellen, sofern Sie es auf den konkreten Fall bezogen aus der Lebensgeschichte des Patienten ableiten können. Sie müssen jedoch angeben können, was genau der Patient und Sie zusammen erreichen wollen. Es reicht zum Beispiel nicht aus anzugeben, dass die soziale Kompetenz verbessert werden soll, sondern es muss verdeutlicht werden, wie der Patient was anders machen möchte.

Gutachterverfahren: Suchen Sie die kollegiale, klärende Korrespondenz mit dem Gutachter. Dies empfiehlt sich besonders bei Teilbefürwortungen. Oft lassen sich die Gründe hierfür klären. Machen Sie sich klar, dass Sie und der Gutachter das gleiche grundlegende Interesse haben: eine gute psychotherapeutische Versorgung.

Die bessere Hälfte

Gibt es Bestandsschutz beim Abrechnungsvolumen halber Versorgungsaufträge?

Foto: Privat



Von **Roland Hartmann**, kooptiertes bvvp-Vorstandsmitglied, und Rechtsanwalt **Holger Barth** (juristische Beratung)

Am 11. Oktober 2017 hat das Bundessozialgericht (BSG) die Strukturzuschläge entgegen unserer Auffassung als rechtmäßig beurteilt. Neben einem angeblichen Anreiz zu höherer Praxisauslastung voller Versorgungsaufträge (VA) sieht das BSG darin eine Motivation, bei nicht nach BSG-Norm voll ausgelasteten Praxen (= 36 Sitzungen/Woche) einen halben Sitz abzugeben. Dann werden die Zuschläge schon ab einer durchschnittlichen Sitzungszahl von zehn genehmigungspflichtigen Leistungen (inklusive Sprechstunde und Akutbehandlung), im Weiteren „Sitzungen“ genannt, pro Woche gezahlt und nicht erst, wie beim vollen VA, ab der 19. Sitzung. Im folgenden Artikel soll nun geprüft werden, wann die Abgabe eines halben VA sinnvoll ist und unter welchen Bedingungen eher davon abzuraten wäre.

Begriffsklärung: Ärzte und Psychotherapeuten unterliegen der **Plausibilitätsrichtlinie**, in der Aufgreifkriterien für Prüfungen definiert sind: bei mehr als drei Tagen/Quartal > 12 Std. und bei > 780 Std. (= 46.800 min)/Quartal bei ganzem VA bzw. 390 Std. = 23.400 min bei hälftigem VA.

Von 2009 bis 2012 galten als Mengensteuerungsmaßnahme für Psychotherapeuten in allen KVen sogenannte zeitbezogene **Kapazitätsgrenzen (KG)**. Diese variierten geringfügig zwischen den Psychotherapie-Subgruppen und KVen und beliefen sich im Schnitt auf circa 30.000 min bei ganzem und 15.000 min bei hälftigem VA pro Quartal. Mit der extrabudgetären Vergütung ab 2013 entfielen diese Grenzen, sodass als neue Auslastungsgrenze in allen KVen bis auf

Niedersachsen die **Plausibilitätsgrenze (PG)** galt. Seit 2013 ist es also in der Regel möglich, deutlich mehr abzurechnen (23.400 vs. 15.000 min).

Die jetzt aufgeworfene Frage ist, ob diese Regelung Bestandsschutz hat und welche Konsequenzen dieses für die Überlegung hat, seinen ganzen VA auf die Hälfte zu beschränken.

Wie die Grafik rechts zeigt, kann mittels eines halben VA ab circa 10 bis 28 Sitzungen/Woche ein zum Teil deutlich höheres Quartalshonorar erwirtschaftet werden. Ab der durchschnittlich 29. Sitzung/Woche lässt sich mit vollem VA ein höheres Quartalshonorar erwirtschaften. Zudem limitiert ab der circa 30. Wochensitzung die PG eine Ausweitung der Sitzungsanzahl bei halbem VA. Hierbei muss angemerkt werden, dass dies einen Idealzustand darstellt, nämlich das Erwirtschaften der Plausibilitätszeiten nur über reguläre Sitzungen. Real dürfte die PG für halbe VA bereits bei circa 22 bis 24 Sitzungen erreicht sein, da weitere Leistungen wie Grundpauschalen, biografische Anamnese, Berichte oder Probatorik ebenfalls einfließen. Ebenfalls angemerkt werden muss, dass eine bei Überschreiten der PG mögliche Plausibilitätsprüfung nicht automatisch zur Honorarkürzung führt, sondern zunächst dargelegt werden muss, warum Leistungen oberhalb der PG abgerechnet wurden.

Somit kann festgehalten werden, dass sich aktuell bei einer Praxisauslastung bis circa 28 Wochensitzungen ein halber VA durchaus rechnet. Dies erklärt vermutlich auch den ungebrochenen Trend zu halben VA, welcher inzwischen dazu geführt hat,

dass der Anteil an halben VA laut der KBV in 2016 schon bei bis zu 40 Prozent lag. Bei dieser Betrachtung wird deutlich, dass es gegenwärtig scheinbar keine Nachteile für halbe VA gibt. Da zudem die durchschnittliche Auslastung seit Jahren bei circa 24 Sitzungen liegt, arbeitet ein Großteil aller KollegInnen in dem Bereich, in welchem sich der Betrieb eines halben VA lohnt. Zudem muss auch betont werden, dass sich hierdurch in der Tat eine Verbesserung der Versorgung erreichen lässt, da nun quasi zwei Therapeuten pro VA arbeiten können. Es muss jedoch auch angemerkt werden, dass es durch den starken Anstieg der halben VA in manchen Großstädten schon zu Sättigungseffekten kommt.

Eine wesentliche Frage, die sich jedoch jeder stellen sollte, der mit dem Gedanken spielt, seine Praxistätigkeit auf einen halben VA zu beschränken, ist jene nach der wirtschaftlichen Tragfähigkeit. Hierbei ist man mit der Frage konfrontiert, ob die gegenwärtig guten Bedingungen für den Betrieb eines halben VA dauerhaft Bestand haben, ob es also so etwas wie einen Bestandsschutz gibt. Betrachtet man die juristischen Hintergründe, so findet man keinen Anhaltspunkt dafür, dass die PG als Mengensteuerungsinstrument eine dauerhafte Obergrenze darstellt. Es verhält sich zwar so, dass seit dem Wegfall der KG im Zuge der Extrabudgetierung einzig die PG als Obergrenze übriggeblieben ist. Die (Wieder-)Einführung der KG, in welcher Form auch immer, wäre jedoch jederzeit auf drei normativen Ebenen machbar, welche weder einfach-rechtlich noch verfassungsrechtlich zu beanstanden wären:

Quartalshonorar in 2018 in Abhängigkeit von Versorgungsauftrag und Obergrenze

(10,75 Arbeitswochen/Quartal; KG nach Definition aus 2012)

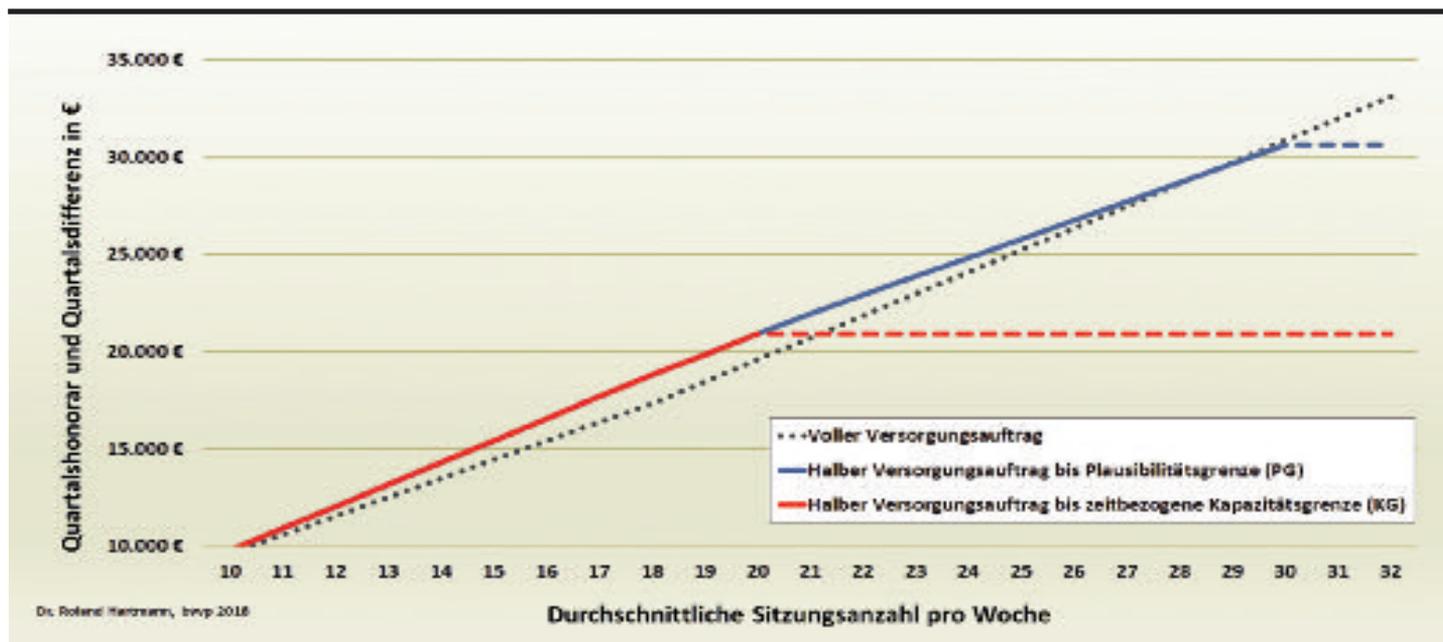


Abb.: Quartalshonorar für vollen und halben VA bis zur PG und KG

1. Gesetzesänderung

Die KG wurde 2008 durch den Bewertungsausschuss (BewA) beschlossen und 2017 durch das BSG auch zum Schutze vor Qualitätsverlust durch überstarke Leistungsausdehnung abgesegnet. Der Gesetzgeber könnte zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V (Gebot der angemessenen Vergütung je Zeiteinheit), auch aus Gründen einer kalkulierbaren Bedarfsplanung, jederzeit erneut Kapazitätsgrenzen einführen.

2. Änderung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

a. Die gegenwärtig existierende extrabudgetäre Vergütung ist für einen Probezeitraum von zunächst fünf Jahren vorgesehen und könnte durchaus auf Empfehlung des BewA oder durch den Beschluss einzelner regionaler Vertragspartner in den Landes-HVM wieder zurückgenommen werden, auch wenn dies gegenwärtig als eher unwahrscheinlich gilt und auf Landesebene juristisch unklar ist. Im Zuge dessen könnten zum Zwecke der Mengensteuerung auch KG wieder eingeführt werden. Allerdings gilt eigentlich, dass Leistungen

erst dann wieder einbudgetiert werden, wenn es keinen überdurchschnittlichen Leistungszuwachs mehr gibt, wobei „überdurchschnittlich“ nicht klar definiert ist.

b. Auch bei Fortbestand der extrabudgetären Vergütung könnte der BewA unter Berufung auf die Sonderregelung (§ 87 Abs. 2 Satz 3 Hs. 2 SGB V), welche auf EBM-Ebene eine Honorarabstaffelung ab einem Schwellenwert prinzipiell ermöglicht, KG im EBM wieder einführen oder die KBV diese für einzelne Landes-HVM vorgeben. Eine entsprechende Regelung mit KG sogar ohne Vorgabe der KBV hat beispielsweise die KVN bereits umgesetzt.

Fraglich ist, ob es einen politischen Willen gibt, auf Bundesebene solche Begrenzungen einzuführen. Kassen, KBV und BSG argumentieren gegenteilig: Es sollen halbe VA gefördert werden! Durch die Möglichkeit zur Abgabe eines halben VA wird die große Anzahl der nicht zuschlagsberechtigten Leistungen im unteren Umsatzbereich gerechtfertigt. Insofern ist eine Begrenzung in nächster Zeit eher unwahrscheinlich. Trotzdem besteht aus juristischer Sicht kein Bestandsschutz für halbe VA gegen die (Wieder-)Einführung einer KG. Käme es zur Anwendung der früher geltenden KG in Höhe von circa

30.000 bzw. 15.000 min, würde sich das maximal mögliche Abrechnungsvolumen pro Quartal verringern, wie ebenfalls in der Abbildung oben dargestellt.

Sollte die alte KG erneut eingeführt und entsprechend auf halbe VA übertragen werden, könnten pro Woche nur noch maximal 20 oder 21 Sitzungen abgerechnet werden, was zu einer Honorardeckelung in Höhe von maximal 20.000 Euro pro Quartal führen würde. Im Gegensatz zur Kappung über die PG könnten somit circa 10.000 Euro weniger pro Quartal erwirtschaftet werden. Volle VA hätten hingegen weiterhin eine Kappungsgrenze auf BSG-Maximalauslastungsniveau.

Abschließend soll deshalb deutlich darauf hingewiesen werden, dass sich der Betrieb eines halben VA dann rechnet, wenn dauerhaft ein Honorarniveau von circa 20.000 Euro pro Quartal ausreichend ist. Ansonsten sollte dieser Schritt wohl überlegt werden, da kein Bestandsschutz hinsichtlich der gegenwärtig großzügigen Mengensteuerung besteht, auch wenn unklar ist, ob eine mögliche neue KG der alten entsprechen würde.

Literaturhinweise beim Verfasser:
r.hartmann@bvvp.de

Seht euch mal die WANZ an!

Foto: Privat



Bisher spielte die Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Psychotherapeuten keine große Rolle. Warum sich das jetzt ändern kann

Von **Ulrike Böker**, kooptiertes bvvp-Vorstandsmitglied

___ Zur Kosten- und Leistungsmengenregulation innerhalb der gesetzlichen Krankenversorgung gibt es ein sogenanntes Wirtschaftlichkeitsgebot für Leistungen, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Als Grundlage dient die in § 12 Absatz 1 SGB V formulierte Forderung, dass die Leistungen *„ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“* Aufgeführt werden hier also die sogenannten WANZ-Kriterien.

Wirtschaftlich: Die Leistung wird mit einem möglichst geringen Aufwand an Kosten erbracht. Bei bestehenden Alternativen muss der Vertragsarzt die kostengünstigste Möglichkeit wählen. Stehen dem Arzt bei einer bestimmten Indikation für eine als notwendig erkannte Therapie mehrere gleich wirksame und dem Patienten zuträgliche Alternativen zur Verfügung, soll der Vertragsarzt die „kostengünstigste“ Möglichkeit wählen. Ein Mehr

an diagnostischem oder therapeutischem Aufwand ist nur dann wirtschaftlich, wenn dem auch ein Mehr an Nutzen und Erfolg gegenübersteht.

Ausreichend: Die Intensität der Behandlung entspricht der Art und Schwere der Krankheit des Patienten und berücksichtigt den Stand der medizinischen Erkenntnisse.

Notwendig: ... ist alles, worauf der Arzt bei der Behandlung eines Patienten nicht verzichten darf, damit diese ausreichend ist.

Zweckmäßig: Die Leistung ist geeignet, im Rahmen der anerkannten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten den angestrebten Heilerfolg zu erzielen. Fehlt es also an der Qualität oder Wirksamkeit der Behandlung oder wird der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse nicht berücksichtigt, so ist die Behandlung nicht ausreichend und auch nicht zweckmäßig. Hier geht es also zum Beispiel um die sogenannte evidenzbasierte Medizin.

Die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots wird von Wirtschaftlichkeitsprüfungen kontrolliert, die in § 106 des SGB V verankert sind. Die Überwachung

unterliegt der Selbstverwaltung, also den gesetzlichen Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen, die im jeweiligen regionalen KV-Bezirk die sogenannte ARGE WP (Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung) eingerichtet haben.

Grundsätzlich sind zwei Arten der Wirtschaftlichkeitsprüfung gesetzlich vorgeschrieben: die Auffälligkeitsprüfung, die sich an Durchschnittswerten orientiert, und die Zufälligkeitsprüfung als Einzelfallprüfung. Die Einleitung eines Prüfverfahrens findet also entweder statt bei Überschreitung des vereinbarten Richtgrößen-Volumens (Auffälligkeitsprüfung) oder durch Auswahl durch den Zufallsgenerator (Zufälligkeitsprüfung). In § 106a Absatz 2 GSGB V werden die Kriterien für die Zufälligkeitsstichprobe festgelegt: *„Gegenstand der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Zufälligkeitsprüfungen sind, soweit dafür Veranlassung besteht, 1. die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation), 2. die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels (Effektivität), 3. die Übereinstimmung der Leistungen mit den*

anerkannten Kriterien für ihre fachgerechte Erbringung (Qualität), insbesondere mit den in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses enthaltenen Vorgaben, 4. die Angemessenheit der durch die Leistungen verursachten Kosten im Hinblick auf das Behandlungsziel.“

Bisher spielten diese Prüfungen bei den Psychotherapeuten keine große Rolle, denn bei der genehmigungspflichtigen Psychotherapie sichert das Gutachterverfahren, dass eine Therapie unter Beachtung der WANZ-Kriterien im Vorab genehmigt wird und damit nachträgliche Überprüfungen der Wirtschaftlichkeit entfallen. Dies gilt durch den Genehmigungsvorbehalt auch für die vom Gutachterverfahren befreiten Kurzzeittherapien. Diese untergeordnete Rolle von Wirtschaftlichkeitsprüfungen kann sich nun ändern durch die beiden neuen Leistungen „Psychotherapeutische Sprechstunde“ und „Akutbehandlung“, die nicht vorab genehmigt sind und damit einer nachträglichen Prüfung unterzogen werden können. Gleiches galt und gilt auch weiterhin für die Probatorik und die Gesprächsziffern. Damit kann nun also ein relevanter Teil des Leistungsspektrums psychotherapeutischer Praxen betroffen sein.

Eine Prüfung bezieht sich auf das aktuelle sowie die drei zurückliegenden Abrechnungsquartale, und es werden alle Bereiche der vertragsärztlichen Tätigkeit einbezogen. Maßgeblich sind die von einer zentralen Prüfungsstelle erarbeiteten für die Prüfung relevanten Richtlinien, die der Transparenz und Einheitlichkeit dienen sollen. Die Prüfungsstelle ermittelt dann, „ob eine schuldhaft Verletzung vertragsärztlicher Pflichten zur Verursachung des dem Prüfverfahren zugrunde liegenden Schadensereignisses geführt hat und die schuldhaft Verletzung in einem kausalen Zusammenhang zum entstandenen Schaden steht“. Mögliche Konsequenzen sind neben einer Beratung dann Honorarkürzungen, Regressforderungen für verordnete Leistungen, Regressforderungen für den Mehraufwand bei Überschreitung der Richtgrößen und Regress nach Feststellung

eines Schadens dem Grunde und der Höhe nach. Hierzu § 106 Absatz 2 SGB V: „Kann eine Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden, erfolgt die Richtgrößenprüfung auf Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben.“ Für die Prüfung der nicht vorab genehmigten Leistungen können dann Patientenakten gesichtet, Behandlungspläne kontrolliert und Verordnungen überprüft werden im Hinblick auf ihre Wirtschaftlichkeit.

Es ist wichtig, zu unterscheiden zwischen den Abrechnungsmöglichkeiten des EBM und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. So können pro Krankheitsfall (innerhalb von vier Quartalen) jeweils 24 Akutziffern oder sechs (KJP: zehn) Psycho-

Kurios: Manche Vorschriften der Richtlinie selbst würden einer Wirtschaftlichkeits- prüfung nicht standhalten

therapeutische Sprechstunden abgerechnet werden. Es kann aber keinesfalls davon ausgegangen werden, dass das, was im EBM abgerechnet werden kann, insbesondere auf bestimmte Vorgaben des Zeitraums wie Behandlungs- oder Krankheitsfall, auch einer Wirtschaftlichkeitsprüfung automatisch standhält. Als Beispiele dienen folgende Konstellationen:

- Nach der Psychotherapeutischen Sprechstunde wird grundsätzlich zunächst eine Akutbehandlung durchgeführt.
- Eine Praxis führt ausschließlich Akutbehandlungen durch und nicht das gesamte Behandlungsspektrum.
- Die Akutbehandlung wird als Therapieverlängerung genutzt, weil die Höchstgrenze erreicht wurde.

- Die Akutbehandlung wird genutzt, weil man sich nach der KZT den Bericht an den Gutachter sparen will.
- Die Akutbehandlung wird genutzt, um die zwei Jahre bis zur Beantragung einer neuen Psychotherapie zu überbrücken.
- Die Psychotherapeutische Sprechstunde wird genutzt, um die Zeit bis zur Bewilligung einer Langzeittherapie mit Gutachterverfahren zu überbrücken.
- Psychotherapeutische Sprechstunden werden ergänzend zu den Gesprächsziffern genutzt, um die Zwei-Jahres-Frist zu überbrücken.

Wichtig ist, dass man das, was man indiziert und abrechnet, auch inhaltlich und unter Beachtung der WANZ-Regeln begründen kann, gut dokumentiert und dabei beachtet, welche Inhalte die Richtlinie für die jeweiligen Leistungen vorgibt. Dies wird in den oben genannten Beispielen eher schwierig sein. Damit sind diese Konstellationen bedroht von Regressforderungen, wenn Wirtschaftlichkeitsprüfungen stattfinden.

Es soll an dieser Stelle aber auch darauf hingewiesen werden, dass manche Vorschriften der Richtlinie auch nicht immer einer Wirtschaftlichkeitsprüfung standhalten würden. So ist es beispielsweise inhaltlich nicht zu begründen, warum man bei einem Patienten in Intervallbehandlung immer wieder probatorische Sitzungen zur Überprüfung der Passung des Verfahrens und der therapeutischen Beziehung durchführen muss. Und sicherlich würden auch die Terminservicestellen, die Patientinnen und Patienten gegebenenfalls an mehrere Psychotherapeuten vermitteln sollen (erste Klärung, Akutbehandlung und nun auch anschließende Richtlinienentherapie) mit wiederholten Psychotherapeutischen Sprechstunden zur Indikationsstellung und zeitintensivem neuen Beziehungsaufbau zu Beginn eine Prüfung schwerlich bestehen. So würde man sich denn wünschen, dass neue Ideen zur Verschleierung von Bedarfsplanungsdefiziten selbst erst einmal eine WANZ-Prüfung durchlaufen müssen.

Volldigitalisierung voraus!

Seit November 2017 sind erstmals alle Komponenten für die Telematik-Infrastruktur zugelassen. Doch macht es Sinn, schon jetzt auf die Angebote einzusteigen, oder ist es besser, noch abzuwarten?

Von **Mathias Heinicke**

___ **Nun ist es also so weit.** Ein erster Hersteller kann die lang erwarteten Konnektoren für die Telematik-Infrastruktur (TI) liefern. Damit stehen – zumindest theoretisch – alle Komponenten zur Verfügung, und die Volldigitalisierung des deutschen Gesundheitswesens kann endgültig starten. Ein großer Anbieter rechnete kürzlich vor, dass bei Lieferbeginn im zweiten Quartal 2018 täglich 250 Installationen stattfinden müssten, damit bis zum 31. Dezember 2018 alle Praxen angeschlossen sind. Der Verantwortliche selbst bezeichnete dieses Ziel als sehr hoch gesteckt. Hinzu kommt die Unsicherheit, ob wirklich mehrere Hersteller im zweiten Quartal 2018 werden liefern können, denn die Zertifizierungen durch die gematik stehen noch aus.

Neue Praxishardware und gegebenenfalls neue Anschlüsse

Mit dem Einzug der TI wird jede Praxis zwingend einen Internetanschluss benötigen. Nach den Angaben der gematik genügt ein „handelsüblicher DSL-Anschluss“. Da die vorgegebenen Anforderungen an die Datenraten (1024 KBit/Sek. in Download-Richtung und 128 KBit/Sek. in Upload-Richtung) recht niedrig sind, sollte es mit den gängigen Anbietern keine Probleme geben. In Bereichen, in denen kein DSL-Anschluss verfügbar ist, wird es Lösungen über das Mobilfunknetz (LTE oder UMTS) geben. Soweit noch kein In-

ternetanschluss in der Praxis vorhanden ist, macht es also Sinn, jetzt nach Angeboten zu schauen. Perspektivisch ist auch ein Austausch elektronischer Daten zwischen Leistungserbringern vorgesehen, somit werden DSL-Anschlüsse ab 6 MBit (DSL 6000) empfohlen. Vergleichen Sie die Tarife und greifen Sie im Zweifel zur höheren Datenrate, um für die Zukunft gerüstet zu sein.

Außerdem wird jede Praxis neue Hardware in Form von Konnektor, Praxiskarte SMC-B und neuen Lesegeräten benötigen. Mit dem **Konnektor** wird der Zugang zur TI geschaffen. Hier werden die von der Praxis-EDV ankommenden Daten verschlüsselt und in das Netz der TI eingespeist. Für den Betrieb des Konnektors wird neben der **Praxiskarte (SMC-B)** (der Konnektor kann nur mit gesteckter SMC-B funktionieren) ein **VPN-Zugangsdienst** benötigt. Die Daten der Patienten dürfen nicht unverschlüsselt über das Internet zu den anderen Teilnehmern der TI transportiert werden. Diese Verschlüsselung wird, ähnlich wie beim Onlinebanking, mit einem **Virtuellen Privaten Netzwerk (VPN)** realisiert. Es wird also ein Netz im Netz betrieben. Zugang zu diesem verschlüsselten Netz erhalten Sie mittels des VPN-Zugangsdienstes. Hinzu kommen die neuen stationären Lesegeräte, mit denen wie bisher auch die Daten von der eGK in die Praxis-EDV übertragen werden. Die letzte – für den Betrieb der TI

nicht zwingend erforderliche – Komponente ist der **elektronische Heilberufsausweis (eHBA)**. Er soll zukünftig Ärzte, Psychotherapeuten, Zahnärzte, Apotheker und Angehörige anderer Gesundheitsberufe im digitalen Netzwerk des deutschen Gesundheitswesens identifizieren. Durch diesen Ausweis können dann Nachrichten entschlüsselt werden und vor allem rechtssichere elektronische Unterschriften erstellt werden (Qualifizierte Elektronische Signatur, QES).

Wie ist der aktuelle Stand?

Seit November 2017 ist mit der CompuGroup ein erster Komplettanbieter auf dem Markt. Weitere Konnektoren-Anbieter haben den Lieferbeginn für das zweite Quartal 2018 angekündigt, sind aber noch nicht von der gematik zertifiziert. Dies sind die zur Deutschen Telekom gehörende T-Systems (wird ein eigenständiges Komplettangebot machen), die österreichische Firma RISE, welche bereits in Österreich erfolgreich die Telematik-Infrastruktur betreibt, und die Firma secunet, deren Konnektor primär über die Hersteller von Praxissoftware vertrieben werden soll. Die bislang bekannten Komplettangebote umfassen neben dem Konnektor auch ein stationäres Lesegerät und den Anschluss der Geräte vor Ort in der Praxis. Separat zu beauftragen sind SMC-B, VPN-Zugangsdienst und elektronischer Heilberufsausweis.

Kosten für die Komponenten

Stand Februar 2018 ist ein Anbieter mit bereits zertifizierten Komponenten lieferfähig. Hier kostet das oben genannte Komplett-Paket 3.450 Euro (bis 28.2.2018). Hinzu kommen die Kosten für die SMC-B (aktuell nur bei der Bundesdruckerei bestellbar) in Höhe von 571 Euro bei fünf Jahren Gültigkeit. Der VPN-Zugangsdienst wird für rund 82 Euro monatlich angeboten. Demgegenüber steht die Vergütungsvereinbarung mit der KBV, nach der jede Praxis eine Erstausrüstungspauschale zur Abdeckung der Kosten für Konnektor und ein Kartenterminal erhält. Sie beträgt 2018 im ersten Quartal 2.557 Euro und 2.344,98 Euro im zweiten Quartal. Hinzu kommt eine Installationspauschale von 900 Euro. Es werden für die Erstinstallation also 3.457 Euro bzw. 3.245 Euro erstattet. Maßgeblich für die Höhe der Erstattung ist nicht das Bestelldatum der Ausstattung, sondern das Quartal, in dem die Praxis den ersten Datenabgleich über den Konnektor macht. Die Kosten für den laufenden Betrieb der TI werden quartalsweise erstattet, für den VPN-Dienst 248 Euro, für die SMC-B 23,25 Euro sowie für den eHBA 11,63 Euro.

Veränderungen in der Praxis

Neben den oben beschriebenen neuen Geräten und Karten werden durch die TI für jede Praxis ein dauerhafter Internetanschluss und ein Vertrag mit einem VPN-Zugangsdienst Pflicht. Die tägliche Arbeitsweise wird sich durch den Anschluss an die TI wohl nur minimal verändern. Den Großteil der Arbeit werden die Praxissysteme automatisch erledigen.

Als erste Anwendung wurde am 1. Juli 2017 das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) freigegeben. Dieses ist für alle Praxen ab dem 1. Januar 2019 verpflichtend. Wird eine eGK zum ersten Mal im Quartal eingelese, ist das VSDM zwingend durchzuführen. In der Praxis wird dabei wie immer die eGK eingelese. Alle weiteren Schritte des VSDM werden die Praxisprogramme dann automatisch erledigen. Es werden dabei nach Angaben der gematik keine Daten der einlesenden Praxis an die Kostenträger übermittelt. Die Durchführung des Datenabgleichs wird sowohl auf der eGK des Versicherten als auch in der Praxissoftware dokumen-

Ruhe bewahren und Angebote genau prüfen! Die Erstattung richtet sich nach dem Installationsdatum, nicht nach dem Bestelldatum

tiert. Der Prüfnachweis ist mit der Quartalsabrechnung an die KV zu übertragen. In der Praxissoftware werden Datum und Uhrzeit der Onlineprüfung der Versichertenstammdaten, das Ergebnis der Onlineprüfung und die Aktualisierung als Code sowie die Quittung des Stammdatenservers in Form einer Prüfziffer gespeichert. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass für den Fall, dass eine eGK als ungültig markiert wird, der Patient als nicht versichert gilt und entsprechend nicht zulasten der GKV behandelt werden darf.

Als nächster Dienst soll die Speicherung von Notfalldaten auf der eGK aktiviert werden. Kurz vor Weihnachten 2017 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung hier eine Einigung über die Vergütung mit den Kassen erzielt. Dabei sollen für die Speicherung und Pflege der Notfalldaten insgesamt drei Gebührenziffern eingeführt werden. Da es sich um neu eingeführte Ziffern handelt, wird diese Vergütung für drei Jahre extrabudgetär erfolgen.

Was ist aktuell zu tun?

Lassen Sie sich von den Formulierungen auf den gegenwärtig versendeten Bestellscheinen nicht unter Druck setzen. Fakt ist, dass noch immer nur ein Konnektor zertifiziert ist. Ob die Zertifizierung und darauf folgend die Auslieferung der Konnektoren der anderen Anbieter tatsächlich noch im zweiten Quartal beginnen wird, darf zumindest bezweifelt werden. Auf den Bestellscheinen finden sich mitunter Formulierungen wie „wir hoffen“. Hinzu kommt, dass mindestens ein Hersteller ein Mietmodell für seinen Konnektor plant, welches Sie dann von den Erstattungen für die Erstausrüstung unabhängig macht.

Beachten Sie bei allen Bestellanträgen, die Sie derzeit erhalten, dass einzig der

Kaufpreis verbindlich ist. Es wird kein Liefertermin garantiert. Die Erstattung richtet sich aber nach dem Quartal der Anschaltung. Im Falle einer Bestellung zum jetzigen Zeitpunkt und einer Installation nach dem 30.6.2018 entsteht eine von Ihnen zu tragende Finanzierungslücke. Lassen Sie sich daher unbedingt schriftlich ein Installationsdatum Ihrer Komponenten bestätigen.

Alle Softwarehäuser weisen im Moment darauf hin, dass sie den Betrieb der TI-Komponenten mit ihrer Software nur dann garantieren könnten, wenn man den haus-eigenen Vertriebsweg wählt. Dies ist sehr ärgerlich, denn dieses Vorgehen schränkt Sie in der Auswahl Ihrer Servicepartner ein. Ein Konnektorenhersteller hat inzwischen schriftlich die Funktion seines Geräts mit allen PVS-Systemen garantiert. Fragen Sie also aktiv bei Ihrem Softwarehaus nach, welche Alternativen zum Komplettpaket zur Verfügung stehen, insbesondere welche Kosten für das TI-Modul Ihrer Software entstehen, wenn Sie mit einem anderen Konnektor arbeiten wollen. Nach den gesetzlichen Vorgaben sind die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für die Erstausrüstung der Praxen und den laufenden Betrieb in voller Höhe zu übernehmen. Insofern kommt es hier eventuell noch zu Veränderungen der Vereinbarung. —

Eine Liste mit häufigen Fragen (FAQs) zur TI ist allen Mitgliedern per Mail zugegangen, sollte dies nicht der Fall sein, wenden Sie sich bitte (wie auch mit allen weiteren Fragen zur TI) an die bvvp-Dienstleistungen: Dipl.-Psych. Manfred Falke, bvvp-Dienstleistungen, Triftstr. 35, 21255 Tostedt, Tel. 04182 286250, Fax 04182 286251, falke@bvvp.de



Foto: Privat

Dipl.-Psych. Mathias Heinicke

ist Psychologischer Psychotherapeut in einer fachübergreifenden überörtlichen Gemeinschaftspraxis in Stuttgart und Schwäbisch Gmünd. Er ist Beisitzer im Vorstand des VVP-Nordwürttemberg und stellvertretendes Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Baden-Württemberg.

Fass dich kurz bei psychisch Kranken ...

Foto: Privat



... dann verdienst du wenigstens etwas!
Das BSG sieht keine Benachteiligung von Psychiatern,
die vermehrt mit ihren Patienten sprechen

Von **Norbert Bowe**, kooptiertes bvvp-Vorstandsmitglied

Nachdem das BSG den trickreichen Bewertungsausschussbeschluss vom 22. September 2015 mit Aufteilung in eine EBM-Leistungsvergütung weit unter der Angemessenheit und einen Strukturzuschlag praktisch durchgewunken hatte, verwunderte es nicht mehr, dass es ein Korrekturerfordernis im Klageverfahren unserer südwürttembergischen Klägerin um eine gerechtere Vergütung psychiatrischer Leistungen von vornherein als nicht gegeben zurückwies. Das LSG hatte bereits eine Revision nicht zugelassen, die dagegen von uns eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde wurde nun im Oktober 2017 vom BSG zurückgewiesen.

Worum es ging: Auch wenn psychiatrische Gesprächsleistungen nicht den gleichen rechtlichen Schutz beanspruchen können wie die Richtlinienpsychotherapie, da ihnen das Kriterium der Genehmigungspflicht fehlt, so ist ihre Erbringung doch an zahlreiche vergleichbare Bedingungen geknüpft und daher aus unserer Sicht auch rechtlich schutzbedürftig:

- Mit der zentralen psychiatrischen Gesprächsleistung (GOP 21220) wird über 70 Prozent des Leistungsspektrums ab-

deckt. Mit ihr werden Anamnesen erhoben, Diagnosen erstellt, psychische Befunde erhoben, Verläufe beurteilt, medikamentöse Behandlungen indiziert und überwacht, Suizidalität eingeschätzt, Krisensituationen behandelt, soziale Maßnahmen indiziert, langfristig Patienten begleitet etc.

- Die zentrale Bedeutung dieser Gesprächsleistung verhindert eine wirksame Mischkalkulation, eine Möglichkeit, „den Umfang und die Ausrichtung ihrer Tätigkeit in anderer Weise zu steuern“ (BSG) – das heißt, dies beschränkt eine Optimierung der Einnahmen durch alternativ abzurechnende andere Ziffern weitgehend.
- Die Gesprächsleistung ist zeitgebunden, nicht pro Zeiteinheit vermehrbar, vergleichbar beanspruchend. Ähnliche Belastungsgrenzen wie bei Psychotherapeuten können nicht ohne erhebliche Qualitätsverluste überschritten werden. Auch bei diesen Leistungen ist ein Limit bei optimaler Auslastung von 36 Stunden pro Woche und 43 Arbeitswochen anzunehmen.
- Die Leistung ist ebenso nicht delegierbar

und nicht durch Übung zeitökonomischer zu erbringen, wie beispielsweise technische Leistungen.

Unzureichende Vergütung, deutlich unter dem Niveau der Richtlinienpsychotherapie, unzureichende Bedarfsdeckung und ungeeignete Bestimmungen zur Festlegung der Regelleistungsvolumen (RLV) haben zusammen eine nicht vertretbare Verschlechterung der ambulanten Versorgung schwer psychisch Erkrankter bewirkt.

Durch Übergabe von psychiatrischen Praxen an Neurologen, durch den Abbau stationärer Betten und die Ausdünnung der psychiatrischen Versorgung auf dem Land ist eine Notlage entstanden. Dabei sehen sich Psychiater gezwungen, aufgrund von Versorgungsdefiziten und defizitärer Vergütung von psychiatrischen Gesprächsleistungen ihr Gesprächsangebot pro Patient zu verknappen. Dies steht in krassem Gegensatz zur gewachsenen Bedeutung psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen von Patienten mit Psychosen und schweren Depressionen angesichts des begrenzten langfristigen

Nutzens von Psychopharmaka. Zu kurz kommen daher zuerst die Patienten, die einer intensiveren und/oder kontinuierlichen fachärztlichen Versorgung bedürfen. Psychiater, die ihre Patienten nicht nur medikamentös behandeln und gleich wieder zum Hausarzt zurücküberweisen, sondern Patienten auch psychiatrisch-psychotherapeutisch behandeln, drohen dabei arm zu werden: Wegen der dann niedrigeren Fallzahlen und einschränkender RLV-Grenzen kommen sie bei der zusätzlichen Unterbewertung im EBM auf keinen grünen Zweig.

Ein Recht auf höheres Honorar – so das BSG – kommt „aus § 72 Abs. 2 SGB V i.V.m. Art 12 Abs. 1 GG erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist“. Dies trifft zwar nicht auf alle Psychiater zu: Mit hohem Patientendurchlauf, mit Verknappen der Gesprächszeiten und mit weitgehender Beschränkung auf ein medikamentöses Management lässt sich noch Geld verdienen. Denn mit den Fallzahlen wächst auch das RLV. Bei diesem minimierten Versorgungsangebot bleiben vor allem chronisch kranke Patienten unterversorgt. Wir sind daher – im Gegensatz zum BSG – weiterhin der Meinung, dass die unzureichende Vergütung und die wirtschaftlichen Zwänge dazu führen, dass in einem „fachlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist“.

Die geltenden RLV-Regelungen haben in der ambulanten Psychiatrie eine kontraproduktive Wirkung: Sie dienen nicht einfach der Mengenbegrenzung, sondern sie begrenzen die Art und Intensität der Behandlung. Der wirtschaftliche Zwangsmechanismus zur Fallzahlvermehrung führt zu hohen durchschnittlichen RLV-Fallzahlen und niedrigen RLV-Fallwerten in der Fachgruppe, was wiederum Praxen,

die ihren Patienten auch kontinuierliche psychiatrisch-psychotherapeutisch Gesprächsbehandlungen im gebotenen Umfang anbieten, ins wirtschaftliche Abseits drängt. Geringere Fallzahl x niedriger Fallwert verengt bei ihnen das RLV und erhöht die Menge der abgestaffelten Leistungen. Von daher bräuchte es für die Psychiatrie eine alternative RLV-Berechnung: Ein durchschnittlich sicherzustellender Gesprächsbedarf pro Patient und Quartal (circa 80 min) wäre dabei mit der Fallzahl pro Quartal zu multiplizieren.

Derzeit belohnt das System Psychiater, die ihre Patienten mit einem Minimum an Gespräch weitgehend medikamentös behandeln

Ganz problematisch wirkt dann, dass die RLV auf einer viel zu niedrigen EBM-Bewertung dieser Gesprächsleistung aufsetzen. Psychiater haben im Vergleich zu Psychotherapeuten ein höheres Patientenaufkommen, brauchen einen höheren Personaleinsatz und einen medizinischen Bereich (i.m.-Spritzen, Blutentnahme). Damit fallen höhere Kosten an, die eigentlich eine höhere EBM-Bewertung erforderlich machen. Jedoch lag Stand 2011 die Vergütung von 50 Minuten psychiatrischer Gesprächsleistung um 17 Prozent unter der psychotherapeutischen Sitzung von 50 Minuten. Ab 2012 wurde der Abstand durch die erfolgte Anhebung der Vergütung der Richtlinienpsychotherapie noch größer – trotz der höheren Praxiskosten von Psychiaterpraxen. Die einzige „Vergütungssteigerung“ der psychiatrischen Gesprächsleistung seit 2009 durch Erhöhung des Orientierungspunktwertes lag erheblich unter der allgemeinen

Teuerungsrate, der allgemeinen Lohnentwicklung und vor allem deutlich unterhalb der Entwicklung der Einnahmen anderer Arztgruppen. Dadurch waren diese Leistungen über die Jahre automatisch einer schleichenden Entwertung ausgesetzt.

§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V fordert, dass „der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander ausdrückt“. Diese Gesetzesbestimmung wird seit Langem deutlich verfehlt. Auch dem Gesetzauftrag, dass der EBM „zusammen mit den anderen Regelungen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der GKV-Versicherten unter Berücksichtigung des allgemeinen Standes der medizinischen Erkenntnisse“ zu sichern habe, werden EBM-Bewertung und RLV-Regelungen nicht gerecht. Sie tragen zum Gegenteil bei. Diese Sachverhalte wurden in insgesamt sechs Einzelklagen des bvvp vorgetragen, die – zu einem Klageverfahren verbunden – den Zeitraum 2007 bis 2013 abdeckten. In diesem gesamten Zeitraum blieben die Erträge der Praxis der Klägerin auf gleichbleibend niedrigem Niveau, vergleichbar dem der Psychotherapeuten, obwohl sie ihre Praxis „optimal“ auslastete. Das BSG konnte – trotz der aufgezeigten stichhaltigen Begründung – in dem Zusammenwirken von der unseres Erachtens gleichheitswidrigen EBM-Bewertung und der zweckwidrigen RLV-Regelung keine rechtlich relevante Benachteiligung und Einschränkung der Berufsfreiheit der betroffenen Psychiater erkennen.

Man muss allerdings konstatieren, dass in erster Linie nicht die Rechtsprechung, sondern der Bewertungsausschuss dafür verantwortlich ist, eine verteilungsgerechte Vergütung sicherzustellen und Schäden für die Versorgung durch Vergütungsregelungen zu vermeiden. Dennoch hätte ein klares Wort des BSG hier die dringliche Korrektur anmahnen können. Bleibt noch zu hoffen, dass mit der geplanten EBM-Reform und der beabsichtigten Förderung der sprechenden Medizin endlich auch hier mehr Verteilungsgerechtigkeit einkehrt.

Illustration: Lesprenger



Auf Linie gebracht?

Warum Linientreue bei der
Behandlung von psychischen
Störungen von Kindern
und Jugendlichen nicht immer
die beste Lösung ist

Forschung für die Praxis

Wie uns Leitlinien leiten – und wo ihre Grenzen liegen

Von **Ariadne Sartorius**

Mal Hand aufs Herz – wie viele der neu entwickelten oder überarbeiteten Leitlinien aus dem Bereich psychischer Störungen haben Sie im letzten Jahr gelesen? Egal, was Sie jetzt antworten, meine Antwort dazu lautet: Das haben Sie gut gemacht. Wenn es viele sein sollten, so bemühen Sie sich, auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand zu arbeiten, interessieren sich dafür, Ihr Handeln zu überprüfen und von der aktuellen Forschung zu profitieren. Wenn es wenige oder gar keine sein sollten, scheinen Sie sich sicher zu fühlen in Ihrer täglichen Arbeit und gute Konzepte und Behandlungsstrategien zu haben, sodass sich Ihre Kompetenzerweiterung mehr aus Fortbildungen als aus dem Lesen von Empfehlungen, die aus der Forschung in Leitlinien zusammengetragen werden, zu entwickeln scheint.

Wir haben sie gelesen. Alle. Und vorher die dazugehörigen Evidenztabellen kritisch überprüft und die Studien, auf denen diese Evidenztabellen fußen. Wir haben in tagelangen Konsensuskonferenzen gesessen und diskutiert, an den Wochenenden Stellungnahmen und Sondervoten formuliert, uns eingebracht mit unserem Wissen und unseren Erfahrungen für eine bessere Versorgung von unseren Patienten. All dies ermöglicht und finanziert von den Mitgliedsbeiträgen der über 5.000 bvvp-Mitglieder. Was wir nicht gelesen haben: die vielen nicht veröffentlichten Studien, die keine Wirksamkeiten nachweisen konnten und dann in Schubladen verschwunden sind – meist Studien aus der Pharmaforschung. Wie hoch diese so-

genannte Veröffentlichungsbias ist, wissen wir allerdings nicht.

Aber wozu das alles? Sind Leitlinien tatsächlich nur ein Thema der Wissenschaft, die sich mit Experten an einen Tisch setzt und gemeinsam berät, wie die Patienten bestmöglich zu versorgen sind? Wir glauben nicht. Leitlinien werden gelesen, zum Glück. Nicht nur von Kollegen, sondern auch von Krankenkassenvertretern und Gesundheitspolitikern. Sie bilden die Grundlage für Verträge, die das KV-System ergänzen (können). Sie sind ein wichtiger

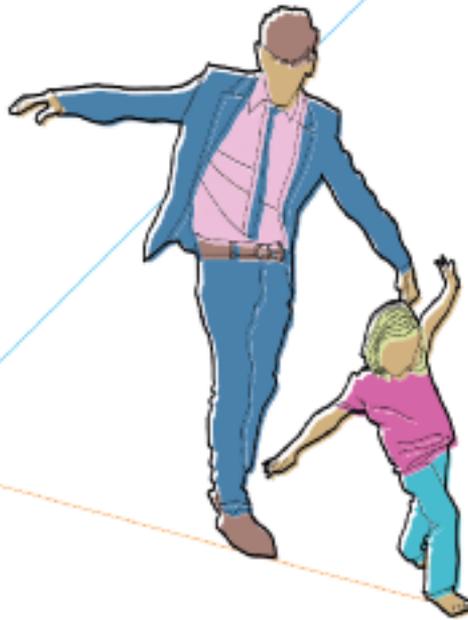
Unsere Forschung ist per se lückenhaft, da die Bildung von Wartegruppen bei den RCT-Studien von LZT aus ethischen Gründen abzulehnen ist

Baustein in der Ausbildung. Sind sie vielleicht sogar die Zukunft der Behandlung?

Umso wichtiger ist es, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Ist das, was in Leitlinien empfohlen wird, aber tatsächlich „das Beste“ für alle unsere Patienten? Wir behaupten: Nein. Denn in Leitlinien werden nicht nur wirksame Behandlungsmethoden empfohlen, sondern eben auch nur solche, die sich mit dem Goldstandard RCT beforschen lassen. Und das sind nun einmal Studien zu Kurzzeittherapien, durchgeführt mit ausgewählten Patienten, die sich zuvor einverstanden er-

klärt haben, sich unterschiedlichen Gruppen zuordnen zu lassen, um unterschiedliche Methoden miteinander vergleichen zu können, oder auch einer Wartelistengruppe zugeordnet zu werden. Bei einer Studie, die komplexere Behandlungsverläufe in Langzeittherapien untersuchen würde, ist es ethisch nicht zu vertreten, Hilfe suchenden Patienten jahrelange Wartezeiten zuzumuten, wenn sie das Los der Wartegruppe gezogen haben. Forschung muss sich also zwangsläufig auf die Behandlung von Kurzzeittherapien beziehen und stellt damit nur einen Bruchteil der Patienten in unseren Praxen dar, erhebt aber gleichzeitig den Anspruch, für alle Patienten gültig zu sein.

„Wie leiten Leitlinien die Kindertherapien?“, haben wir uns gefragt. Norbert Bowe erläutert sehr eindrücklich, wie schwer die Diagnostik und Behandlung von Kindern zu beforschen ist und welche Konsequenzen sich hieraus ergeben. Prof. Katrin Läger stellt dar, inwiefern die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie erstellten Kriterien wissenschaftlicher Arbeiten zur Nutzenbewertung hilfreich sind. Dabei nimmt sie Bezug auf die Frankfurter ADHS-Studie. Weiterhin ist es uns gelungen, Prof. Manfred Döpfner für ein Interview zu gewinnen, in dem er aus wissenschaftlicher Perspektive zu den Fragen über die Schwierigkeiten bei der Therapiefor- schung Stellung nimmt. Allen Autoren und Gesprächspartnern an dieser Stelle herzlichen Dank für ihre Bereitschaft, diesen Schwerpunkt aus den unterschiedlichsten Perspektiven Ihnen darzulegen. —



Schwieriger Balanceakt

Der steinige Weg zu einer versorgungsrelevanten Forschung im Kinder- und Jugendalter

Von **Norbert Bowe**, kooptiertes bvvp-Vorstandsmitglied

— Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen. Bei ihnen sind Körper, Geist und Seele im Aufbau, in Entwicklung begriffen. Dies gilt insbesondere für das Kleinkindalter. So ist – um nur ein Beispiel zu nennen – im Säuglingsalter die Gedeihstörung gleichermaßen ein Zeichen körperlichen wie seelischen Mangellebens. Was im Erwachsenenleben Symptome einer Pathologie darstellt, ist im Kleinkindalter gegebenenfalls ein typischer Zwischenzustand im Entwicklungsgang. Im Schulalter formen sich vor allem die sozialen Kompetenzen, die Fähigkeiten zum Bewegen in und Mitgestalten von sozialen Systemen mit verschiedenen regressiven Phasen erst allmählich aus, bis in der Jugendzeit schließlich Aufgaben und Probleme der Identitätsfindung einschließlich der sexuellen Identität und der Gruppenbildung zu bewältigen sind. Daraus leiten sich einige Besonderheiten bei

krankhaften seelischen Störungen und deren Behandlungserfordernissen im Kindes- und Jugendalter ab.

Dies zeigt sich schon bei der Diagnostik: Kinder weisen ein vom Erwachsenen stark differierendes Denken und Kommunikationsverhalten auf mit andersgearteten sprachlichen und nonverbalen Kommunikationsformen. Daher ist ein deutlich größerer Explorations- und Interpretationsaufwand erforderlich. Auch die Auskünfte der Eltern sind nur im systemischen Zusammenhang sicher genug diagnostisch zu verwerten. Nicht selten sind die Eltern in das pathogene Geschehen involviert. Das Kind ist dann Symptomträger eines hilfebedürftigen Familiensystems. Hinreichend sichere diagnostische Ergebnisse sind daher nicht schnell zu gewinnen. Außerdem verkompliziert ein weiterer Faktor die Exploration: Je jünger, desto schwieriger lassen sich alters-

adäquate Varianten normalen Verhaltens oder erwartbarer Reaktionen auf spezifische Belastungssituationen von krankheitswertigen psychischen Störungen des Kindes unterscheiden. Nicht von ungefähr geben selbst stationäre psychiatrische Kliniken häufig Zeitfenster von sechs Wochen vollstationären Aufenthalts für eine umfassende, gesicherte Diagnostik an.

Die gerade dazu in Arbeit befindliche ADHS-Leitlinie zählt allein 16 differenzialdiagnostisch abzugrenzende Krankheitsbilder auf, die Merkmale von Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit aufweisen. Darüber hinaus können differenzialdiagnostisch abzugrenzende Störungen auch koexistierend auftreten, wie zum Beispiel häufig oppositionelles Trotzverhalten und spätere Störungen des Sozialverhaltens, umschriebene Entwicklungsstörungen, Bindungsstörungen, Angststörungen, depressive Störungen, Autis-

mus-Spektrums-Störungen, Substanzkonsumstörungen und in der Jugendzeit beginnende Persönlichkeitsstörungen.

Daraus lässt sich für den Versorgungsalltag in den Praxen ableiten: Es bedarf eines hohen therapeutischen Engagements, um die notwendigen diagnostischen Puzzlesteine zusammenzutragen. Es könnte sein, dass probatorische Sitzungen und eine Probetherapie sich als am geeignetsten erweisen, alle ursächlichen, auslösenden und beeinflussenden Faktoren zu erfassen und in ihrem Zusammenwirken einzuschätzen. Am Beispiel ADHS zeigt sich eindrücklich, wie viele Gesichtspunkte einer umfassenden Verhaltensbeobachtung und Anamnese sowie einer aufwendigen Erfassung von beschriebenen Symptomen und Funktionseinschränkungen in den verschiedenen Alltagsmilieus sowie Besonderheiten der Familiendynamik und dem sozialen Milieu zu berücksichtigen sind.

Hält man sich diese Realitäten vor Augen, wird verständlich, dass Forschung im Bereich des Kinder- und Jugendalters mit ganz anderen Schwierigkeiten zu kämpfen hat als im Erwachsenenbereich. Folglich ist dort die Studienlage auch vergleichsweise dünn. Soweit Forschungsergebnisse vorliegen, beschränken sich diese auf der einen Seite auf Pharmakotherapieforschungen, die von finanziell potenten Firmen getragen werden – dabei oft allerdings mit dem Problem behaftet, dass Studien mit eher ungünstigen Ergebnissen nicht regelmäßig veröffentlicht werden im Gegensatz zu solchen mit positiven Wirkungsnachweisen. Außerdem fehlen häufig Langzeituntersuchungen, die Nutzen und mögliche Schadenswirkungen anhand von Patientenendpunkten nachweisen könnten. Hier sei nur als Ausnahme auf die von Dr. Reinhard Martens zitierte MTA-Studie („multimodal treatment approach“ – siehe *Projekt Psychotherapie* 03/2017, Seite 31) verwiesen: Bei dieser Studie konnte bei anfänglicher hoher Wirksamkeit einer medikamentösen Behandlung von ADHS nach Ablauf von drei Jahren kein signifikanter Effekt im Vergleich zu unbehandelten Kindern und Jugendlichen nachgewiesen werden, wohl aber einige Nebenwirkungen. Martens zog daraus den Schluss, dass sich eine medikamentöse Behandlung bei star-

ker Symptomausprägung vor allem für die Anfangsphase der Behandlung eignet, bis eine umfassendere Psychotherapie zu wirken beginnt und die medikamentöse Therapie ersetzen kann.

Damit sind wir bei der anderen Seite der Erschwernisse der Therapieforchung im Kindes- und Jugendalter: bei der Wirksamkeitsforschung an psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen. Bei der geschilderten Komplexität der Diagnostik stellt sich bei den vorliegenden

Beforschte Kurztherapien sind oft unterkomplex und decken daher nicht hinreichend die psychotherapeutischen Möglichkeiten ab

Studien die Frage, inwieweit in deren – oft begrenztem – Rahmen überhaupt eine hinreichend gründliche Diagnosesicherung gewährleistet werden konnte, um spezifische Effekte an einer hinreichend selektierten störungsspezifischen Population nachweisen zu können. Werden zum Beispiel mit einer Studie vermehrt reaktiv unter psychosozialen Belastungssituationen aufgetretene ADHS-Symptome erfasst, kann die untersuchte Intervention wirksamer erscheinen, als sie sich im Versorgungskontext erweist. Und soweit im Studienrahmen tatsächlich eine gründliche Voruntersuchung stattgefunden hatte, ergibt sich die nächste Frage, welchen Einfluss diese hinreichend differenzierende Diagnostik auf die gemessene Wirksamkeit hat, die dann nicht mehr nur auf die Intervention bezogen werden kann. Schließlich ergibt sich bei in Studien mit erfasster Komorbidität die Frage, ob die gemessene Wirkung der untersuchten Störung oder eher den komorbiden Störungen und Begleitsymptomen zuzuordnen ist.

Doch damit ist erst der Anfang der zu gegenwärtigen Schwierigkeiten be-

schrieben. Forschung mit hohem internen Validitätsanspruch beschränkt sich meist auf definierte, oft zeitlich eng begrenzte Interventionen unterhalb der Schwelle der Richtlinienpsychotherapie. So kann am besten die Intervention hinreichend konstant gehalten werden (treatment integrity) und somit die gemessenen Effekte den untersuchten Interventionen zugeschrieben werden. Nur bleibt damit der beforschte psychotherapeutische Ansatz oft unterkomplex, nicht – wie beispielsweise im Fall von ADHS – angepasst an die für den Versorgungsalltag typischen Komorbiditäten, erst recht nicht an die beeinflussenden höchst variablen Familiendynamiken und lebensgeschichtlichen und psychosozialen Kontexte. Beispielsweise stellen psychische Erkrankungen der Eltern und Armut die höchsten Risikofaktoren für Kinder und Jugendliche dar, selbst psychisch zu erkranken. Auf der anderen Seite kann das in Deutschland existierende Behandlungsangebot für Kinder und Jugendliche (vor allem Richtlinienpsychotherapie), mit dem auch komplexere Störungszusammenhänge in längeren Zeiträumen bearbeitet werden können, kaum zu Bedingungen erforscht werden, die eine interne Validität mit hohen Evidenzgraden generieren.

Die gegensätzlichen Auffassungen dieser unbefriedigenden Auseinandersetzung über diese Problematik zeigen sich beispielhaft an der von Prof. Manfred Döpfner im Interview in diesem Heft aufgezeigten Position, wie sie im universitären Forschungsparadigma beheimatet ist, einerseits und an der Position von Prof. Lärer andererseits, die an Forschung unter Realbedingungen ansetzt und wie beim geschilderten Beispiel beachtenswerte Nutzenhinweise liefern kann. Nur hat diese Form der Forschung bisher wenig Chancen, bei Leitlinienempfehlungen Berücksichtigung zu finden: Zwar ist die Diagnostik bei der hier dargestellten Studie besonders reliabel durch unabhängige Rater beider Verfahren gesichert, jedoch reichen fehlende Randomisierung und Kritik hinsichtlich der Eignung der Vergleichsintervention, um den Studienergebnissen ihren Aussagewert für Leitlinienempfehlungen generell streitig zu machen.

Fehler im System

Warum Leitlinien zu Störungen des Kinder- und Jugendalters der medikamentösen Therapie den Vorzug geben und bewährte Behandlungsalternativen außer Acht lassen

Von **Norbert Bowe**, kooptiertes bvvp-Vorstandsmitglied

— **Empfehlungen** von Leitlinien zu Störungen des Kinder- und Jugendalters müssen sich angesichts der erschwerten Forschungsbedingungen häufig auf beschränkt aussagekräftige Studien von vergleichsweise geringer Zahl stützen. Nur wenige Bausteine der im Versorgungsalltag mit Erfolg angewandten psychotherapeutischen Behandlungen sind erforscht. Dabei sind die erforschten oft nicht streng genommen störungsspezifisch, beziehen sich auch auf anders kodierte Störungen und/oder zeigen Wirkung nur bei einem Teil der Zielsymptome. Die in hohen Prozentsätzen vorkommenden Komorbiditäten repräsentieren meist nicht zwei oder mehrere abgrenzbare Erkrankungen, sondern je individuelle Erkrankungen mit Ausformungen in verschiedenen Störungsbereichen. Folglich werden bei störungsspezifischer ausgerichteter Forschung eher weniger „komorbid“, das heißt leichter erkrankte Patienten untersucht. Oder aber „komorbid“ Erkrankte werden miterfasst, sodass die untersuchten Interventionen nicht als eindeutig störungsspezifisch und deren Wirksamkeit nicht ausschließlich auf die definierte Störung bezogen identifiziert werden kann.

Bei hoher Heterogenität/Komorbidität der Störungsbilder müssen sich Beschränkungen der Empfehlungen auf ein oder zwei Psychotherapiemethoden problematisch auswirken. Dabei sind die bestuntersuchten Interventionen nicht automatisch die tatsächlich bestgeeigneten. Durch die Präferenzen der wissenschaftlichen Methodik von sogenannten RCT-Studien erreichen fast nur kürzere und störungsbezogene Behandlungsformen hohe Evi-

denzgrade. Gut untersuchte psychotherapeutische Interventionen bei kindlicher Depression oder ADHS sind dann oft zu eingengt konzipiert – mit der Folge, dass Behandlungsergebnisse nicht über längere Zeiträume stabil bleiben.

Eine einseitige Ausrichtung der Forschung auf Behandlungsansätze mit vordefinierten Zielen erlaubt wenig Spielraum für qualitativ andersartige Verfahrenszugänge oder Patientenpräferenzen. Für die Therapie der ADHS wird beispielsweise ein breites Spektrum an möglichen Behandlungszielen angeraten, wie die Verbesserung der Problemlösefähigkeit, der Impuls- und Selbstkontrolle, der Fähigkeit zuzuhören, der Organisations- und Selbstmanagementfähigkeiten sowie der Fähigkeiten, Emotionen zu regulieren und sie adäquat auszudrücken. Nur: All diese Ziele lassen sich keinesfalls innerhalb von Evidenzgrad-1-untersuchten Kurztherapien erreichen. Wie sollen solch umfassende Therapieziele anders als in einer ausführlicheren Richtlinienpsychotherapie bearbeitet werden? In dieser werden ja nicht nur die Symptome mit Trainingsprogrammen behandelt, sondern es wird auch gemeinsam ein Verständnis für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik entwickelt, an dem gearbeitet werden kann.

Mit modularen Vorgehensweisen wird – nicht evidenzbasiert – unterstellt, dass komplexe Störungen der Patienten zu zerlegen und „portionsweise“ zu therapieren seien. Dabei sind es oft hintergründige Belastungen – zum Beispiel durch familiäre oder soziale Spannungen, mangelnde Passung zwischen Bezugspersonen und dem Kind,

innere und äußere Konfliktspannungen und Beziehungsstörungen –, die verschiedenste Funktionsstörungen und Symptome beim Kind hervorrufen können. Diese können dann ohne den therapeutischen Einbezug der genannten Bedingungs- bzw. Verstärkungsfaktoren nicht dauerhaft behoben werden.

Die besser untersuchten Verfahren stellen selbst bei nachgewiesener Überlegenheit gegenüber anderen Verfahren (was aber zumeist nicht hinreichend belegt ist) nur für einen Anteil der betroffenen Patienten die beste Behandlungsalternative dar. Bei einem nicht unerheblichen Anteil bleiben sie unzureichend wirksam. Wer auf Belohnungspläne, Lernstrategien, Trainingsprogramme aversiv reagiert, profitiert vielleicht von einer Psychotherapie, die auf Eigenmotivation, Selbstexploration, Auseinandersetzung mit den individuellen Hindernissen oder Konfliktspannungen setzt und genügend Zeit bietet, neues Verständnis und neu erworbene Fähigkeiten im Alltag hinreichend lang zu erproben und damit Erfahrungen zu sammeln. Nur: Dafür sind keine höheren Evidenzgrade ermittelt. Kann man es sich da leisten, auf die unterschiedlichen therapeutischen Zugänge der verschiedenen wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren entsprechend der unterschiedlichen Präferenzen, Passungen und Störungshintergründe zu verzichten?

Wie wirkt sich all das nun auf die Leitlinien des Kindes- und Jugendalters und deren Empfehlungen aus? Bei der in der Leitlinie „Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen“ empfohlenen Verhaltenstherapie und Inter-



personellen Psychotherapie konnten nur kurzfristige Wirksamkeiten, aber keine konsistenten Ergebnisse in Follow-up-Zeiträumen im Vergleich zu Nichtbehandlungen bzw. supportiven Behandlungen nachgewiesen werden. Bei der in Arbeit befindlichen ADHS-Leitlinie werden es nur psychosoziale Trainingsprogramme und Psychoedukation zu einer höheren Empfehlungskategorie schaffen. Verhaltenstherapeutische Kurztherapien werden voraussichtlich nur ergänzend empfohlen. Dabei erscheint es nicht unwahrscheinlich, dass die gut belegten Effekte des Elterntrainings vor allem auf unspezifischen Entlastungseffekten beruhen: auf einer Entlastung von Angst, indem Störungen des Familiensystems in einer medizinisch anerkannten Krankheit des Kindes gebannt werden, oder auf einer Entlastung von Schuldgefühlen, mit der Erziehung etwas falsch gemacht zu haben.

Einengung auf wenige Behandlungsalternativen, zu kurz greifende psychosoziale Interventionen und psychotherapeutische Behandlungen bewirken nahezu zwangsläufig, dass schließlich die Pharmakotherapie als scheinbar einzige Behandlungsoption übrig bleibt. So unverzichtbar Medikamente insbesondere in schwierigen Fällen zur raschen Entlastung sein können, so problematisch ist eine frühe verzichtbare, gegebenenfalls dauerhafte Pharmakotherapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Medikamente können im Kindesalter stärkeren Einfluss auf die Entwicklung von Gehirnfunktionen und Körper nehmen sowie Beeinträchtigungen von Selbstbild, Selbstregulation und Autonomieentwicklung hervorrufen. Reinhard

Bei dünner Studienlage: Leitlinien empfehlen die bestuntersuchten Interventionen – der höchste Patientennutzen ist dabei keineswegs garantiert

Martens hat im erwähnten Artikel in *Projekt Psychotherapie* 03/2017 anschaulich dargestellt, welche Internalisierungen über „einen kranken, nicht richtig funktionierenden Kopf, der dauerhaft Medikamente braucht“, beim Kind ablaufen und wie alternativ eine umfassende Psychotherapie die Autonomie stärken und helfen kann, aus der Schwäche eine Stärke zu machen. Wenn Kinder, die Amphetamine längerfristig einnehmen, weniger wachsen, weniger Appetit haben, schlechter schlafen, so ist das nicht einfach harmlos, zumal es keine Nachweise für einen langfristigen Nutzen gibt. Und Antidepressiva haben bei fraglichem Nutzen im Kindesalter so viele Nebenwirkungen, dass das „Deutsche Ärzteblatt“

Zu hoch gegriffen?
Die Standards für Leitlinien
schließen manche Behandlungs-
form von vornherein aus

(Jg. 114, Heft 40, S. A 1812) titelte: „Placebos bei Jüngeren besser als Antidepressiva“.

Hier offenbart sich eine weitere Schwäche der Leitlinienkonstruktionen: Auch bei Medikamenten mit Wirksamkeitsnachweisen auf Evidenzgrad-1-Niveau lassen sich Abwägungen zwischen unerwünschten (Folge-)Wirkungen und Nutzenaspekten nicht evidenzbasiert vornehmen. Über diese nicht gegeneinander verrechenbaren Qualitäten haben nur die Betroffenen – Kinder und Eltern – abzuwägen und zu entscheiden. Empfehlungen beziehen diesen für die Therapiewahl wesentlichen Teil aber oft nicht ein.

Soweit Leitlinien Empfehlungen auf bestuntersuchte Interventionen beschränken, soweit sie in der Praxis bewährte, aber (noch) nicht hinreichend erforschte Behandlungsmöglichkeiten in Empfehlungen unerwähnt lassen, soweit Empfehlungen nur auf kurzfristige Wirksamkeit statt auf langfristigen Nutzen abheben, soweit bei medikamentöser Therapie nicht die Veröffentlichungsbias einbezogen wird und die Abwägung der in Kauf zu nehmenden unerwünschten (Folge-)Wirkungen nicht Bestandteil der Empfehlungen ist, können Leitlinien problematische Entwicklungen befördern: eine Einschränkung von bewährten Behandlungsalternativen und eine problematische Medikalisierung schon in frühem Kindesalter. Jede Verallgemeinerung über die – oft begrenzte – Aussagefähigkeit evidenzbasierter Studienergebnisse hinaus führt zu Glaubenssätzen statt zu einer besseren Evidenzbasierung ärztlichen und psychotherapeutischen Handelns. Den Schaden tragen die notleidenden Kranken.

„Es ist nicht unser primäres Ziel, mit Leitlinien Praxis zu rechtfertigen“

Dr. Prof. Manfred Döpfner war maßgeblich beteiligt an der Entwicklung der Leitlinie ADHS. Ein Interview

Interview: **Ariadne Sartorius**, Mitglied im bvvp-Bundesvorstand

Derzeit werden viele Kinderleitlinien neu entwickelt oder überarbeitet, die sich auf einzelne Störungen beziehen. Da ist es nicht immer einfach, als Behandler die passende Leitlinie zu finden. Machen zum Beispiel die Symptomüberlappungen von ADHS mit Störung des Sozialverhaltens, spezifischen Lernstörungen und ängstlich-depressiven Symptomatiken nicht deutlich, dass es hier oft um schwer abgrenzbare Störungsgeschehen geht, für die dann auch geeignete therapeutische Interventionen schwer störungsspezifisch zu indizieren sind?

Ja, wir haben das Problem, dass wir bei vielen psychischen Störungen erhebliche Überlappungen haben und Komorbiditäten die Regel sind. Wir sehen oft Patienten, die mehrere Diagnosen haben. In den Leitlinien haben wir das dann so geregelt, dass zunächst für eine spezifische Störung eine Leitlinie formuliert wird und wir dann auf die Komorbiditäten eingehen und auf andere Leitlinien querverweisen. Das kann für die Umsetzung in der Praxis zu Problemen führen, aber ich sehe keine andere Möglichkeit, das noch besser hinzubekommen als in dieser Form. In der Tat muss man als Behandler zunächst die primäre Problematik identifizieren, die behandelt werden muss, dann die Sekundärproblematik, um auf dieser Grundlage die entsprechende Leitlinie auszuwählen.

Ich bleibe mal bei der ADHS. Bei der Diagnostik von ADHS müssen ja viele Gesichtspunkte einer umfassenden Anamnese und einer aufwendigen Erfassung von Symptomen und Funktionseinschränkungen in den verschiedenen Alltagsmilieus berücksichtigt werden. Wie hoch ist da die Gefahr von Fehldiagnosen oder unzureichenden Diagnosen?

Ja, auch bei leitlinienkonformem Vorgehen gibt es Fehldiagnosen. Aber wie hoch die real ist, ist schwer einzuschätzen. Die Frage ist für mich aber eher, was in der Praxis wirklich passiert. Ich denke, wir haben das Problem, dass in der Praxis aufgrund verschiedener Anforderungen manchmal weniger Diagnostik gemacht wird, als in den Leitlinien empfohlen wird. Schwierig ist nämlich die Umsetzbarkeit im System. Wir fordern zum Beispiel bei der Leitlinie ADHS für die Diagnostik einen umfassenden Einbezug von Bezugspersonen neben den Eltern, beispielsweise von den Lehrern. Aber das ist in der Praxis schwer zu handhaben, was zu Fehldiagnosen führen kann. Natürlich sollen Leitlinien auch unmittelbar in der Praxis angewendet werden können. Andererseits ist es aber nicht unser primäres Ziel, mit Leitlinien Praxis zu rechtfertigen. Wir wollen eher gut begründete Empfehlungen geben. Wenn die dann von der praktischen Seite schwer umsetzbar sind, muss man eher überlegen, ob etwas von der Praxis her geändert werden

müsste, zum Beispiel dass Krankenkassen bestimmte Leistungen finanzieren.

Wie stellt sich die Diagnostik im Kleinkindalter dar, wo Abgrenzungen zu entwicklungstypischen Normvarianten und zu vorübergehenden reaktiven Störungen besonders schwer zu treffen sind?

Hier haben wir ja auch in den Leitlinien bei der Diagnosestellung von sehr jungen Kindern zur Vorsicht geraten. Unter dem Alter von drei Jahren sehen wir keine Möglichkeit, eine ADHS-Diagnose zu vergeben. Im Alter von vier oder fünf Jahren kann nur bei einer starken Symptomausprägung die Diagnose sicher gestellt werden, eben weil in diesem Alter viel im Fluss ist. Hier könnte man zum Beispiel häufiger eher mit einer Verdachtsdiagnose arbeiten ...

... oder bei reaktiven Verhaltensweisen auf Belastungen oder ungünstige Erziehungsfaktoren.

Na ja, die Diagnose ist nicht kausal definiert. Die Diagnosekriterien legen ja nur fest, welche Symptome wie lange vorhanden sein müssen und dass diese nicht durch eine andere Diagnose besser erklärbar sind, damit eine ADHS diagnostiziert werden kann. Wenn ein Kind aufgrund einer massiven Belastung das Vollbild einer ADHS zeigt, könnte man bei ihm beispielsweise keine Anpassungsstörung di-

agnostizieren, weil bei einer Anpassungsstörung die Symptome geringer ausgeprägt sind. Deswegen würde ich dann auch die Kriterien einer ADHS-Diagnose als erfüllt ansehen. Das heißt ja noch lange nicht, dass wir damit den Behandlungszugang definieren. Natürlich muss man dann auch überlegen, welche Behandlung besonders Sinn macht. Wenn sich die Symptome aufgrund einer Anpassungsproblematik an ein unstrukturiertes Umfeld zeigen, würde man die Symptomatik so behandeln, dass man versucht, die Struktur in der Familie zu verbessern. Oft wird ADHS als etwas ganz anderes als zum Beispiel eine Angststörung oder eine Depression angesehen. Aber wir haben dieses Problem genauso bei anderen Störungen: Auch z.B. Angststörungen entwickeln sich aufgrund ungünstiger familiärer Faktoren.

Es liegen bei ADHS etliche Untersuchungen vor, die vor allem die Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen, auch in Kombination mit anderen Maßnahmen, nachweisen. In welchen Dimensionen bewegen sich bei diesen Untersuchungen die Prozentsätze der Responder, der Non-Responder und der unzureichend Respondierenden?

Das ist keine leichte Frage. Leichter wäre es zu sagen, wie die Responder- und Non-Responder-Rate bei Pharmakotherapie ist und wie die Relation dazu bei Verhaltenstherapie ist. Die Frage ist zudem, wann ein Responder ein Responder ist. Oft wird dann als Kriterium genommen, wenn sich die Symptomatik um 30 Prozent vermindert. Aber unser Ziel sollte ja eigentlich eine Heilung, also eine Normalisierung, und nicht nur eine 30-prozentige Reduktion sein. Aber wenn wir dieses Kriterium einmal akzeptieren, dann liegt für die Pharmakotherapie die Responder-Rate bei ADHS laut Studien bei circa 60 bis 70 Prozent. Allerdings wird das in der Praxis niedriger sein, da dort die Therapie nicht so genau durchgeführt wird wie in den Studien und manchmal die Patienten auch schwieriger sind. Die Rate derer, die unter Pharmakotherapie dann unauffällig werden, kann – vorsichtig geschätzt – mit 30 bis

„Bezogen auf die Kernsymptome der ADHS ist Psychotherapie halb so wirkungsvoll wie Pharmakotherapie“



Dr. Prof. Manfred Döpfner

ist ein deutscher Hochschullehrer, Diplom-Psychologe, Psychotherapeut und Autor. Als Experte auf dem Gebiet der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) war er maßgeblich beteiligt an der Entwicklung der Leitlinie ADHS. Er arbeitet als leitender Diplom-Psychologe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters an der Universität Köln sowie als Universitätsprofessor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Uni-Klinik Köln. Zuletzt von ihm erschienen ist die 5. aktualisierte Auflage von „Wackelpeter & Trotzkopf“.

40 Prozent angegeben werden. Bei Psychotherapie, und da sind eigentlich nur verhaltenstherapeutische Zugänge, insbesondere die Elterntrainings, gut untersucht, kann man grob sagen, dass diese Interventionen halb so wirkungsvoll sind wie Pharmakotherapie, bezogen auf die Kernsymptome der ADHS. In Bezug auf andere

Symptome wie Aggressivität oder emotionale Probleme zeigt sich eine etwa gleich hohe Wirksamkeit. Das Problem, das wir haben, ist, dass laut Studien die Kombination von beiden, nämlich Psychotherapie und Pharmakotherapie, nicht wesentlich besser ist als Pharmakotherapie allein. Das macht der Psychotherapie das Leben schwer. In anderen Leitlinien, zum Beispiel der Nice-Guideline aus England und den amerikanischen Leitlinien, wird Psychotherapie viel mehr infrage gestellt als in den deutschen Leitlinien.

Wie hoch schätzen Sie die Wahrscheinlichkeit ein, dass sich bei den Non-Respondern Untergruppen finden lassen, die anderen psychotherapeutischen Ansätzen zugänglich sind?

Diese Frage ist auf der Grundlage empirischer Studien sehr schwer zu beantworten. Es gibt zwar klinische Erfahrungen mit anderen Ansätzen, aber nur wenige klinische Studien, die da helfen, das abzuschätzen. Wenn ich die Frage klinisch beantworte, dann überlege ich dabei, was andere Ansätze bringen, was die Verhaltenstherapie nicht beinhaltet. Auch die Verhaltenstherapie profitiert ja von unspezifischen Wirkfaktoren, wie Grawe sie genannt hat, zum Beispiel Zuwendung oder das Bereitstellen einer Klärungsperspektive.

Und haben andere Ansätze gegebenenfalls einen anderen Fokus, von dem Familien profitieren können?

Auch ein Verhaltenstherapeut würde sagen, er arbeitet im Kontext von Familien, und sicher gibt es auch immer Konstellationen, in denen ein systemischer, psychodynamischer oder familientherapeutischer Ansatz hilfreich ist, weil das familiäre System wesentlich zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beiträgt. Aber das wäre sicher auch in verhaltenstherapeutischen Konzepten zu integrieren. Ich weiß nicht, ob ein systemischer oder tiefenpsychologischer Ansatz da noch einen Vorteil bringt. Ob ein psychodynamischer Ansatz, der sich verstärkt auf die Entwicklung der Symptomatik bezieht, also nicht nur im



Bei multimorbid erkrankten Patienten reicht es nicht aus, sich an einer einzigen Leitlinie entlangzuhangeln

Hier und Jetzt arbeitet, einen Zusatznutzen ergibt, kann ich nicht beurteilen. Aber ein guter Verhaltenstherapeut sollte das erkennen, wenn er bestimmte Ziele nicht erreicht, ob hier gegebenenfalls ein anderes Verfahren anzuwenden wäre.

Sehen Sie, wenn die ADHS-Symptomatik eines Kindes als Anzeichen für ein pathogenes Familienmilieu zu bewerten ist, auch einen Indikationsbereich für Behandlungskonzepte, die intensiver auf die damit gegebenen Konflikte, psychodynamischen oder systemischen Prozesse des Familiengeschehens eingehen?

Ja, es gibt aufrechterhaltende Bedingungen in der Familie, zum Beispiel Paarkonflikte oder inkonsequentes Erziehungsverhalten, massive Geschwisterrivalitäten oder eigene psychische Störungen der Eltern. Das sollte ein guter Verhaltenstherapeut aber auch sehen. Wenn beispielsweise eine depressive Mutter es nicht schafft, konsequent oder liebevoll mit dem Kind umzugehen, muss auch die Behandlung der Depression der Mutter mit in das Behandlungskonzept einbezogen werden; das kann eine Verhaltenstherapie des Kindes allein nicht lösen. Aber da bieten die verschiedenen, auch verhaltenstherapeutischen Ansätze, die ja nicht nur „am Symptom herum-machen“, Möglichkeiten. In einem funk-

„Pharmakotherapie im Vorschulalter muss sehr vorsichtig sein“

tionalen Modell schauen wir ja auch immer auf die aufrechterhaltenden Bedingungen wie inkonsequentes Erziehungsverhalten bei ADHS oder Sozialverhaltensstörungen.

Bekanntlich ist eine Pharmakotherapie umso wirksamer, je strikter bzw. klarer die Anwendungskriterien gehandhabt werden. Führt die starke Fokussierung der Behandlungen auf psychosoziale Interventionen mit Schwerpunkt Elterntraining in den neueren Leitlinien nicht im Falle ungenügenden Greifens der Maßnahmen zu einem rascheren Einsatz der Alternative Pharmakotherapie? Leitlinien sollen evidenzbasiert entwickelt werden. Deswegen beziehen sie sich auf die Therapieformen, die sich in den empirischen Studien durchgesetzt haben. Das ist eben viel Pharmakotherapie, aber auch Verhaltenstherapie und zum Beispiel bei ADHS besonders elternzentrierte Maßnahmen, aber auch kindzentrierte Maß-

nahmen. Wenn es dann Evidenz für Methode A gibt und wenn Methode A im konkreten Fall nicht wirkt, macht man die andere, evidenzbasierte Methode B.

Das hieße dann, dass damit eine Reihenfolge von Methoden festgelegt würde?

Wenn die Evidenzen nicht gleich sind, ja. Aber die liegen meist nur für Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie vor. Natürlich kann man im Umkehrschluss nicht ausschließen, dass andere psychotherapeutische Methoden hilfreich sind, aber zunächst bräuchte ich eine Evidenz, um Empfehlungen in einer Leitlinie auszusprechen. Aber was tun, wenn ein Verhaltenstherapeut tatsächlich nicht weiterkommt? Ich erwarte dann von einem guten Verhaltenstherapeuten, dass er die Eltern und gegebenenfalls bei entsprechendem Alter auch das Kind aufklärt. Er sollte dann ehrlich sagen: „Unsere Verhaltenstherapie ist nicht hinreichend erfolgreich. Es gibt zwei Möglichkeiten: entweder eine andere Methode – von der ich persönlich (mehr oder weniger) überzeugt bin. Aber es liegen hierzu keine Studien vor, die belegen, dass die Methode hinreichend wirksam ist. Oder wir gehen zur Pharmakotherapie, wo Sie eine Chance von 70 Prozent haben – wobei nicht sicher gesagt werden kann, wie wirksam Medikamente bei Ihrem Kind sind. Also, was sollen wir jetzt tun?“ Da ist

Adhärenz wichtig für eine gemeinsame Entscheidung, ob jetzt Psychotherapie gemacht werden soll, mit dem Risiko unzureichender Hilfe, oder eine Pharmakotherapie mit den und den Nebenwirkungen und den genannten Chancen. Bei Risiken sind nicht nur die Risiken der Pharmakotherapie, sondern auch der Psychotherapie zu beachten, wie die längere Wirklatenz bei Psychotherapie. Da müssen mit den Eltern dann die Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Behandlungsansätze thematisiert werden. Dabei empfiehlt die Leitliniengruppe auch, zwischen zumindest halbwegs evidenzbasierten Methoden abzuwägen und zu wählen.

Ist es in diesem Zusammenhang nicht wünschenswert, wenn Psychoedukation und Elternt raining nicht den gewünschten Erfolg gezeigt haben, zunächst den Weg einer individualisierten Psychotherapie zu empfehlen, ehe stationäre oder medikamentöse Behandlungsversuche unternommen werden?

Die Verhaltenstherapie ist in Deutschland hochgradig individualisiert, mehr als in anderen Ländern.

Damit ist zum Beispiel das Durcharbeiten eines Manuals gemeint, das sich im Vorgehen stark an den Stundenabläufen orientiert, auch wenn sich Hinweise auf weitere Probleme ergeben.

Na ja, dann hat man manualtreue Therapie falsch verstanden. Um das zu vermeiden, ist eine umfassende Diagnostik mit einer Verhaltensanalyse notwendig und in das Behandlungskonzept einzubeziehen. Weitere Aspekte sind natürlich auch mit zu berücksichtigen wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt neue Informationen ergeben. Das muss dann in meine funktionale Analyse adaptiert und die weitere Therapie darauf abgestimmt werden. Manualisiert heißt, dass bestimmte Interventionen klar beschrieben sind. Individualisierte Psychotherapien sind absolut notwendig, und eine reine standardisierte manualisierte Therapie, die nicht an die individuellen Bedingungen angepasst ist, ist schrecklich. Therapie muss immer an den individuellen Bedürfnissen orientiert sein. Auch Elternt rainings sind nicht immer indiziert,

„In amerikanischen und englischen Leitlinien wird Psychotherapie viel mehr infrage gestellt als in den deutschen Leitlinien“

sondern nur wenn elterliches Verhalten zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beiträgt. Wenn das nicht wäre und man dennoch ein Elternt raining machen würde, wäre das eine blinde manualisierte Therapie und eine Katastrophe.

Und gilt dies nicht noch mehr bei Kindern im Vorschulalter, da Pharmakotherapien auf unreife Hirnstrukturen und hohe psychische Vulnerabilität einwirken und wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse über deren Nutzen und gegebenenfalls Schaden lückenhaft sind?

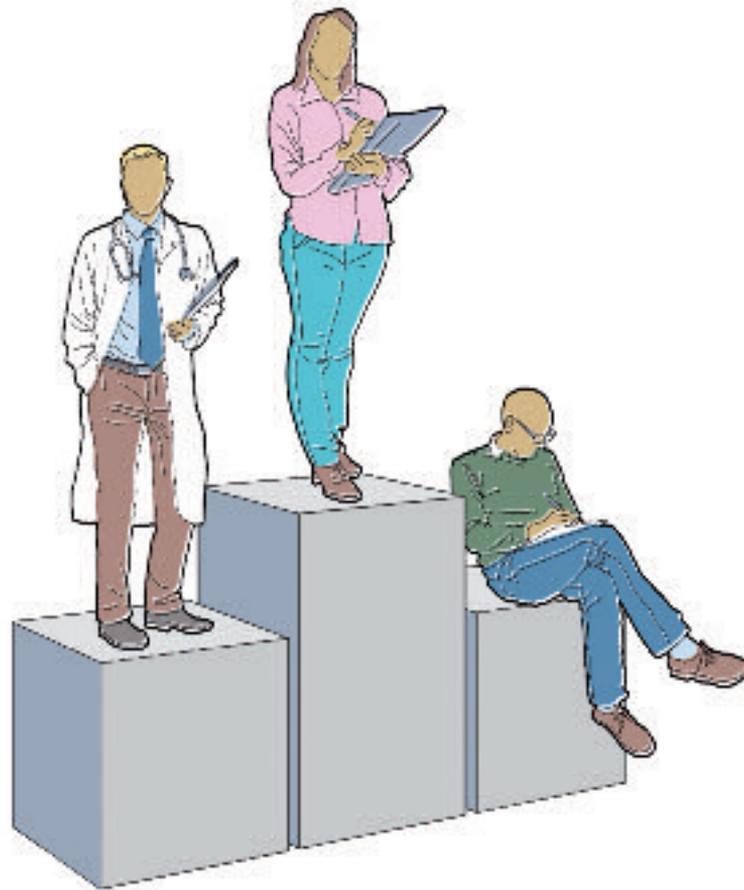
Ja, natürlich. Auch in den Leitlinien wird gesagt, dass man bei Pharmakotherapie im Vorschulalter sehr vorsichtig sein muss. Prinzipiell soll im Vorschulalter mit psychotherapeutischen Interventionen begonnen werden, auch bei stark ausgeprägter ADHS-Symptomatik. Da ist Pharmakotherapie immer nachrangig. Und Sie haben recht, wir wissen nicht sicher genug, was die langfristigen Effekte sind. Es gibt keine eindeutigen Hinweise auf langfristige Nebenwirkungen (ausgenommen einer in der Regel begrenzten Verminderung des Wachstums), aber wir können nie ausschließen, dass es – vielleicht in seltenen Fällen – doch auch ernsthafte Nebenwirkungen gibt. Andererseits gibt es aber eine kleine Gruppe von unter einem Prozent der Fünf- bis Sechsjährigen, die so auffällig sind, dass es sinnvoll sein mag, früher pharmakologisch zu intervenieren. Da sind auch höhere Verantwortlichkeiten des Arztes zu berücksichtigen, da auch nicht mehr die Haftung der Firma greift. Aber es gibt Studien dazu, die die Wirksamkeit von Medikamenten im Vorschulalter nachweisen. Prinzipiell: Wenn wir über die Nebenwirkungen einer Therapie

sprechen, müssen wir auch die Nebenwirkungen bedenken, die entstehen können, wenn nicht entsprechend behandelt wird. Wenn zum Beispiel die Entscheidung gefällt wird, keine Pharmakotherapie durchzuführen, obwohl sie wirkungsvoll wäre, und dann aufgrund der ADHS-Symptomatik das Kind einen ernsthaften Unfall erleidet, dann wäre das eine gravierende Nebenwirkung einer Nichtbehandlung.

In der Frankfurter Vergleichsstudie zu ADHS¹ waren die Interventionen in beiden Studienarmen wirksam. Legen die Untersuchungsergebnisse nicht nahe, dass hier auch unterschiedliche Patientengruppen von unterschiedlichen Behandlungskonzepten profitiert haben?

Ich begrüße diese Studie, aber sie hat erhebliche methodische Schwächen, zum Beispiel wurde nicht randomisiert, die durchgeführten VT-Intervention sind nicht leitliniengerecht und entsprechen auch nicht dem Standard ambulanter Verhaltenstherapie – um nur einige Probleme zu nennen. Wir können daher nicht von einem wissenschaftlichen Beleg von Effekten ausgehen. Die Studie kann bei vorsichtiger Einschätzung nur erste Hinweise geben. Man kann aus der Studie zwar schlussfolgern, dass sich im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung in dieser Gruppe offensichtlich ADHS-Symptome vermindert haben. Aber den Schritt vom „im Verlauf“ zu „durch die Behandlung“ kann ich als kausalen Schluss nicht machen. Eine Reduktion der Symptomatik im Verlauf ist ein erster Schritt, wir wissen aber nicht, wie stark die Therapie selbst einen Anteil hat. Auch ohne Interventionen verbessert sich die ADHS-Symptomatik im Verlauf der Zeit. Aber das reicht leider nicht aus, diesen empirischen Status zu vergeben, um diese Behandlungsform gleichrangig zur Verhaltenstherapie zu empfehlen. Aber die Studie gibt erste Hinweise.

¹⁾ Forschungsbericht von Läzer et. al.: Psychoanalytische und verhaltenstherapeutisch/medikamentöse Behandlungen von Kindern mit Desintegrationsstörungen. Siehe auch Artikel auf Seite 28



Um zu glänzen, muss es nicht immer Gold sein

Die Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie und die Nutzenbewertung:
Konflikte in der Psychotherapieforschung zum Goldstandard RCT

Von **Katrin Luise Läger**

__ In der sogenannten **Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie** traten klinisch tätige Forscher und Forscherinnen unterschiedlicher Psychotherapieverfahren in den Dialog. Institutionell fußte die Studie auf der gewachsenen und produktiven Zusammenarbeit des Sigmund-Freud-Instituts (unter der Leitung von Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber) mit dem Anna-Freud-Institut Frankfurt

und der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Goethe-Universität Frankfurt (damals unter der Leitung von Prof. Dr. Fritz Poustka). Ein besonderes Merkmal dieser kontrollierten Studie ist ihr *naturalistisches* Studiendesign, in dem bewusst keine Randomisierung vorgenommen wurde und das bis heute Anlass zur Diskussion über Methoden der Psychotherapieforschung gibt und die Diskutanten in zwei

Lager teilt (dazu später mehr). Der Vorteil dieses Designs ist, dass Patienten unselektiert aus dem Versorgungsalltag in die Studie einbezogen werden.

Der Fokus der Studie wurde auf die vorherrschende Versorgungspraxis und die Wirksamkeit manualisierter Therapien gelegt, wie sie in der Praxis genutzt werden. Einschlusskriterien waren eine ICD-10-Diagnose des Aufmerksamkeitsdefizit-/

Hyperaktivitätssyndroms (F90.1), einer einfachen Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung (F90.0) und/oder einer Störung des Sozialverhaltens (F91.3) von Kindern im Alter von sechs bis elf Jahren. Insgesamt wurden 73 Kinder (58 Jungen und 15 Mädchen, 43 im PA-Arm, 30 im VT/M-Arm) und ihre Familien über einen Zeitraum von mehr als drei Jahren unter Verwendung leitliniengerechter diagnostischer Instrumente prospektiv systematisch beobachtet und begleitet. Untersucht wurde die Wirksamkeit psychoanalytischer Langzeitbehandlungen ohne Medikation im Vergleich zu verhaltenstherapeutisch/medikamentösen Behandlungen. Die *psychoanalytische Langzeittherapie ohne Medikation*, die durchschnittlich zwei Jahre andauerte, folgte dem Behandlungsmanual von Adelheid Staufenberg. Die Kinder des *verhaltenstherapeutisch/medikamentösen* Untersuchungsarms nahmen entweder am manualisierten *Verhaltenstherapeutischen Intensivtraining zur Reduktion von Aggression* (Grasman, Stadler) oder am *Marburger Konzentrationstraining* (Krowatschek, Albrecht, Krowatschek) teil. Die verhaltenstherapeutischen Interventionen dauerten durchschnittlich sechs Wochen. Zusätzlich entschieden die Kinderpsychiater und -psychiaterinnen individuell über die Vergabe von Methylphenidat. Insgesamt wurden 60 Prozent der Kinder in dem verhaltenstherapeutischen Untersuchungsarm auch medikamentös behandelt – zumeist mit dem Präparat Medikinet retard®. Nach durchschnittlich 38 Monaten wurden 50 Prozent der Kinder in diesem Untersuchungsarm immer noch medikamentös behandelt.

Als primäres Zielkriterium wurde die signifikante Reduktion der störungsspezifischen Symptome der ADHS und der Störung des Sozialverhaltens entlang des „Diagnostik-Systems für Psychische Störungen im Kinder- und Jugendalter“ festgelegt. Als sekundäre Zielkriterien wurden einerseits die von den Eltern und Lehrern eingeschätzte Veränderung der ADHS-Kernsymptome entlang der Conners-Fragebögen für Eltern und Lehrer ausgewählt sowie andererseits die Veränderung des externalisierten und in-

ternalisierten Verhaltens mittels der Child Behavior Checklist und der Teacher Report Form. Die Perspektive der Kinder wurde zudem durch die von ihnen selbst eingeschätzte Lebensqualität berücksichtigt. Alle Zielkriterien wurden vor Beginn der Studie festgelegt und im Studienprotokoll – registriert im Deutschen Register Klinischer Studien – beschrieben.

Die Kinder beider Behandlungsgruppen zeigten in den Studienergebnissen durchschnittlich 38 Monate nach der Eingangs-

Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Gesamtkosten einer analytischen Therapie durchaus deutlich geringer ausfallen können als die Kosten einer VT

messung hochsignifikante Symptomreduktionen – wobei es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gab. In den Eltern- und in den Lehrerurteilen verbesserten sich die Kinder signifikant über die Zeit auf den Skalen des ADHS-Indexes, des oppositionellen Verhaltens und der Hyperaktivität/Impulsivität sowie in den externalisierenden und internalisierenden Verhaltensproblemen. Beide Gruppen zeigten ähnliche Effektstärken über die Zeit. Auch die Lebensqualität verbesserte sich für die Kinder in beiden Behandlungsgruppen. Für die unter Legitimationsdruck stehende psychoanalytische Langzeittherapie zeigten die Ergebnisse, dass sie auch *ohne Medikation* vergleichbare Behandlungserfolge aufweisen kann wie die untersuchten Interventionen der verhaltenstherapeutisch/medikamentösen Behandlung.

Der Nutzen dieser Ergebnisse für Eltern und Kinder besteht darin, dass wir zeigen konnten, dass es evidenzbasierte alternative Behandlungsmethoden zur medikamentösen Behandlung von Kindern mit

der Diagnose ADHS und/oder einer Störung des Sozialverhaltens gibt. Ist der Nutzen aber auch ein ökonomischer, wenn die durchschnittliche psychoanalytische Langzeittherapie zwei Jahre dauert?

Teil der Frankfurter ADHS-Wirksamkeitsstudie war eine gesundheitsökonomische Nachuntersuchung, in der die Nachhaltigkeit und die Kosten der Behandlungen festgestellt wurden, die wertvolle Hinweise zur aktuellen Versorgungsrealität von Kindern mit der Diagnose ADHS und/oder Störung des Sozialverhaltens gibt und durch weitere Untersuchungen untermauert werden soll. Es wurden an einer Gruppe von jeweils neun Kindern alle Behandlungskosten berechnet, die aufgrund der Symptomatik und Eingangsdiagnose (ADHS und/oder Störung des Sozialverhaltens) notwendig waren und im Untersuchungszeitraum von insgesamt durchschnittlich 41 Monaten durchgeführt wurden. Betrachtet man in einem ersten Schritt zunächst ausschließlich und isoliert die Kosten der jeweiligen Therapien, stellte sich die psychoanalytische Langzeitbehandlung als doppelt so teuer wie die verhaltenstherapeutisch/medikamentöse Behandlung dar (132.027,07 Euro vs. 56.715,97 Euro). Umso überraschender erwies sich die weitere Betrachtung der Kosten für *zusätzliche symptombezogene*, im Untersuchungszeitraum bei den Kindern notwendig gewordene Behandlungen und Interventionen (insbesondere für sozialarbeiterische und sozialpädagogische Maßnahmen wie Integrationshelfer in der Schule, Tagesgruppen und Kinderwerkstatt): Während für die neun Kinder der psychoanalytischen Gruppe insgesamt nur 19.007,38 Euro aufgewendet wurden, entstanden in der verhaltenstherapeutisch/medikamentösen Gruppe für die anderen neun Kinder Kosten in Höhe von 440.960,90 Euro – ein Betrag, der den der psychoanalytischen Gruppe um das 23-Fache übersteigt. Entsprechend erscheint die psychoanalytische Gruppe in der Schlussbetrachtung der Gesamtbehandlungskosten mit deutlich niedrigeren Kosten als die verhaltenstherapeutisch-medikamentöse Gruppe (151.034,45 Euro vs. 497.676,87 Euro).

Die Ergebnisse unserer Studie deuten darauf hin, dass die intensive und lange psychoanalytische Psychotherapie eine nachhaltige Entlastung der Gesamtfamilie in dem Sinne bewirkte, dass die hyperaktive und aggressive Symptomatik der betroffenen Kinder in dem über zwei Jahre gleichbleibenden Behandlungsetting gehalten und bearbeitet werden konnte und nicht weiter in zahlreiche „Nebenkriegsschauplätze“ diffundierte. Folglich mussten in der psychoanalytischen Gruppe weitere Hilfesysteme (Jugendamt, Sozialarbeit, Integrationshelfer etc.), die in der verhaltenstherapeutisch/medikamentösen Vergleichsgruppe eine charakteristisch dominante Rolle spielten, nicht oder seltener aktiviert werden.

Mit der ADHS-Wirksamkeitsstudie reagiert die Forschergruppe auf die Gefahr, dass in Deutschland die gesetzlichen Krankenkassen die Kostenübernahme von psychoanalytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapien mittel- oder langfristig aufkündigen könnten, falls es uns nicht gelingt, deren Wirksamkeit – nach den im heutigen Gesundheitswesen geltenden Kriterien – in entsprechenden Studien zu belegen. Daher versuchten wir ein Design zu entwickeln, das einerseits diesen Kriterien entspricht. Andererseits versuchen wir, gleichzeitig die klinische und konzeptuelle Forschung der Psychoanalyse voranzubringen und eben dadurch die Psychoanalyse als eigenständige, spezifische Forschungsmethode im aktuellen gesundheitspolitischen und öffentlichen Diskurs zwar selbstkritisch, aber authentisch zu vertreten.

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (WBP) beruft sich in seinen Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie auf die Ziele der evidenzbasierten Medizin und formuliert, unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen in der Evaluationsforschung, in einem Methodenpapier einen Kriterienkatalog zur Beurteilung der Qualität von Psychotherapiestudien, der 54 Punkte enthält. Da die Studie dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie vorgelegt wird, hat die

Forschergruppe eine Selbsteinschätzung entlang dieser Kriterien vorgenommen. Worum aber geht es bei diesen Kriterien?

Grundsätzlich gilt, dass eine klinische Studie Interventionen bei Patienten mit einem Krankheitswert untersuchen muss und der beobachtbare therapeutische Effekt intersubjektiv feststellbar und replizierbar sein sollte. Der erzielte Effekt muss einerseits mit hoher Wahrschein-



Die Vorstellung einer Einheitswissenschaft ist ein Mythos

lichkeit auf die psychotherapeutische Intervention zurückführbar sein (interne Validität). Andererseits sollte die untersuchte Intervention in der Praxis unter den Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens effektiv durchführbar sein (externe Validität). Wie diese Anforderungen bereits andeuten, werden in der Beurteilung einer Studie drei Bereiche unterschieden: a) die allgemeine methodische Qualität, b) die interne Validität und c) die externe Validität. Jedes Einzelkriterium ist vom Gutachter oder von der Gutachterin jeweils mit 1 = höchste Qualitätsstufe, 2 = mittlere Qualitätsstufe oder 3 = niedrigste Qualitätsstufe zu beurteilen. Die methodische Qualität einer Studie gilt als gesichert, wenn die Einzelkriterien mit 1 oder 2 und wenn der Mittelwert der

Einzelkriterien in einem Bereich kleiner als 2.25 ist. In einer Selbsteinschätzung kamen wir auf die folgenden Mittelwerte: a) allgemeine methodische Qualität der Studie MW = 1.47; b) interne Validität MW = 1.54; c) externe Validität MW = 1.38. In allen drei Bereichen liegt der Mittelwert unter den geforderten 2.25 Punkten. Am besten schneidet die Studie in der externen Validität ab. Dieser Umstand erklärt sich durch das naturalistische Studiendesign.

Wie weiter oben angedeutet wurde, spaltet sich die Diskussion um die Methoden dieser Studie in zwei Lager. Das eine Lager, unter anderem vertreten durch die Mitglieder des Zentralen ADHS-Netztes, wirft der Studie „erhebliche methodische Schwächen“ vor, vornehmlich aufgrund einer fehlenden Randomisierung. Damit ist gemeint, dass beispielsweise keine unbehandelten Kontrollgruppen gebildet wurden, deren Entwicklungen mit denen der behandelten Kinder verglichen werden können. Daher werde die Studie nicht als ausreichende Grundlage gesehen, um die Wirksamkeit von tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei ADHS zu belegen. Diese Vorwürfe führen die (harte) gesellschaftliche Realität vor Augen, dass die Wirkung bestimmter psychotherapeutischer Verfahren zurzeit nur dann als „wissenschaftlich evaluiert“ gelten, wenn es sich um kontrollierte, *randomisierte* Studien (RCT) für einzelne Störungsbilder handelt. Diese Argumentation stützt sich auf die Evidenzstufen, die unter anderem vom Center for Evidence Based Medicine, Oxford, veröffentlicht wurden und die Grundlage für das Methodenpapier des WBP bilden. Den höchsten Evidenzgrad 1 bekommen nur die randomisierten, kontrollierten Studien, in denen die untersuchten Personen zufällig den Verfahren zugeordnet werden. Diese Studien verfügen über eine hohe interne Validität, weil sie die Auswirkungen genau definierter Variablen „kausal“ verfolgen können und Unterschiede in den Ergebnissen den Therapieverfahren zugeschrieben werden.

Das andere Lager, dem die Forschergruppe der Frankfurter ADHS-Wirksam-

keitsstudie angehört, sieht darin das Problem, dass das Forschungsdesign des Evidenzgrades 1 an Experimente der Pharmaindustrie angelehnt ist. Die Wirkung einer Psychotherapie wird hier mit jener einer Placebotablette verglichen. Es ist aus vielen Gründen problematisch, die Wirkung eines Psychotherapieverfahrens mit jenem eines Medikaments gleichzusetzen. Ein weiteres Problem ist, dass Therapien mit zufällig zugewiesenen Patienten und genau vorgeschriebenen, manualisierten Behandlungstechniken zwar eine hohe interne Validität, aber oft eine geringe externe Validität aufweisen: Sie untersuchen möglichst homogene Therapieverfahren, die aber eine Art Laborcharakter haben. Sie entsprechen damit nicht jenen Therapieverfahren und Patientengruppen, die in der Praxis wirklich durchgeführt und behandelt werden. Hier liegt der große Vorteil der naturalistischen Studien, die sich auf die in der Praxis vorkommenden Behandlungen konzentrieren, die aber lediglich den niedrigeren Evidenzgrad 2 bekommen – mit der Konsequenz, in Leitlinien nicht berücksichtigt zu werden, wenn Studien mit dem Evidenzgrad 1 vorliegen.

In den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie mit der eindeutigen Präferenz von randomisierten, kontrollierten Studien wird – wie uns scheint – implizit von einer wissenschaftstheoretisch längst problematisierten Vorstellung einer „Einheitswissenschaft“ ausgegangen, die Placebostudien der Pharmazie als Goldstandard auch für Studien im Bereich der Psychotherapieforschung setzt. Diese Praxis ist mit großer gesellschaftlicher Macht verbunden, da die Beurteilung der wissenschaftlichen Qualität der Studien sogar verbindlich die Finanzierung der Psychotherapien durch die Krankenkassen determiniert. Wissenschaftstheoretisch stellte Herman von Helmholtz jedoch bereits vor 100 Jahren die Differenzierung der Wissenschaften fest, nach der jeder einzelne Forscher zunehmend gezwungen sei, sich mit immer spezifischeren Methoden immer engeren Fragestellungen zu widmen. Verbunden mit diesem Ausdifferenzierungsprozess

haben sich die Kriterien von Wissenschaft und wissenschaftlicher Wahrheit in den jeweiligen wissenschaftlichen Disziplinen gewandelt und spezifiziert. Die Vorstellung, es gebe eine „Einheitswissenschaft“, angelehnt an das Experimentaldesign der klassischen Physik (und den daraus hervorgehenden Doppel-Blind-Ver-such, realisiert zum Beispiel in den Placebostudien der Pharmaindustrie), erwies



Naturalistische Studien können und sollen die Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studien sinnvoll ergänzen

sich als Mythos: Wir leben in einer Zeit der „Pluralität der Wissenschaften“. Allerdings wird diese wissenschaftshistorische und -theoretische Erkenntnis in der heutigen Welt der evidenzbasierten Medizin kaum zur Kenntnis genommen.

Noch deutlicher werden die Probleme des sogenannten Goldstandards randomisierter, kontrollierter Studien, wenn man die Nutzenbewertung in den Blick nimmt. Fragt man, welchen Nutzen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Akteure des Gesundheitswesens aus Ergebnissen klinischer Studien ziehen können, die mit einem Evidenzgrad 1 bewertet werden, eine hohe interne, aber niedrigere externe Validität

aufweisen, wird man mitunter keine geeignete Antwort erhalten. Stattdessen wird die Kluft sichtbar, die sich zwischen den laborartigen Behandlungstechniken einerseits und der tatsächlichen Praxis andererseits auftut. Naturalistische Studien sind in der Nutzenbewertung im Vorteil, da sie die tatsächliche Praxis von vornherein abzubilden versuchen. Den gesundheitsökonomischen Nutzen eines Therapieverfahrens kann man beispielsweise nur dann abschätzen, wenn man Behandlungen untersucht, wie sie in der Praxis vorkommen – will man sich ein realistisches Bild machen.

Es häufen sich kritische Stimmen und Studien zum derzeit vorherrschenden Zeitgeist der extremen Präferenz randomisierter Studien. So fordern auch Vertreter der Krankenkassen vermehrt naturalistische Studien, da die randomisierten Laborstudien kaum Aussagen über die Ergebnisse von Psychotherapien mit „wirklichen Patienten“ und folglich kaum eine brauchbare Nutzenbewertung erlauben. Bekanntlich ist der Vorteil von naturalistischen Studien, die allerdings vom WBP nur den Evidenzgrad 2 erhalten, gerade der, dass sie die Qualität der real stattfindenden Therapien und ihre Kurz- und Langzeitwirkungen untersuchen und daher ihren wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung von Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen leisten. Aus diesen Gründen erlebt heute, unter anderem durchaus auch von den Krankenkassen mit unterstützt, die sogenannte Versorgungsforschung einen neuen Aufschwung, die die Ergebnisse randomisierter, kontrollierter Studien sinnvoll ergänzt.



Foto: Privat

**Prof. Dr. phil. habil.
Katrin Luise Läser**

ist Professorin für Klinische Psychologie des Kindes- und Jugendalters an der Hochschule Darmstadt und gehört mit Marianne Leuzinger-Bohleber (Leiterin), Birgit Gaertner, Inka Tischer und anderen zur Forschergruppe der ADHS-Wirksamkeitsstudie.

Jazz im Therapieraum – aber nur im passenden Dress!

Ein neues, die Psychotherapie-Schulen übergreifendes Handbuch plädiert für einen ganzheitlichen Behandlungsansatz, der Erkenntnisse aus verschiedenen Disziplinen integriert

Von **Eva Rass**

Das als Lehr- und Handbuch angekündigte Werk „Psychodynamisches Denken und Handeln in der Psychotherapie“ entstand aus einer Vorlesungsreihe, die sich nicht nur an Ausbildungskandidaten der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie, sondern auch an Studierende der Verhaltenstherapie wendete. Es galt, beiden Kandidatengruppen die Grundlagen der psychodynamischen Behandlungsführung aus bindungstheoretischer, intersubjektiver und regulationsorientierter Sicht aufzuzeigen.

Der psychodynamische Ansatz findet sich sowohl empirisch als auch bindungstheoretisch, psychoanalytisch, hermeneutisch und neurowissenschaftlich in den verschiedenen Perspektiven wieder, was die einzelnen Beiträge der sechs Autoren vertiefen. Betont wird, dass die Bereitschaft zur Verfahrens- und Methodenintegration in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat und im stationären Bereich schon lange routiniert und erfolgreich praktiziert wird. Herausgearbeitet wird die Bedeutung der drei Paradigmenwechsel: der Übergang von einer Ein-Personen-Psychologie zu einer intersubjektiven Mehr-Personen-Psychologie, die intersubjektive Wende, die die Rolle der Realerfahrung bei der Entstehung psychischer Störungen betont, sowie die Bedeutung von frühen Stresserfahrungen mit dem Risiko erhöhter Vulnerabilität und die Entwicklung der Fähigkeit der Selbstregulation durch intersubjektive Regulation. Nach einer gut gegliederten Einführung, die auf die Komplexität des an-

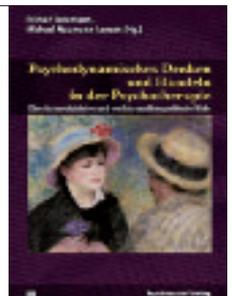
schließenden Lesestoffes und auf die eingebetteten Themenfelder vorbereitet, widmen sich die Herausgeber Eckhart Neumann und Michael Naumann-Lenzen den Grundlagen der psychodynamischen Psychotherapie sowie Bausteinen der Regulations- und Bindungstheorie. Im nächsten Kapitel bearbeiten vier Autoren spezifische Phänomene im übergeordneten Themenkreis mit deutlicher Bezugnahme zum therapeutischen Alltag. Im letzten Kapitel wird die psychodynamische Herangehensweise mit vertieftem Blick auf die Persönlichkeitsstruktur des Therapeuten dargestellt – die Integration von Expertenwissen, Empathie und die Möglichkeit zu emotionaler Resonanz sowie der Anerkennung der unbewussten Kommunikation zwischen Patient und Therapeut. Therapie wird verstanden als ein gemeinsamer Weg des versuchten Verstehens.

Um Phänomene besser erfassen zu können, wird in diesem Buch immer wieder auf Bilder zurückgegriffen – so zum Beispiel auf das Bild eines Jazzmusikers, der virtuos und selbstverständlich sein Instrument handzuhaben weiß, der sich intuitiv durch die Anwesenheit des Mitspielers diszipliniert resonanzgebend auf den anderen im Prozess einstellt und dadurch Co-Konstrukteur bei dem sich daraus eröffnenden Weg ist. Weiter wird die Fülle von Informationen in allen Kapiteln durch zahlreiche Fallbeispiele verlebendigt, in denen die Vielschichtigkeit des therapeutischen Prozesses unmittelbar nachvollziehbar wird. Für den Therapeuten ist es wichtig, dass er

eine Arbeitsweise wählt, die seinem persönlichen Design entspricht. Alles andere bleibt unwirksam: Eine Methode muss wie ein guter Anzug sein – er muss wie angegossen sitzen und gleichzeitig genügend Bewegungsfreiheit bieten.

Die Integration der unterschiedlichen Wissenschaftsfelder erinnert an die Formulierungen von G. Roth und P. Fürstenau, die ein schulenübergreifendes Mixtum beschreiben, das aus bindungsorientierten, emotional-kognitiven und psychodynamischen Bausteinen besteht. Es geht um die Erweiterung einer verengten Schulensicht und um eine kreative und flexible Umgangsweise mit dem vorhandenen Wissen über menschliche Entwicklung und Existenz. Der Handbuchcharakter wird durch ein daran anschließendes Glossar betont. Das Buch kann somit in seiner Ausarbeitung mit unideologischem Blick auf Ausbildung und professionelles Handeln sowohl in Therapie als auch in Supervision und Beratung angewendet werden und ist somit bereichernd für jeden in diesem Feld Tätigen.

Eckhart Neumann, Michael Naumann-Lenzen (Hg.):
Psychodynamisches Denken und Handeln in der Psychotherapie
Eine intersubjektive und verfahrensübergreifende Sicht
Psychosozial 2017
402 Seiten, 39,90 Euro
ISBN: 978-3-8379-2543-2



In Grenzen frei

Stehen unsere Triebe wirklich über allem? Joachim Bauer plädiert für eine Wiederentdeckung des freien Willens

Von **Birgit Ebert-Hampel**

___ **Mit „Selbststeuerung: Die Wiederentdeckung des freien Willens“** hat Joachim Bauer ein Buch geschrieben, das sich dem Zeitgeist widersetzt. Statt sich auf seinen gefühlsmäßigen Autopiloten zu verlassen, rät er uns zu bewusstem, abwägendem Denken und Handeln. Dem Autor gelingt es, komplexe Forschungsgebiete mit aktuellem gesellschaftlichen Zündstoff kompetent und anschaulich darzustellen. Aufgrund eigener und anderer evidenzbasierter Studien weist er nach, dass es einen freien Willen in gewissen Freiheitsgraden gibt, der sich in einer Form dialogischen Suchprozesses herausbilde und sich an der Logik messen lasse. Für den freien Willen sei deshalb die Ausbildung guter Selbststeuerung (ST) unverzichtbar. Der Autor widerlegt die These von Roth und Singer, dass der Mensch durch biologische und soziale Prägung ein determiniertes Wesen ohne Verantwortung sei. Stattdessen beschreibt er zwei neurophysiologische Fundamentalsysteme nicht angeborener ST: das Trieb- oder Basissystem mit seinen Emotionen und Impulsen (bottom-up) sowie das Aufbausystem „Selbstkontrolle“ im präfrontalen Kortex (= PFC, top-down), das die Regulation des Basissystems vollziehe. Beide Systeme hielten wie Tanzpartner die Balance: Weder die Tendenz, jeder Verlockung nachzugeben, noch feindliche Askese sei mit ST gemeint, die den Lustfaktor von Sinnhaftigkeit und Selbstbestimmung enthalte. Voraussetzung sei die Entwicklung eines stabilen Selbst, das bis zum dritten Lebensjahr durch eine verlässliche dyadische Beziehung als neurophysiologische Koppelung im unteren Teil des PFC als Ich- und Du-Repräsentanzen

nachweisbar sei. Die in einem zweiten Reifungsschritt erfolgende Ausbildung der im oberen PFC verorteten Selbstkontrolle mache es möglich, Impulskontrolle durchzuführen, langfristige Ziele zu setzen, Handlungen zu planen, Regeln zu befolgen, konzentriert bei einer Sache zu bleiben, unsere Aufmerksamkeit zu steuern und mehrere relevante Dinge gleichzeitig im Bewusstsein behalten zu können. Hierbei brauche es Eltern, Erzieher und Lehrkräfte, die sich über das neurophysiologische Netzwerk der Spiegelneurone in das Kind einfühlen können und ihrerseits das Spiegelsystem des Kindes anregen, indem sie es ermutigen, seine Autonomie zu entwickeln und gleichzeitig pädagogischen Widerstand zu leisten. Dieser zwingt das Kind, sich mit seinen Impulsen und seiner schnellen Bedürfnisbefriedigung auseinanderzusetzen. Werde durch unsere konsumorientierte westliche Welt unter anderem durch subliminale Suggestion oder Verbreiten von Vorurteilen versucht, unser Basissystem süchtig zu machen, habe das fatalerweise die Wirkung, unseren PFC einzuschläfern. Durch Zunahme des Zeit-Leistungsdrucks und der Arbeitsplatzunsicherheit werde das menschliche Grundbedürfnis nach Ruhe, Selbstbestimmung, Bewegung, sozialer Verbundenheit, körperlicher Zärtlichkeit und Zukunftsorientierung frustriert und die ST stark herausgefordert. Die Bedürfnislücken würden mit überzogener Aufnahme von Nahrung, Medienprodukten, Alkohol, Nikotin und Drogen zu schließen versucht, was nicht nur die Raten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krebs fördere, sondern auch bei

fehlender seelischer Sättigung den Suchtdruck und die Dosissteigerung erhöhe. Das Aufdecken subtiler Manipulation könne die unbewusste Beeinflussung stoppen, wenn Selbstkontrolle in unserer Gesellschaft zu Erfolgen führe. Im Bereich der Medizin komme der ST der Patienten besondere Bedeutung zu: Neben der schmerzlindernden Wirkung des Arztes sei es seine Aufgabe, die Selbstheilungspotenziale desjenigen Patienten zu aktivieren, dem möglicherweise nicht mehr so viel Lebenszeit zur Verfügung stehe und der daher ein vermehrtes Bedürfnis nach authentischem Leben habe. Nachweisbar geht eine gelungene ST mit niedrigeren Rückfall- und Mortalitätsraten, höherer Aktivierbarkeit des Anti-Stress-Gens und adäquateren Lebensstilen einher. Hierbei sei die Abstandsgewinnung von Suchtdruck und lähmender Angst erlernbar. Verstehen wir ST nicht als das blinde Befolgen fremder Interessen, sondern als schrittweise Annäherung an eine authentische Selbstverwirklichung, so gilt denn doch, was Goethe im „Faust II“ den Englschor sprechen lässt: „Wer immer strebend sich bemüht, den können wir erlösen.“ Ein anregendes, zukunftsweisendes Buch. ___



Materialien für die Praxis



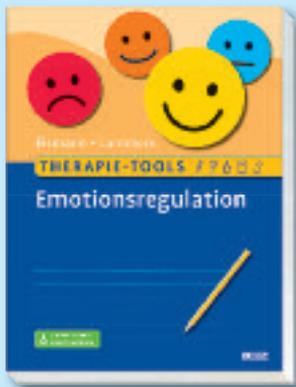
Das ansprechende Poster eignet sich für einen schnellen Therapieeinstieg. So können Sie bereits in der ersten Sitzung Ihre Klienten verständlich über Therapiephasen, Vorgehensweisen und Ziele aufklären.

- Poster in Flipchartgröße (68 x 99 cm)
- 10 Arbeitsblätter für die Psychoedukation

Peter Neudeck

Verhaltenstherapie auf einen Blick

Poster und Arbeitsblätter in Sammelmappe. € 24,95
ISBN 978-3-621-28548-3



Hier finden Sie in breites Spektrum innovativer und evidenzbasierter Arbeitsmaterialien zur Emotionsregulation:

Bewährte Interventionen der traditionellen Verhaltenstherapie, kognitionsbasierte Techniken der »zweiten Welle«, achtsamkeits- und akzeptanzbasierte der »dritten Welle« der KVT.

Gunnar Eismann / Claas-Hinrich Lammers

Therapie-Tools Emotionsregulation Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

258 Seiten. Br. Großformat. € 39,95 D
ISBN 978-3-621-28517-9

Auch einzeln als **E-Book** erhältlich

Ausblick auf das nächste Heft

Der Mensch lebt nicht vom Brot allein: Unser nächstes Magazin beschäftigt sich mit dem Thema „Essen“. Wir stellen Fragen zum Essverhalten in Zusammenhang mit der Evolution, der biologischen Prägung und verschiedenen Sozialisationsfaktoren. Es soll um Schönheitsideale, Aspekte des Dialogs mit dem eigenen Körper, „falsches“ Essen und mögliche psychische Symptome sowie um die Sucht nach „richtigem“ Essen (Orthorexie) gehen. Des Weiteren versuchen wir, Autoren zu folgenden Themen zu gewinnen: Essen als gesellschaftliches Ereignis, als Teil von Bindungen und als erstes Lusterleben des Babys. Wir freuen uns auf spannende Kost.

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:
Norbert Bowe und Ariadne Sartorius

Autoren: Holger Barth, Ulrike Böker, Norbert Bowe, Manfred Döpfner (Interviewpartner), Birgit Ebert-Hampel, Roland Hartmann, Lars Hauten, Mathias Heinicke, Ingo Jungclaussen, Katrin Luise Lärer, Eva Rass, Ariadne Sartorius

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

Artredaktion/Illustration: LeSprenger

Anzeigen: 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

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 Veröffentlichung vorausgesetzt.

Marktplatz

Ärztlicher Kassenarztsitz im S-Bahn-Bereich München
kann zum 30.12.2018 zu 50 %, später ganz übernommen werden.
PSYCHOSOMATIK, PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOANALYSE (+KJP). Tel. 08136/99254



Ihre Kleinanzeige auf dem Marktplatz in Projekt Psychotherapie

Bis 200 Zeichen 40 Euro.
Schicken Sie Ihren Anzeigentext an:
marktplatz@projekt-psychotherapie.de
oder per Fax an: **030/39 835 188-5**
Chiffre-Anzeigen werden derzeit nicht angeboten.

Programm 2018



MILTON ERICKSON INSTITUT

für Hypnosystemische
Kompetenzerweiterung
INNSBRUCK

Weiterbildung Coaching Hypnosystemische und Interkulturelle Konzepte

für die professionelle Beratung
von Fachpersonen, Teams,
Gruppen und Führungskräften

München, Beginn Oktober 2018

In Zusammenarbeit mit
InterCultura Münschen



Infos und Anmeldung:
www.incum.de
www.mei-innsbruck.at

Optimale Lebensbalancen

Der aktive Umgang mit
Erfolg, „Misserfolg“ und der
eigenen (Un-)Endlichkeit zur
Vertiefung und Auffrischung
hypnosystemischer Konzepte
und Methoden

Offenes Weiterbildungsseminar
von Dr. Reinhold Bartl (Innsbruck)

München, 23. bis 24. Nov. 2018

Infos und Anmeldung:
www.mei-innsbruck.at

Begegnungen auf Augenhöhe.

Die hypnosystemische Tagung

Innsbruck, 20. bis 22 Juli 2018
Anmeldung: www.mei-innsbruck.at
wenige Restplätze frei

Umfassendes Standardwerk für Ausbildung und Beruf



J. Margraf, S. Schneider (Hrsg.)
Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1
Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und
Rahmenbedingungen psychologischer Therapie
4. Aufl. 2018, , vollst. überab. u. aktual.,
Etwa 1000 S. 117 Abb., 82 Abb. in Farbe. Geb.
€ (D) 89,99 | € (A) 92,51 | *sFr 112,11
ISBN 978-3-662-54910-0
€ 69,99 | *sFr 89,50
ISBN 978-3-662-54911-7 (eBook)

- Zahlreiche Fallbeispiele illustrieren die theoretischen Grundlagen
- Übersichtlich und praxisorientiert

Das Standardwerk der Verhaltenstherapie für Ausbildung und Beruf. In dieser komplett überarbeiteten Neuauflage werden die Grundlagen, die Diagnostik und die Rahmenbedingungen der Verhaltenstherapie praxisrelevant und übersichtlich dargestellt. Der stringente Aufbau der einzelnen Kapitel dient der schnellen Orientierung im Text.



€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7 % für Printprodukte bzw. 19 % MwSt. für elektronische Produkte. € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10 % für Printprodukte bzw. 20 % MwSt. für elektronische Produkte. Die mit * gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Part of **SPRINGER NATURE**

springer.com/verhalten

Termine 2018

8. bis 10. März

bvvp-Bundesdelegiertenversammlung
Weitere Informationen finden Sie unter:
www.bvvp.de

Ort: Fulda

16. bis 19. März

Verhaltenstherapiewochen 2018
Eröffnungsthema: Gender und Ethik –
wichtige Aspekte in der Psychotherapie
Weitere Informationen finden Sie unter:
www.vtwoche.de

Ort: Hürth bei Köln

23. bis 25. März

Verhaltenstherapiewochen 2018
Eröffnungsthema: Neue Entwicklungen
in der Psychotherapie
Weitere Informationen finden Sie unter:
www.vtwoche.de

Ort: Meiringen/Schweiz

27. April bis 1. Mai

Verhaltenstherapiewochen 2018
Eröffnungsthema: Neue Medien in der
Psychotherapie – Chancen und Grenzen
in der Praxis
Weitere Informationen finden Sie unter:
www.vtwoche.de

Ort: Dresden

15. bis 18. Juni

Verhaltenstherapiewochen 2018
Eröffnungsthema: Emotionsregulation
Weitere Informationen finden Sie unter:
www.vtwoche.de

Ort: Lübeck

21. bis 24. September

Verhaltenstherapiewochen 2018
Eröffnungsthema: Scham, die tabuisierte
Emotion
Weitere Informationen finden Sie unter:
www.vtwoche.de

Ort: Freiburg

9. bis 11. November

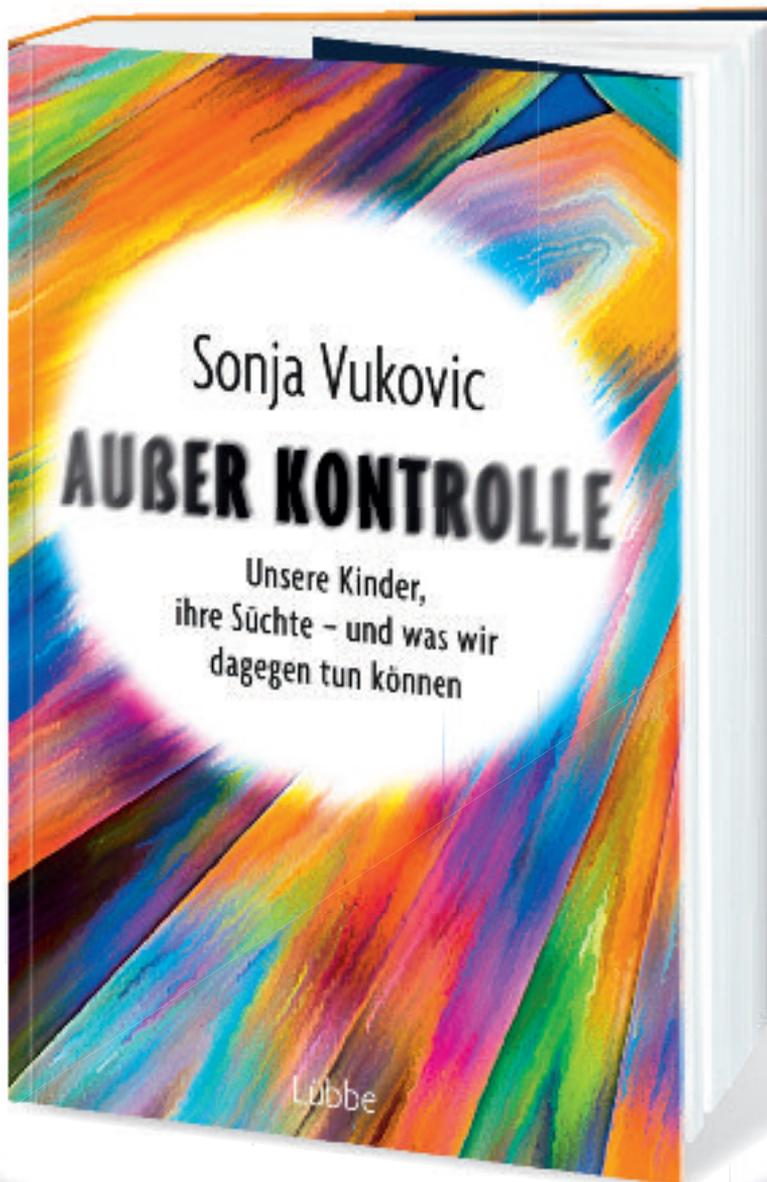
Verhaltenstherapiewochen 2018
Eröffnungsthema: Nutzen und Schaden
von psychotropen Substanzen in der
Psychotherapie
Weitere Informationen finden Sie unter:
www.vtwoche.de

Ort: München

Benebelt, bekifft, auf Diät, immer online – was, wenn dein Kind sich zerstört?



Sonja Vukovic hat als Journalistin mit Schwerpunkt Biografie, Gesellschaftskritik und Sozialpolitik u. a. für DIE WELT, STERN.DE und SPIEGEL geschrieben. Sie wurde mit dem GRIMME ONLINE AWARD und dem AXEL-SPRINGER-PREIS ausgezeichnet.



Auch als E-Book erhältlich

Viele Eltern fühlen sich gefordert und ratlos: Das Internet nimmt immer mehr Raum im Leben ihres Kindes ein, Kiffen und Essstörungen scheinen heutzutage ganz normal zu sein, Alkohol ab 13 kein Grund mehr, sich aufzuregen. Aber was ist noch liberal, was fahrlässig? Wie viel Autorität muss sein? Welche Verbote machen es schlimmer? In ihren Fallgeschichten lässt Vukovic Menschen zu Wort kommen, die keine Lobby haben und fast nirgendwo Gehör finden: Väter und Mütter suchtkranker Kinder. Sie zeigt das Leid der Familien – und wie sie heilen.