

7. Anhang

Abkürzungsverzeichnis:

Abkürzungen der Fachgruppen (Grafiken der KBV-Analyse)

ÄP	Ärztliche Psychotherapeuten
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nichtärztlich)
KJPP	Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
PP	Psychologische Psychotherapeuten
Psychiatrie	Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
Psychosom.	Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Medizin

Abkürzungen der Bundesländer:

BB - Brandenburg
BE – Berlin
BW – Baden-Württemberg
BY – Bayern
HB – Bremen
HE - Hessen
HH – Hamburg
MV – Mecklenburg – Vorpommern
NI – Niedersachsen
NO – Nordrhein-Westfalen
RP – Rheinland Pfalz
SA – Sachsen-Anhalt
SH – Schleswig-Holstein
SL – Saarland
SN - Sachsen
TH - Thüringen
WL – Westfalne Lippe

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Programm Diskussionsforum	4
Abbildung 2.1: Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie	5
Abbildung 2.2: Fachabteilungen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	5
Abbildung 2.3: Fachabteilungen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.....	6
Abbildung 2.4: Behandlungsfälle je Arzt/Psychotherapeut im Quartal 1/2010.....	7
Abbildung 2.5: Durchschnittliche Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen je Praxis in den einzelnen Bundesländern	8
Abbildung 2.6: Ausschnitt aus Abb. 2.5 für die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen.	9
Abbildung 2.7:Ausschnitt aus Abb. 2.5 für die psychotherapeutische Behandlung Kindern und Jugendlichen.....	10
Abbildung 2.8: Durchschnittliche Anzahl der im Quartal 1/2010 behandelten Fälle	11
Abbildung 2.9: Ausschnitt aus 2.8	12
Abbildung 2.10: Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.....	13
Abbildung 2.11: Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) Fachärzte Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.....	13
Abbildung 2.12. Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) Ärztliche Psychotherapeuten	14
Abbildung 2.13: Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) Psychologische Psychotherapeuten.....	14
Abbildung 2.14 Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.....	15
Abbildung 2.15: Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) nicht-ärztliche Kinder und Jugendpsychotherapeuten.....	15
Abbildung 2.16: Leistungen des EBM Kapitels 35 nach Abrechnungsgruppe.....	16
Abbildung 2.17 Abbildung: Leistungen des EBM Kapitels 35.2 (antragspflichtige Leistungen) nach Abrechnungsgruppe.....	17
Abbildung 2.18: EBM Gesprächsleistungen (10 Minuten Takt) nach Abrechnungsgruppe	18
Abbildung 2.19 EBM Leistungen je Behandlungsfall nach Abrechnungsgruppe.....	19
Abbildung 2.20 EBM Leistungshäufigkeit je Fall je Anteil teilnehmender Ärzte/ Therapeuten nach Abrechnungsgruppe.....	20
Abbildung 2.21 Behandlungsfälle je Arzt, 1. Quartal 2010 nach Abrechnungsgruppe.....	21
Abbildung 2.22 Leistungshäufigkeit je Arzt, 1. Quartal 2010 nach Abrechnungsgruppe.....	22

1. Kapitel



Aktuelle und zukünftige Rolle der Ärztlichen Psychotherapie

Programm zum Diskussionsforum

Veranstaltet durch
die Initiative zur Versorgungsforschung: Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie

Mittwoch, 19. Oktober 2011, 13.00 - 17.00 Uhr

Kaiserin Friedrich Stiftung, Hörsaal
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin

Anmeldung per E-Mail: koordination@aerztlichepsychotherapie.de

12.30 - 13.00 Uhr	Ankunft - Getränke und Snack
13.00 - 13.15 Uhr	Begrüßung (Prof. Sabine Herpertz, Prof. Stephan Herpertz, Dr. med. Christa Schaff)
13.15 - 14.30 Uhr	Impulsreferate (je 15 Minuten)
	13.15 Aktueller Stand der Psychotherapieforschung Prof. Martin Härter
	13.30 Psychotherapie von wem für wen? - Ein Blick auf die Versorgungsdaten Dr. Christa Roth-Sackenheim
	13.45 Welche Patienten schicke ich wohin? - Der Hausarzt als Weichensteller Dr. Cornelia Goesmann
	14.00 Psychotherapeuten in der Wahrnehmung der Patienten – Erfahrungen aus der Beratungspraxis Dipl.-Psych. Jürgen Matzat
	14.15 Rolle der ärztlichen Psychotherapie – zum laufenden Projekt der BÄK Prof. Sabine C. Herpertz
14.30 - 15.00 Uhr	Kaffeepause
15.00 - 16.45 Uhr	Diskussionsforum: Zukunft der ärztlichen Psychotherapie
	15.00 Vorstellung der Diskutanten Prof. Beutel (WBP), Prof. Hohagen (STAEKO), Prof. U. Lehmkuhl (WBP), Dipl.-Psych. J. Matzat (in Vertretung für Hr. Müller-Rörich, Depressions-Liga) Dr. C. Goesmann (in Vertretung für Dr. Voigt, Kinderarzt)
	15.15 Moderierte Diskussion, Dr. med. Monika Nothacker (ÄZQ)
	16.00 Öffnung der Diskussion für das Publikum
16.45 Uhr	Synopse und Verabschiedung (Prof. Sabine Herpertz, Prof. Stephan Herpertz, Dr. med. Christa Schaff)

Die Mitglieder der Initiative zur Versorgungsforschung Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie sind:

Prof. Sabine Herpertz, Heidelberg
Prof. Peter Falkai, Göttingen
Prof. Martin Holtmann, Bochum

Prof. Peter Henningsen, München
Prof. Stephan Herpertz, Bochum
Dr. Mathias Langkafel, Hattingen

Dr. Christa Schaff, Weil der Stadt
Dr. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
Dr. Frank Bergmann, Aachen

Abbildung 1.1: Programm Diskussionsforum

2. Kapitel

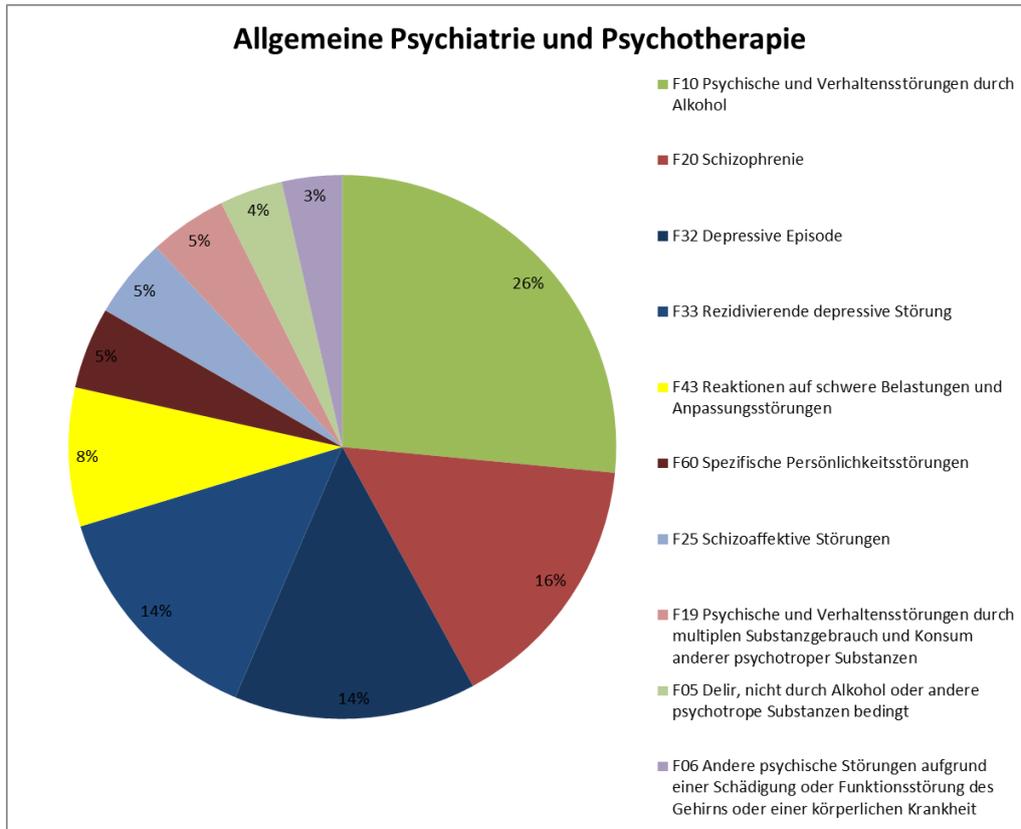


Abbildung 2.1: Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie
 Anteil der Erstdiagnosen der vollstationären Patienten in den 332 Fachabteilungen (ohne Fachabteilungen Sucht).
 Gesamtzahl n=690.522

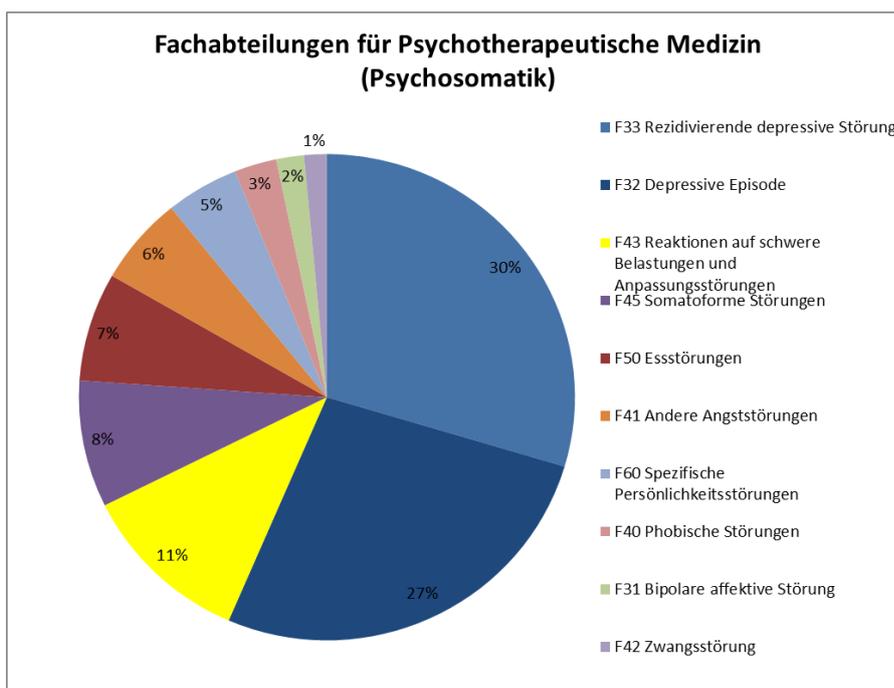


Abbildung 2.2: Fachabteilungen Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Anteil der Erstdiagnosen der vollstationären Patienten in den 163 Fachabteilungen, Gesamtzahl n=50.826

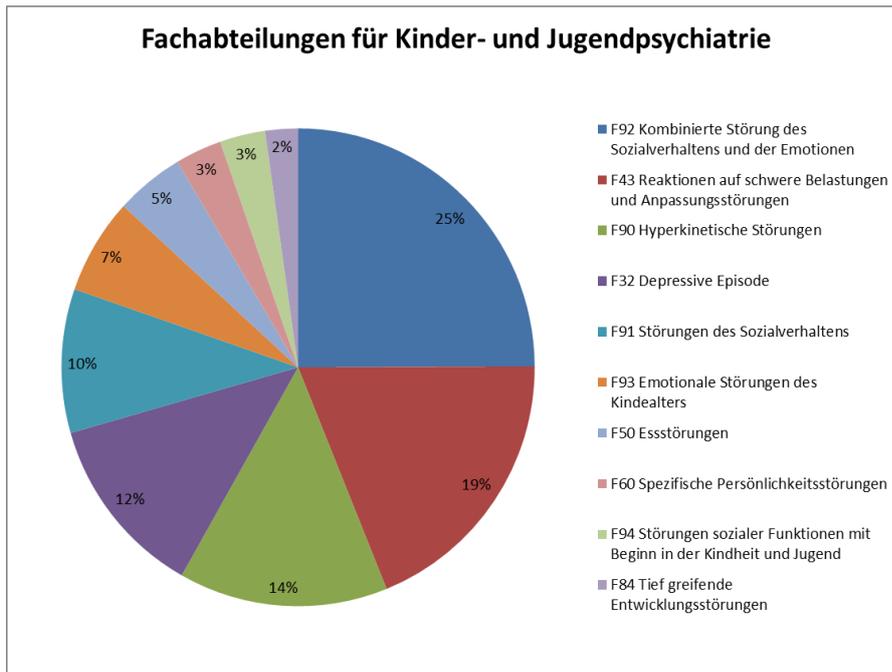


Abbildung 2.3: Fachabteilungen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Anteil der Erstdiagnosen der vollstationären Patienten in den 133 Fachabteilungen, Gesamtzahl n=40.600

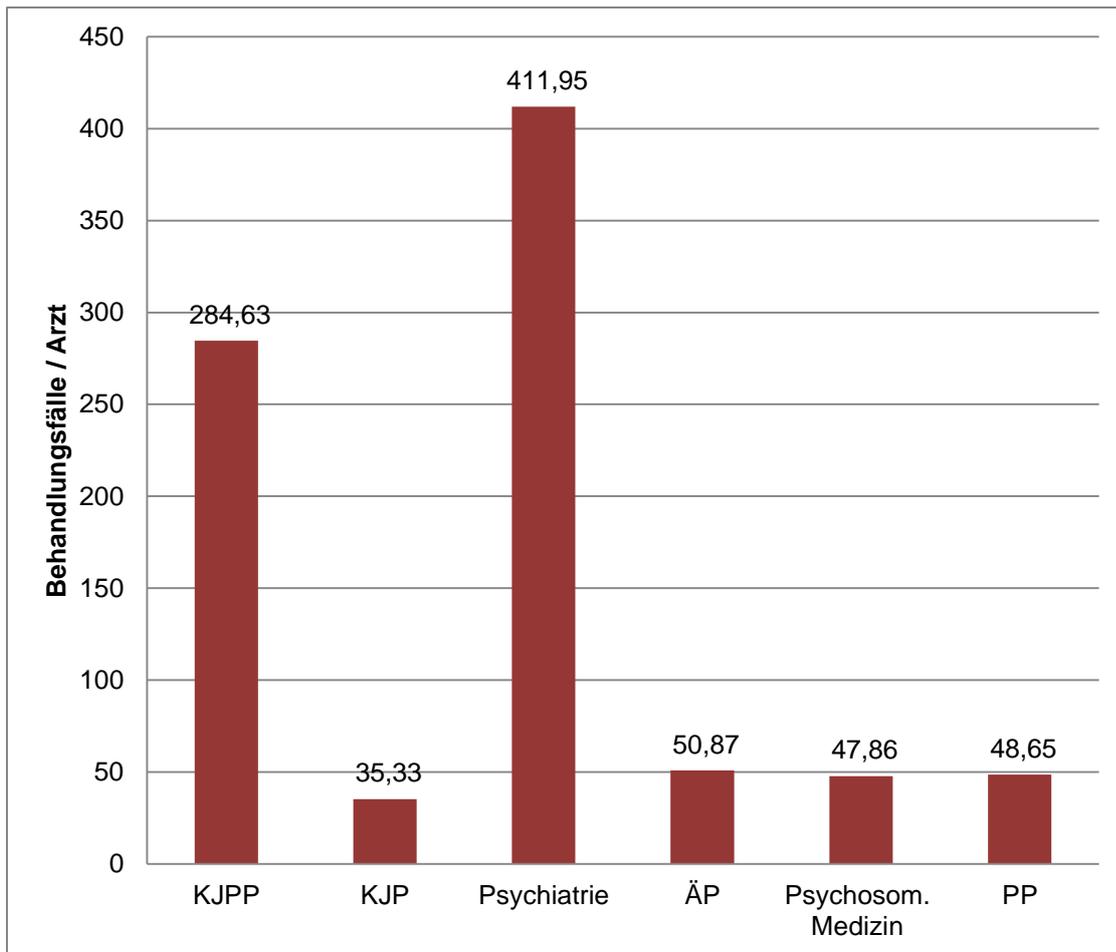


Abbildung 2.4: Behandlungsfälle je Arzt/Psychotherapeut im Quartal 1/2010.

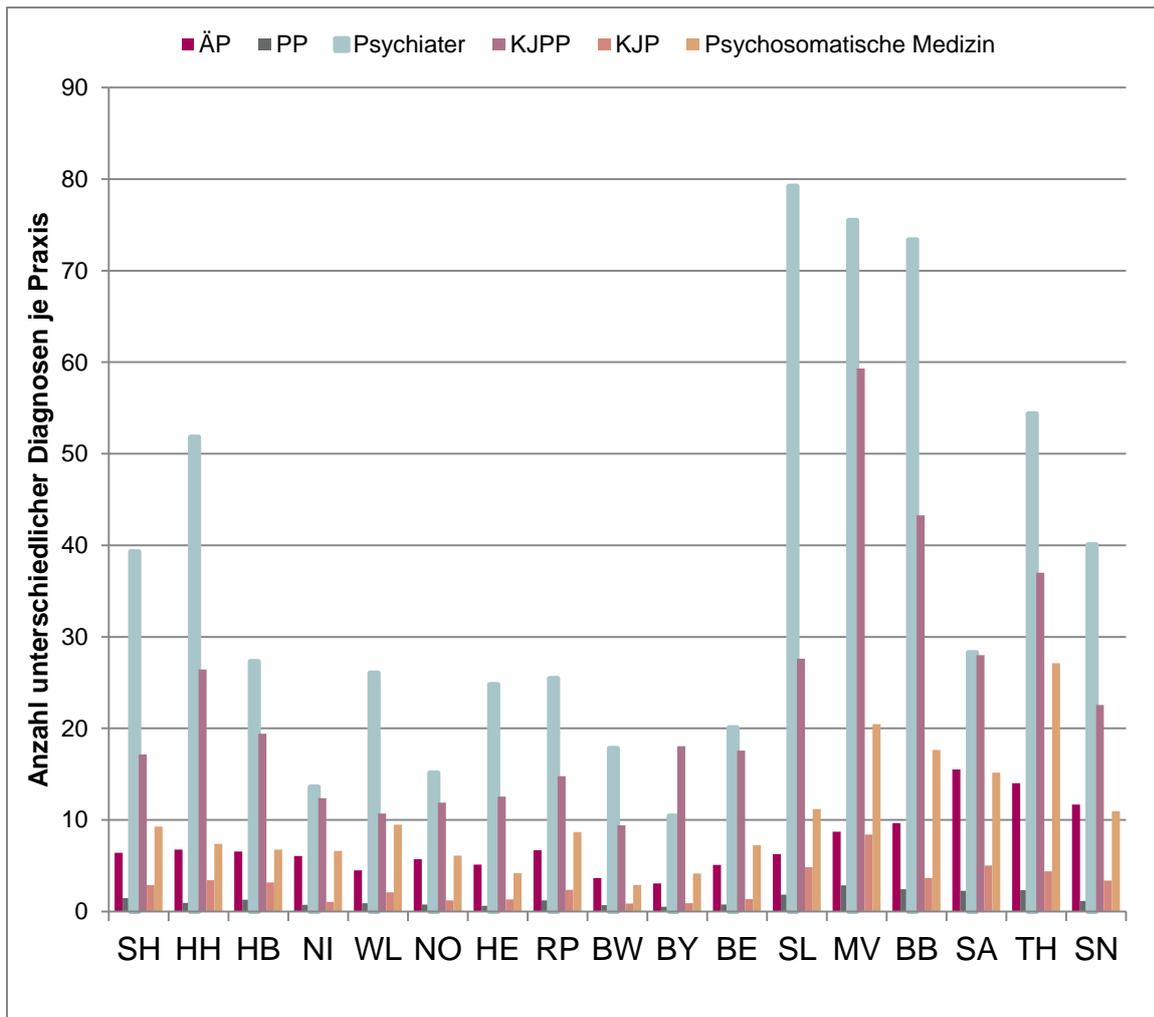


Abbildung 2.5: Durchschnittliche Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen je Praxis in den einzelnen Bundesländern

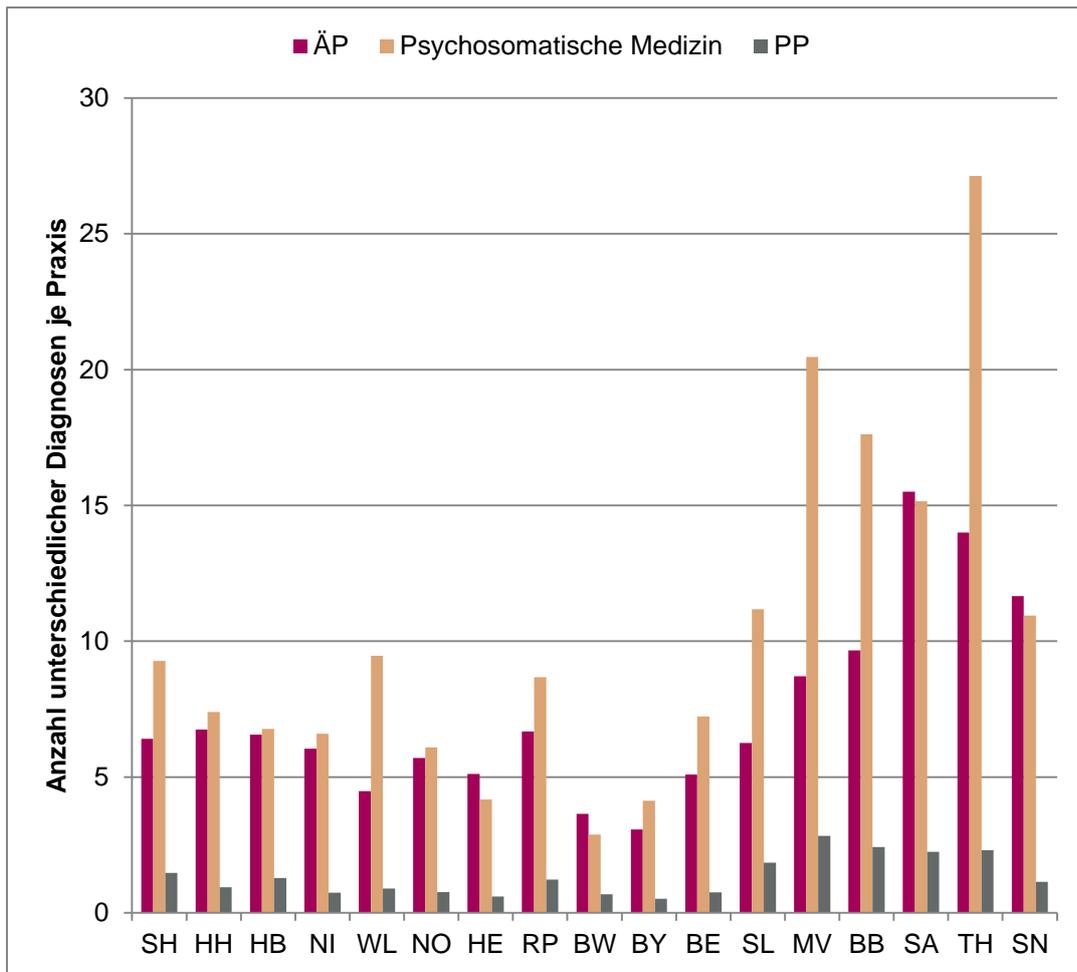


Abbildung 2.6: Ausschnitt aus Abb. 2.5 für die psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen
 Durchschnittliche Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen je Praxis je Bundesland

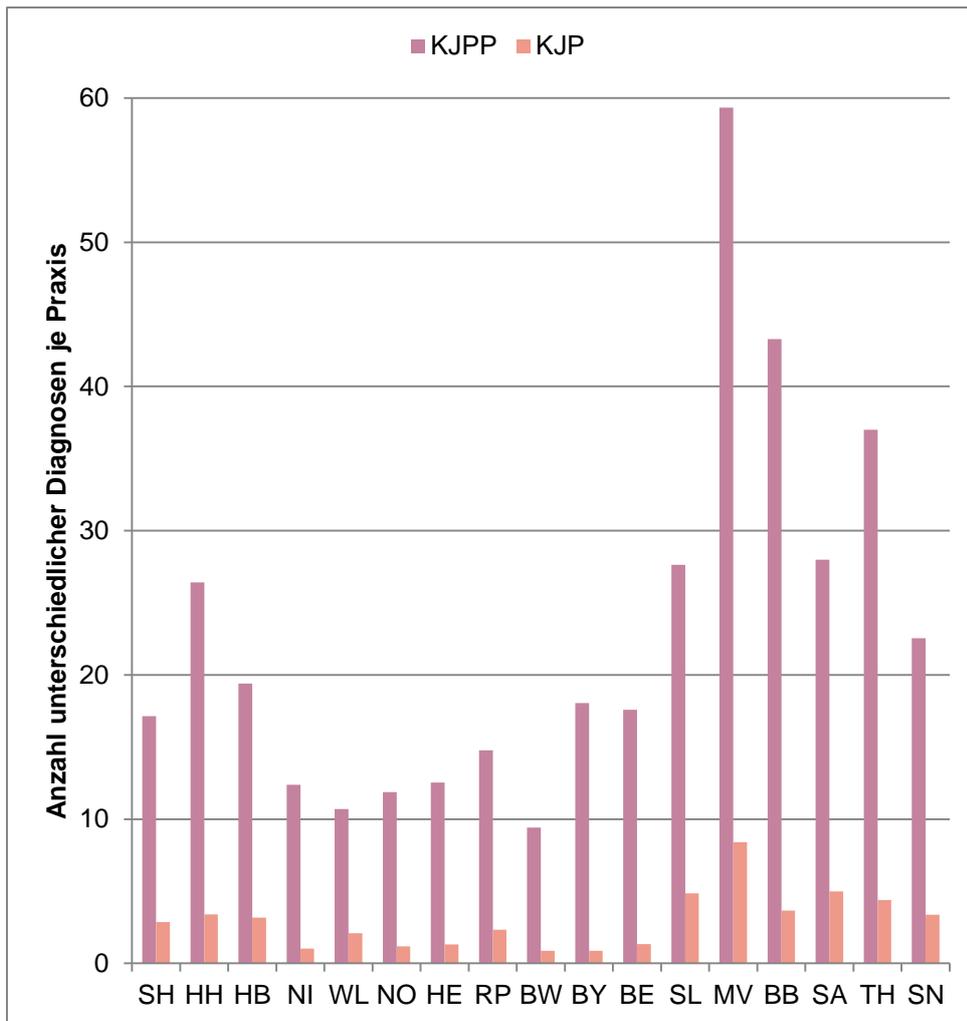


Abbildung 2.7: Ausschnitt aus Abb. 2.5 für die psychotherapeutische Behandlung Kindern und Jugendlichen
 Durchschnittliche Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen je Praxis je Bundesland

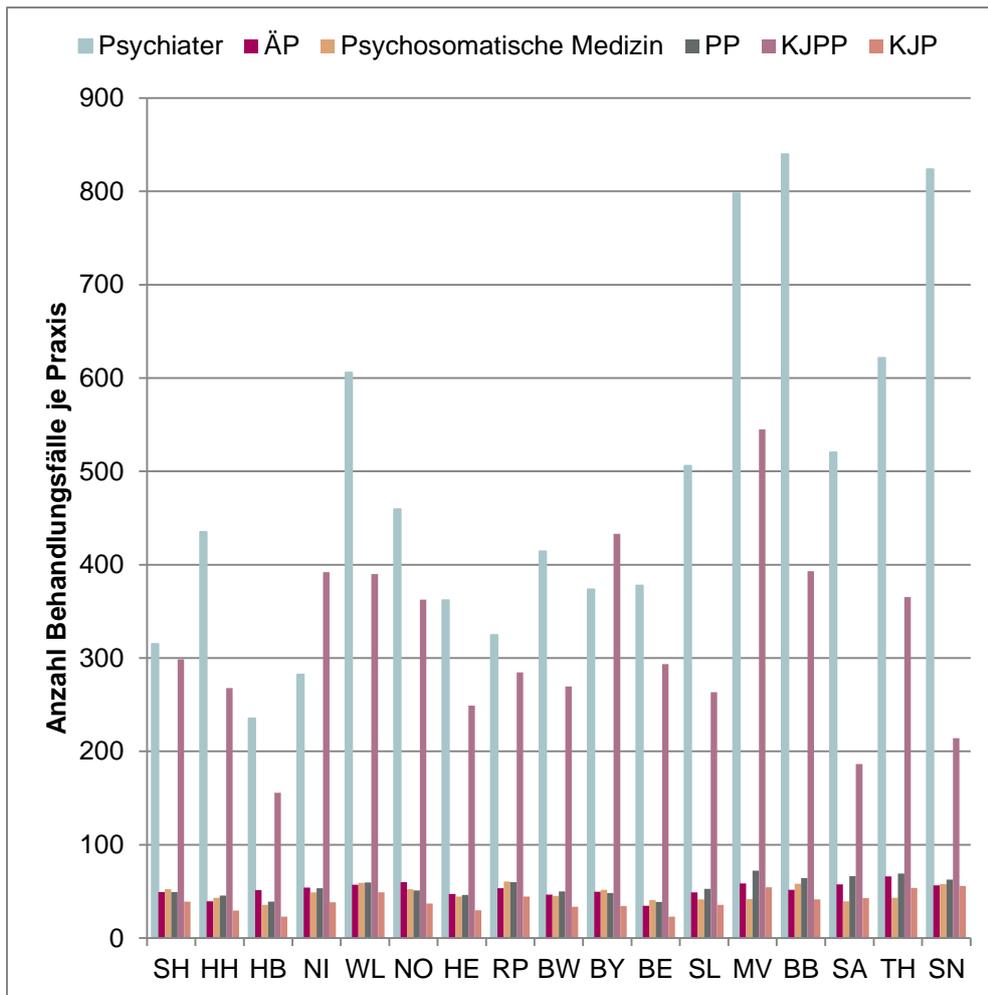


Abbildung 2.8: Durchschnittliche Anzahl der im Quartal 1/2010 behandelten Fälle je Praxis je Bundesland für alle Fachgruppen

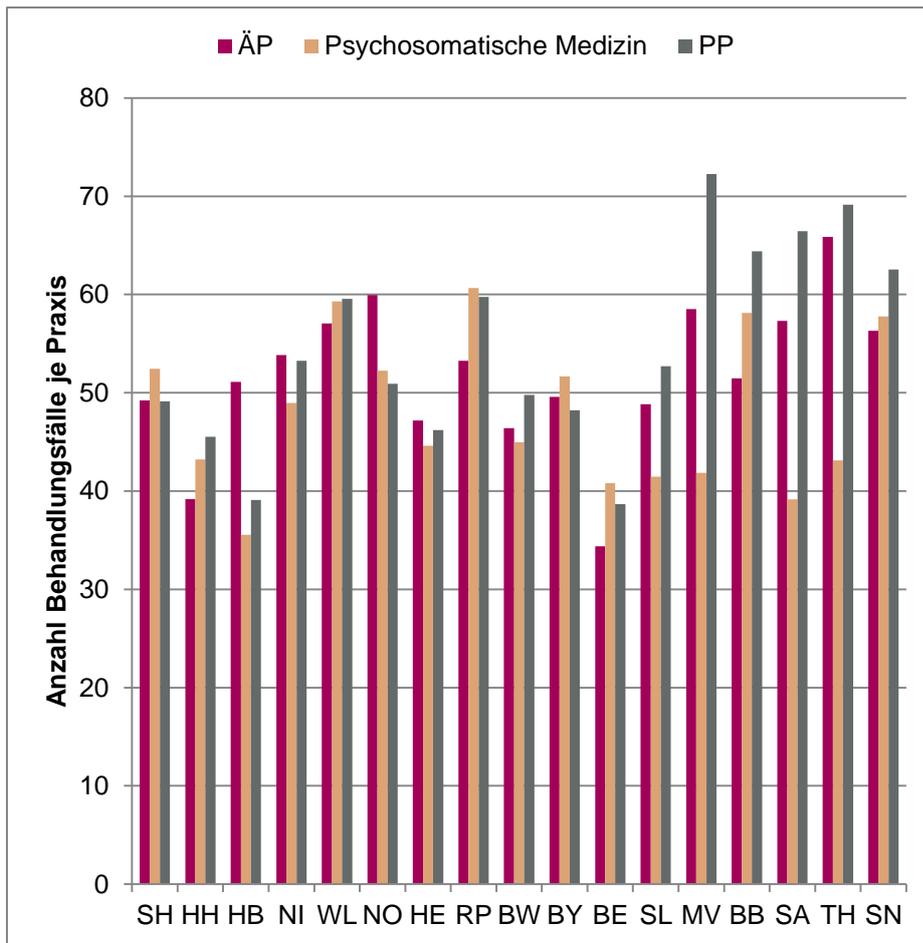
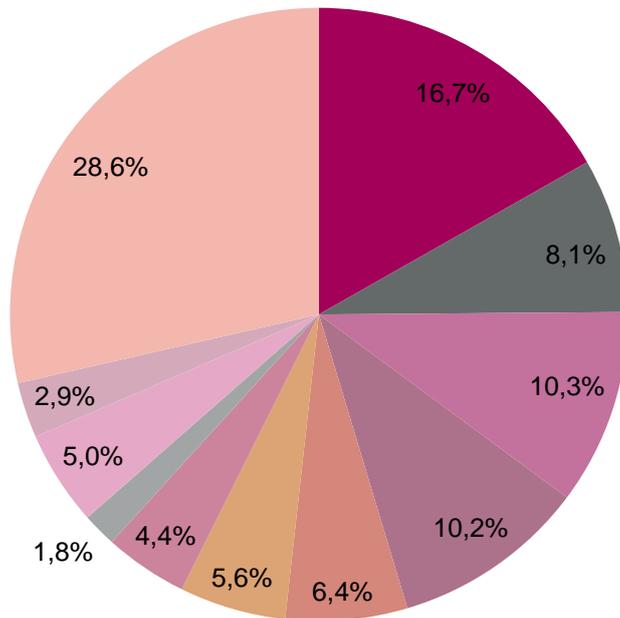


Abbildung 2.9: Ausschnitt aus 2.8
 Durchschnittliche Anzahl der im Quartal 1/2010 behandelten Fälle je Praxis je Bundesland für die Fachgruppen Ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

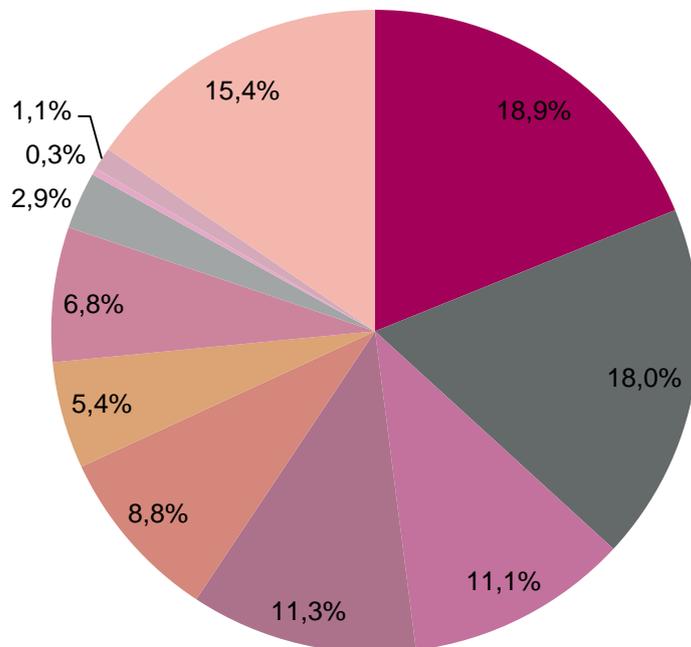
FA Psychiatrie



- F32 Depressive Episode
- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- F41 Andere Angststörungen
- F33 Rezidivierende depressive Störung
- F45 Somatoforme Störungen
- F34 Anhaltende affektive Störungen
- F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen
- F40 Phobische Störungen
- F20 Schizophrenie
- F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

Abbildung 2.10: Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

FA Psychosomatische Medizin



- F32 Depressive Episode
- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- F41 Andere Angststörungen
- F33 Rezidivierende depressive Störung
- F45 Somatoforme Störungen
- F34 Anhaltende affektive Störungen
- F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen
- F40 Phobische Störungen
- F20 Schizophrenie
- F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

Abbildung 2.11: Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) Fachärzte Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Ärztliche PT

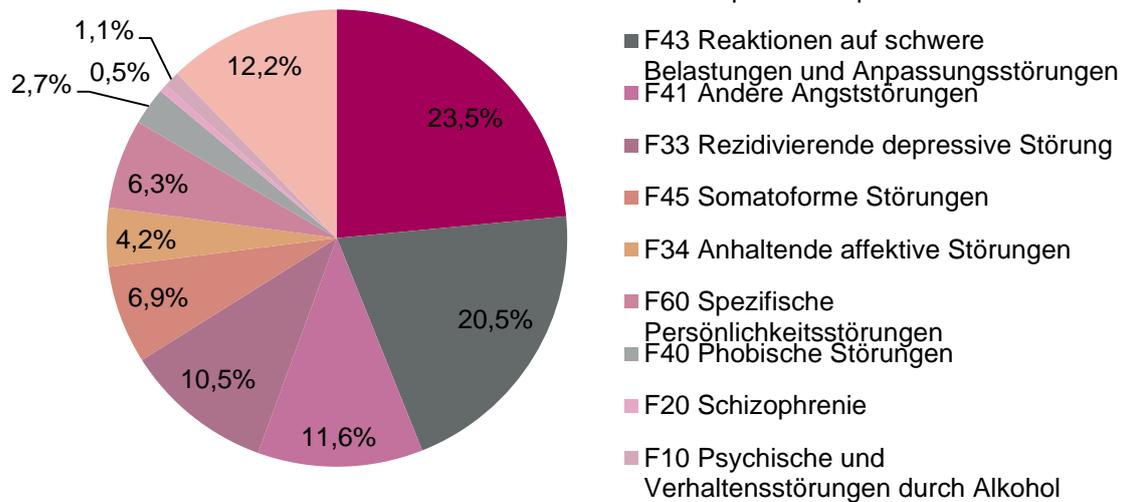


Abbildung 2.12. Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) Ärztliche Psychotherapeuten

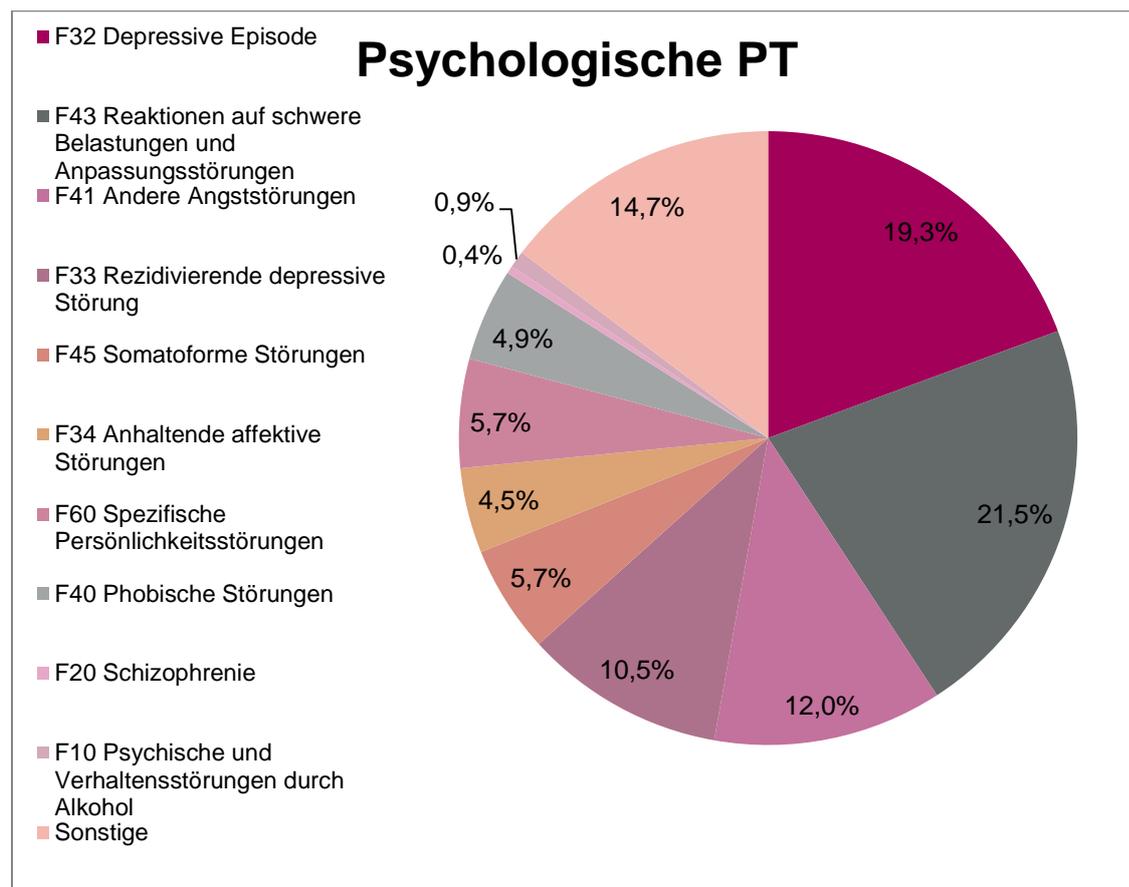


Abbildung 2.13: Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) Psychologische Psychotherapeuten

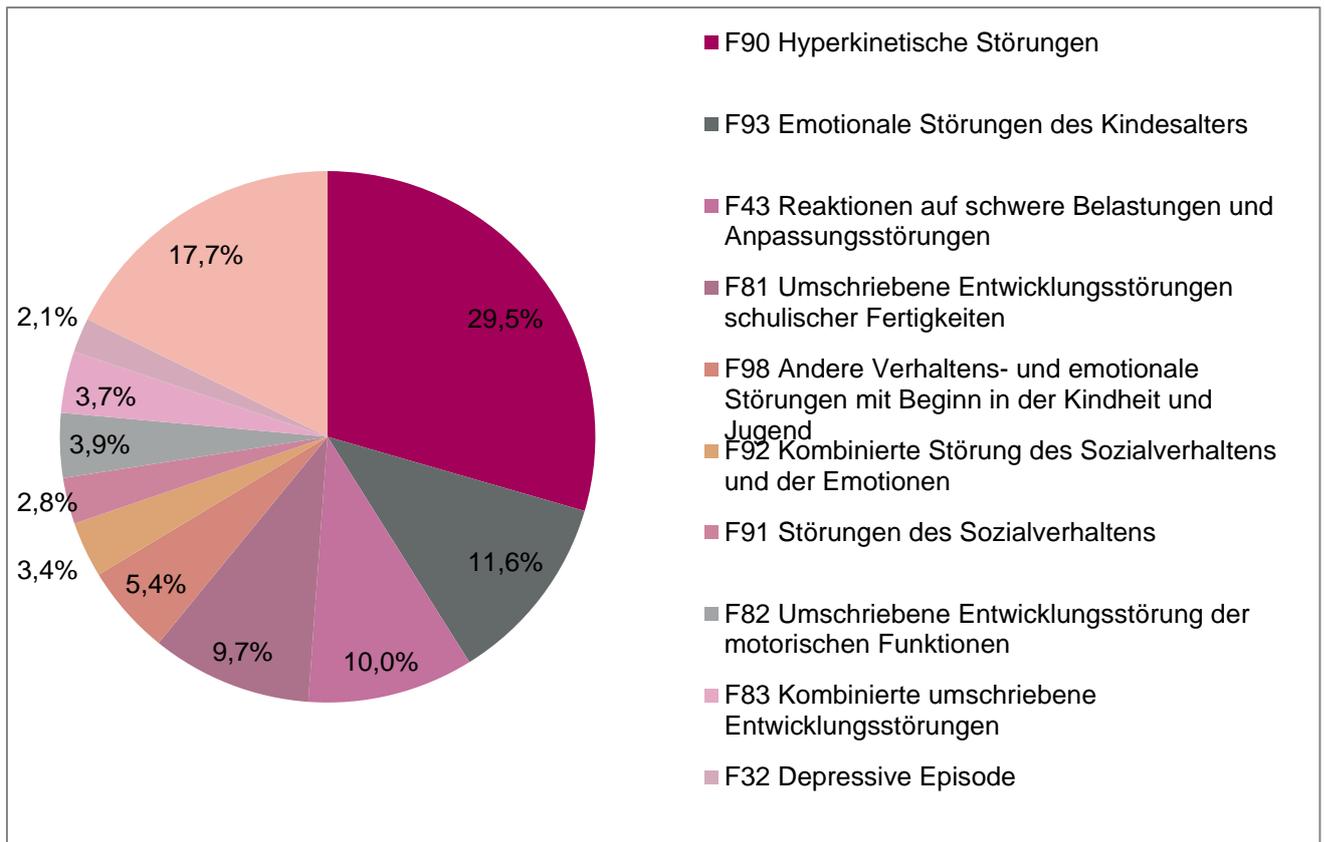


Abbildung 2.14 Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

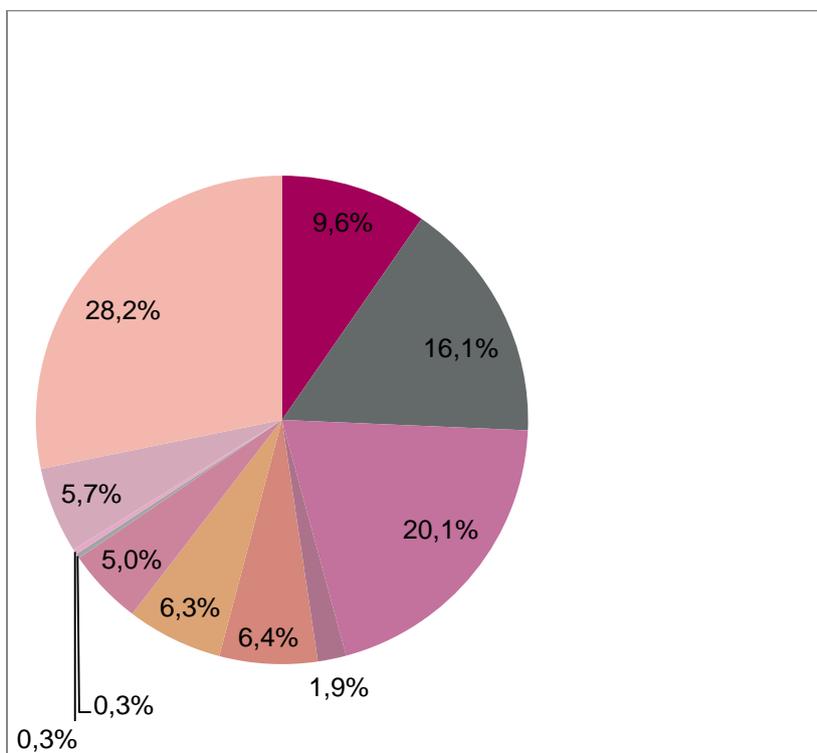


Abbildung 2.15: Verteilung der ICD- Diagnosen (3-stellig) nicht-ärztliche Kinder und Jugendpsychotherapeuten
 Legende siehe Abb. 2.14

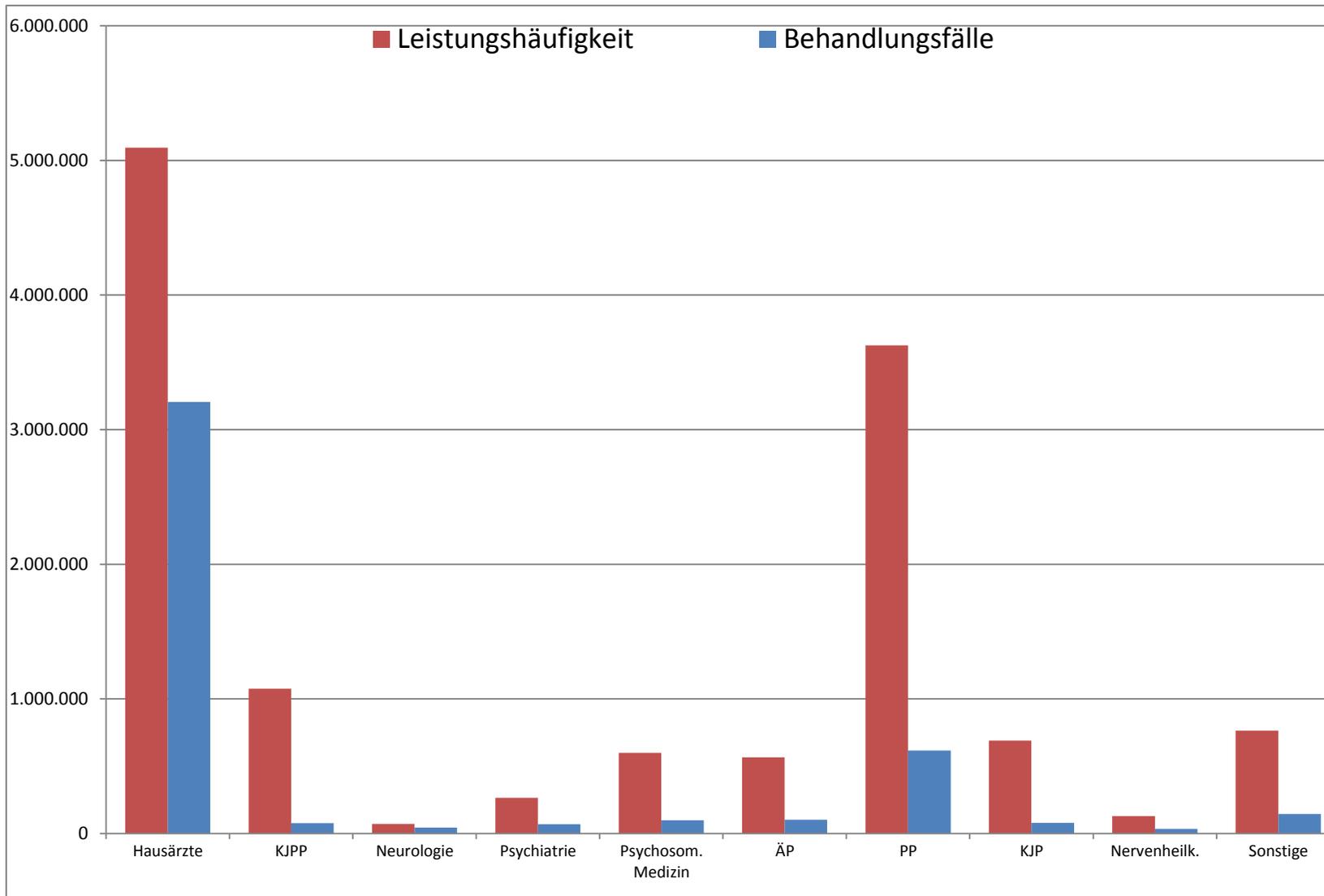


Abbildung 2.16: Leistungen des EBM Kapitels 35 nach Abrechnungsgruppe.
 Ausschluss von Abrechnungsgruppen, mit <100.000 Behandlungsfällen oder <100.000 Leistungshäufigkeit oder <10 erbringende Ärzte bundesweit. Quelle: ARGO Microstrategy (Abrechnungsdaten)

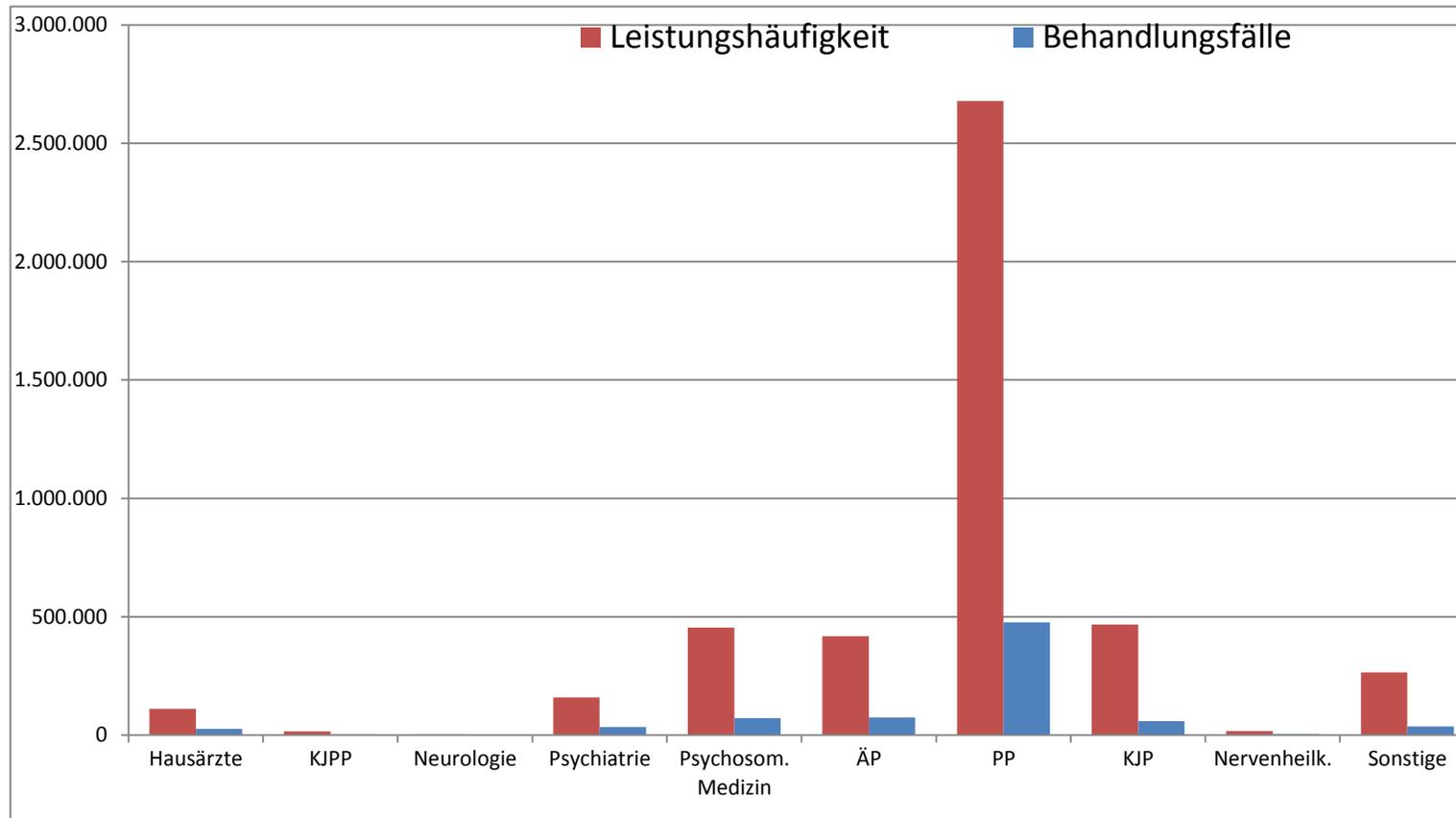


Abbildung 2.17 Abbildung: Leistungen des EBM Kapitels 35.2 (antragspflichtige Leistungen) nach Abrechnungsgruppe. Ausschluss von Abrechnungsgruppen, mit <100.000 Behandlungsfällen oder <100.000 Leistungshäufigkeit oder <10 erbringende Ärzte bundesweit. Quelle: ARGO Microstrategy (Abrechnungsdaten)

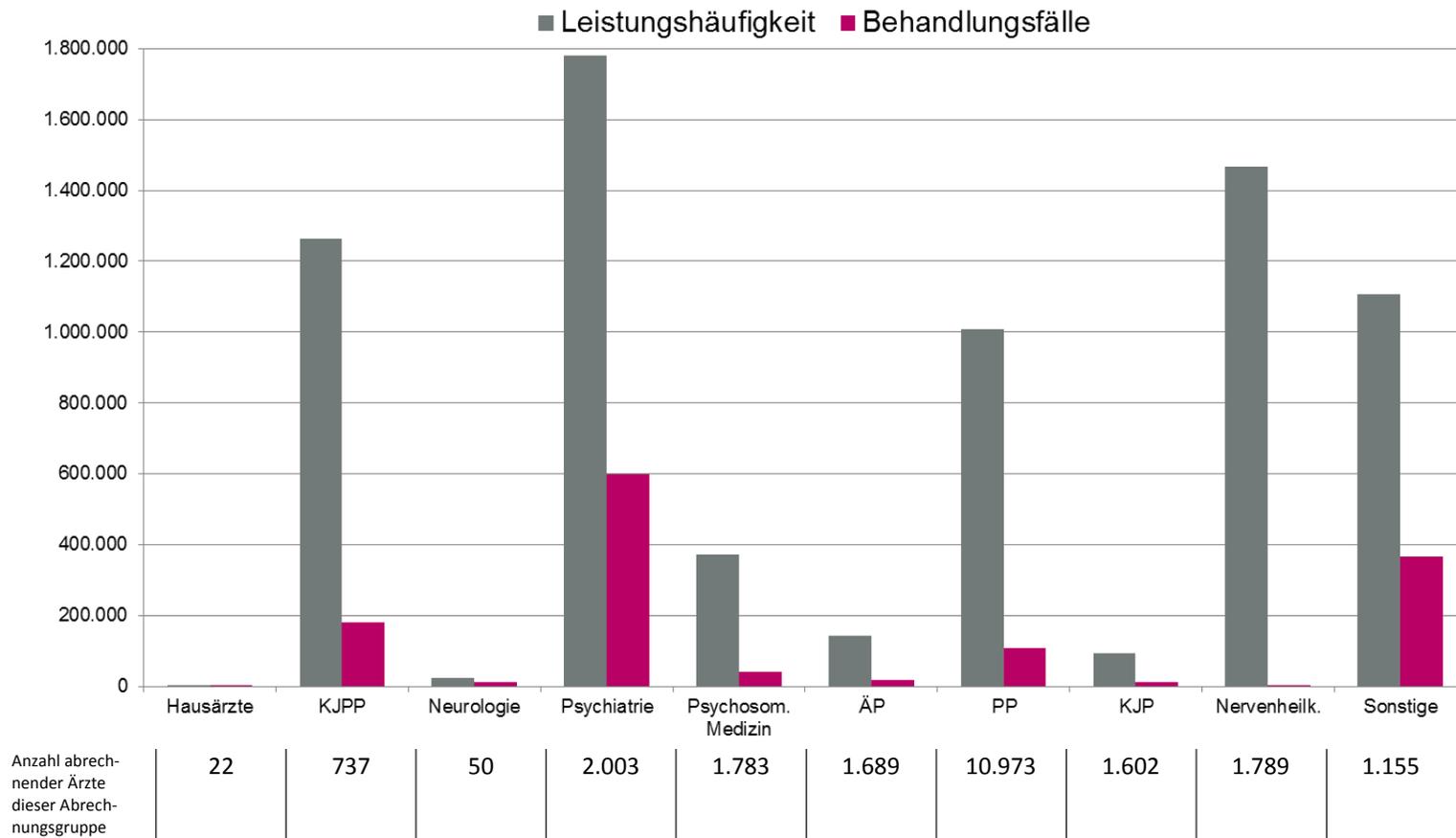
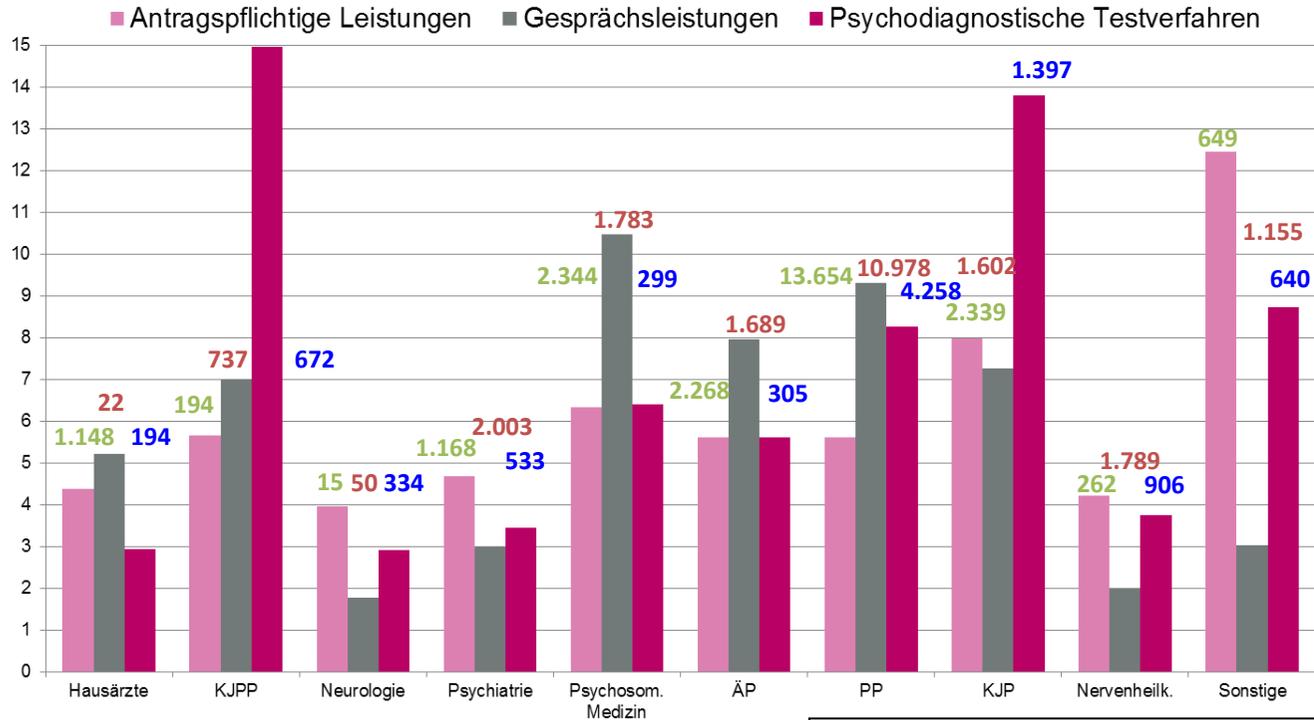


Abbildung 2.18: EBM Gesprächsleistungen (10 Minuten Takt) nach Abrechnungsgruppe

Anzahl Gesprächsleistungen abrechnender Ärzte in der Abrechnungsgruppe

Anzahl antragspflichtige Leistungen abrechnender Ärzte in der Abrechnungsgruppe

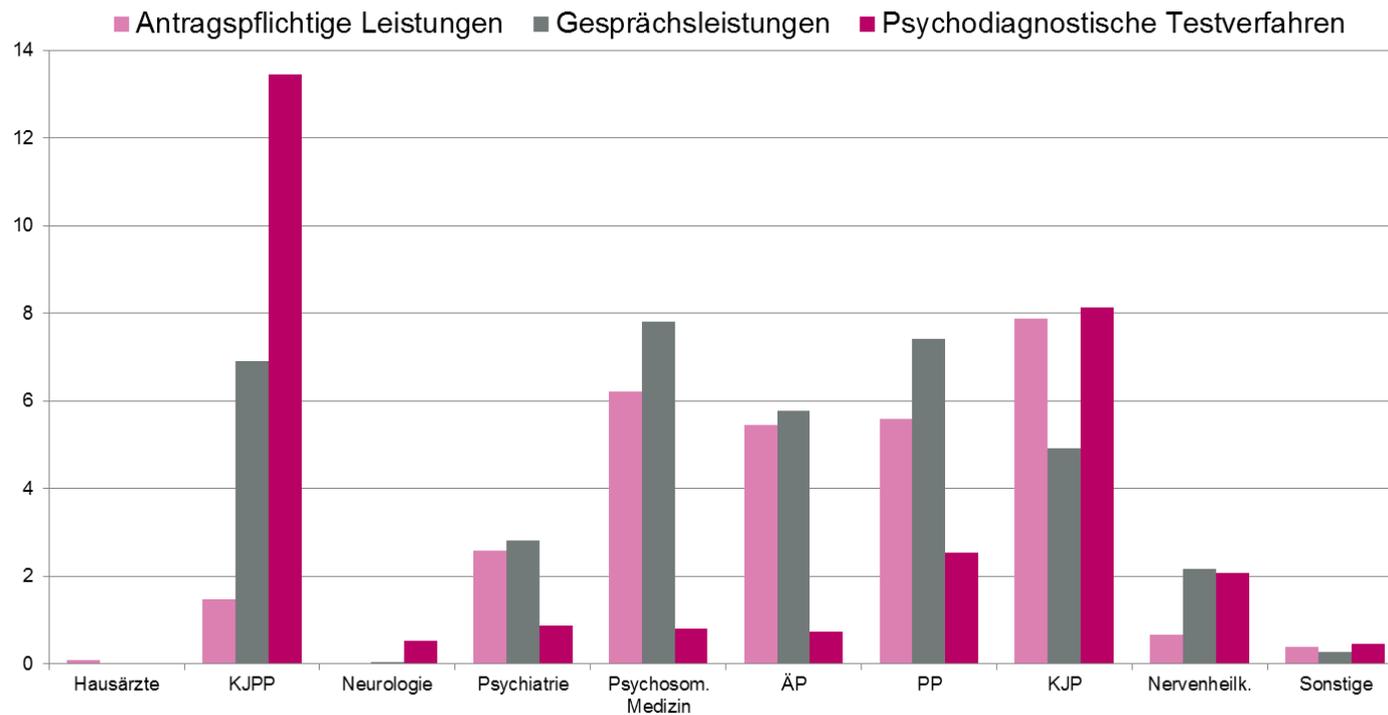
Anzahl psychodiagnostische Testverfahren abrechnender Ärzte in der Abrechnungsgruppe



Formel: $\frac{\text{Summe der erbrachten Leistungen}}{\text{Summe der Behandlungsfälle}}$

Abbildung 2.19 EBM Leistungen je Behandlungsfall nach Abrechnungsgruppe.

Ausschluss von Abrechnungsgruppen, mit <100.000 Behandlungsfällen oder <100.000 Leistungshäufigkeit oder <10 erbringende Ärzte bundesweit. Quelle: ARGO Microstrategy (Abrechnungsdaten)



Formel: $(\text{Summe der Leistungshäufigkeit} / \text{Summe der Behandlungsfälle}) * (\text{Anzahl abrechnender Ärzte} / \text{Anzahl Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe})$

Abbildung 2.20 EBM Leistungshäufigkeit je Fall je Anteil teilnehmender Ärzte/ Therapeuten nach Abrechnungsgruppe. Ausschluss von Abrechnungsgruppen, mit <100.000 Behandlungsfällen oder <100.000 Leistungshäufigkeit oder <10 erbringende Ärzte bundesweit. Quelle: ARGO Microstrategy (Abrechnungsdaten)

Anzahl Gesprächsleistungen abrechnender Ärzte in der Abrechnungsgruppe
Anzahl antragspflichtige Leistungen abrechnender Ärzte in der Abrechnungsgruppe
Anzahl psychodiagnostische Testverfahren abrechnender Ärzte in der Abrechnungsgruppe

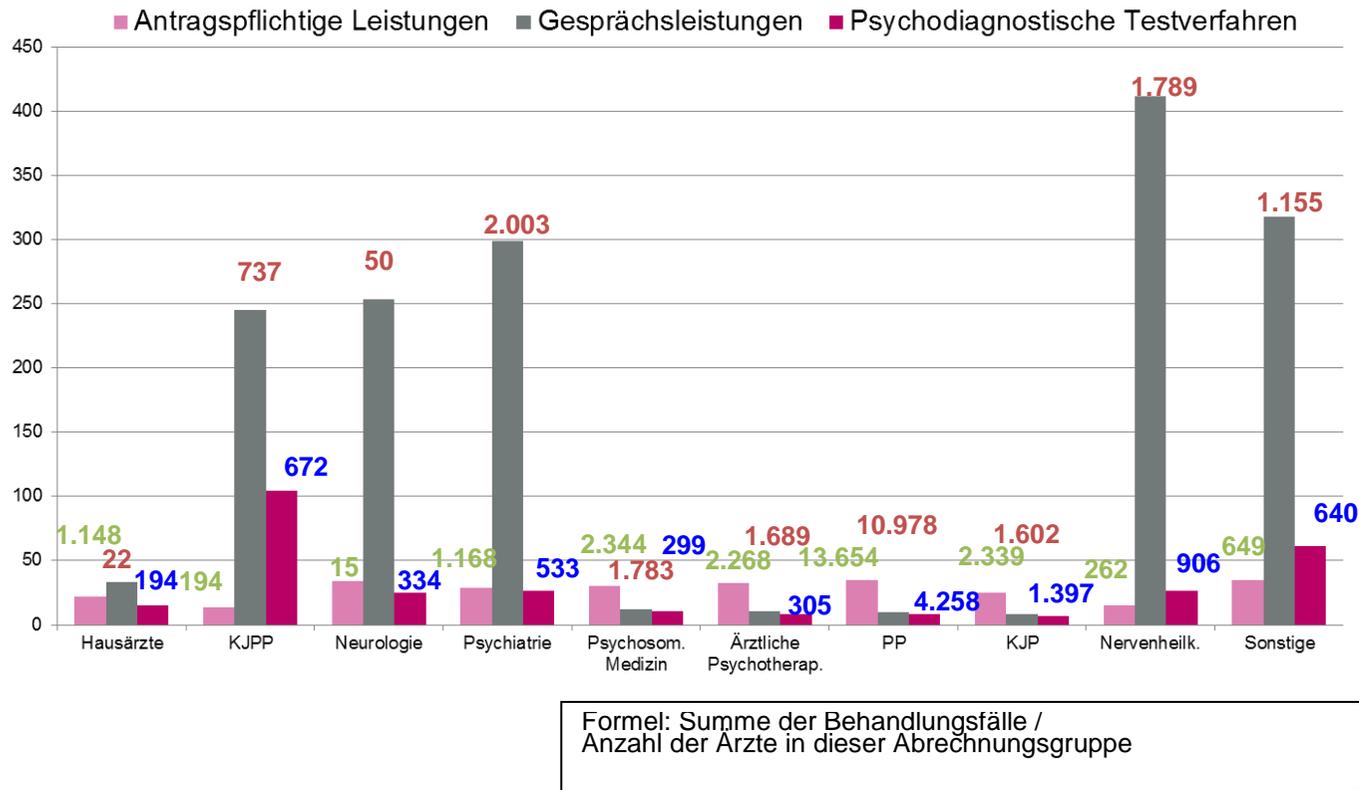


Abbildung 2.21 Behandlungsfälle je Arzt, 1. Quartal 2010 nach Abrechnungsgruppe.
 Ausschluss von Abrechnungsgruppen, mit <100.000 Behandlungsfällen oder <100.000 Leistungshäufigkeit oder <10 erbringende Ärzte bundesweit. Quelle: ARGO Microstrategy (Abrechnungsdaten)

Anzahl Gesprächsleistungen abrechnender Ärzte in der Abrechnungsgruppe
Anzahl antragspflichtige Leistungen abrechnender Ärzte in der Abrechnungsgruppe
Anzahl psychodiagnostische Testverfahren abrechnender Ärzte in der Abrechnungsgruppe

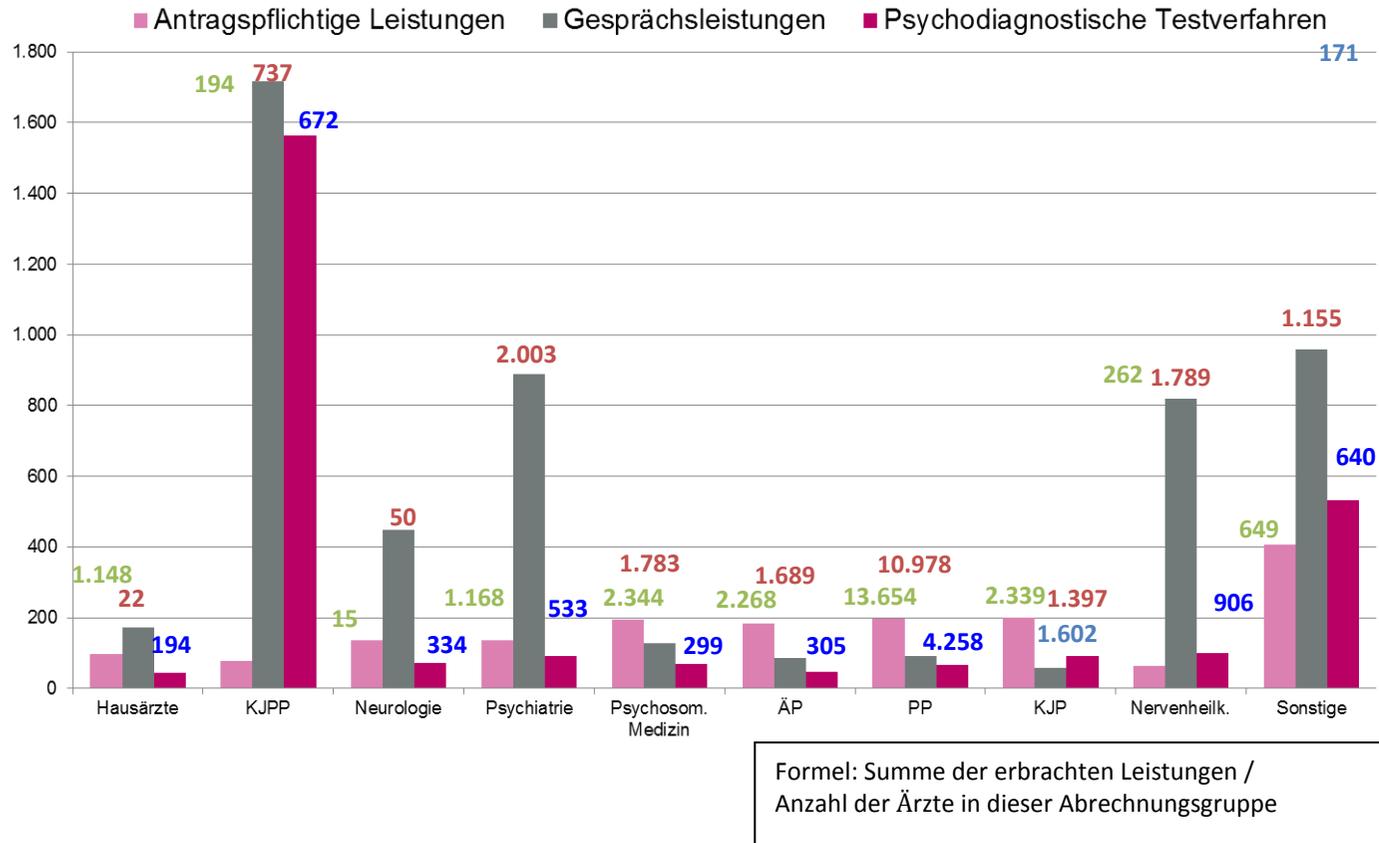


Abbildung 2.22 Leistungshäufigkeit je Arzt, 1. Quartal 2010 nach Abrechnungsgruppe.
 Ausschluss von Abrechnungsgruppen, mit <100.000 Behandlungsfällen oder <100.000 Leistungshäufigkeit oder <10 erbringende Ärzte bundesweit. Quelle: ARGO Microstrategy (Abrechnungsdaten)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Anteil der Hauptdiagnosen der vollstationären Patienten in den Fachabteilungen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, nach Altersgruppen	24
Tabelle 2.1 Durchschnittliche Fallzahl, Durchschnittliche Anzahl Diagnosen pro Fall	25
Tabelle 2.2: Fallzahl der zehn häufigsten ICD-10 Diagnosen (3-stellig) in der Versorgung von Erwachsenen für Quartal 1/2010	26
Tabelle 2.3 Fallzahl der zehn häufigsten ICD-10 Diagnosen (3-stellig) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen für Quartal 1/2010	27
Tabelle 2.4 Anzahl Abrechnende Kapitel 35, Anzahl Abrechnende Gesamt und % Abrechnende Kapitel 35 an Abrechnende Gesamt	28
Tabelle 2.5 aus Kapitel 35.2 abrechnende Fachgruppen nach absoluter Häufigkeit der Leistungspositionen	29

1. Kapitel

Tabelle 1.1: Anteil der Hauptdiagnosen der vollstationären Patienten in den Fachabteilungen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, nach Altersgruppen

Hauptdiagnosen der vollstationären Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie 2009, Vollerhebung des statistischen Bundesamtes										
Altersgruppe	unter 1 Jahr		1 - 4 Jahre		5 - 9 Jahre		10 - 14 Jahre		15 - 19 Jahre	
Rangplatz	Diagnose	%	Diagnose	%	Diagnose	%	Diagnose	%	Diagnose	%
1	F98	79,17	F98	20,69	F90	29,93	F92	26,09	F43	18,67
2	F43	10,42	F94	17,24	F92	17,95	F90	14,76	F92	17,42
3	F51	6,25	F91	16,55	F91	9,91	F43	14,45	F32	15,28
4	F94	4,17	F43	11,95	F93	9,73	F91	9,16	F91	6,45
5	F01	0,00	F93	9,43	F43	9,71	F32	7,56	F50	4,96
6	F03	0,00	F90	5,75	F94	8,42	F93	7,19	F60	4,89
7	F04	0,00	F84	5,29	F84	3,83	F50	3,94	F90	4,43
8	F05	0,00	F92	4,60	F98	3,39	F94	2,54	F20	2,76
9	F06	0,00	F83	3,68	F32	1,67	F84	2,11	F93	2,59
10	F07	0,00	F80	1,38	F70	1,08	F41	1,26	F12	2,32
Gesamtzahl Patienten		48		435		5.275		15.892		18.572

2. Kapitel

Tabelle 2.1 Durchschnittliche Fallzahl, Durchschnittliche Anzahl Diagnosen pro Fall

Fachgruppe	Ø Fallzahl	Ø Diagn/Fall
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	411,94	2,71
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	284,63	2,24
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	47,86	1,90
Ärztliche Psychotherapeuten	50,87	1,65
Psychologische Psychotherapeuten	48,65	1,42
Nichtärztliche Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	35,33	1,38

Tabelle 2.2: Fallzahl der zehn häufigsten ICD-10 Diagnosen (3-stellig) in der Versorgung von Erwachsenen für Quartal 1/2010

	Gesamt	Psychosomatische Medizin	ÄP	PP	Psychiater
F32 Depressive Episode	484.810	32.689	37.835	172.188	242.655
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	373.252	31.188	32.998	191.353	118.107
F41 Andere Angststörungen	293.807	19.318	18.699	106.704	149.389
F33 Rezidivierende depressive Störung	277.684	19.647	16.915	93.545	148.003
F45 Somatoforme Störungen	168.990	15.206	11.182	50.384	92.410
F34 Anhaltende affektive Störungen	136.753	9.331	6.697	39.965	80.847
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	136.244	11.762	10.182	51.102	63.464
F40 Phobische Störungen	78.445	4.985	4.288	43.450	25.889
F20 Schizophrenie	77.414	587	879	3.619	72.382
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	54.018	1.958	1.842	7.834	42.480
Gesamt	2.672.499	173403	161.163	890.793	1.450.453
Behandlungsfälle gesamt	2675812				

Tabelle 2.3 Fallzahl der zehn häufigsten ICD-10 Diagnosen (3-stellig) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen für Quartal 1/2010

Diagnose	Gesamt	KJPP	KJP
F90 Hyperkinetische Störungen	128.262	117.988	10.285
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	63.622	46.412	17.216
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	61.668	40.138	21.541
F81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	40.874	38.879	2.005
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	28.675	21.790	6.887
F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	20.291	13.540	6.756
F91 Störungen des Sozialverhaltens	16.622	11.243	5.381
F82 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	16.058	15.724	336
F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	15.334	14.968	366
F32 Depressive Episode	14.539	8.438	6.103
Gesamt	506.922	399.897	107.090
	506987		
Behandlungsfälle gesamt			

Tabelle 2.4 Anzahl Abrechnende Kapitel 35, Anzahl Abrechnende Gesamt und % Abrechnende Kapitel 35 an Abrechnende Gesamt

Arztgruppe/ Psychotherapeutengruppe	Kap.35	Gesamt**	%
Psychologische Psychotherapeuten	13.740*	13 369**	100 %
Nichtärztliche Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	2.364	3 110	100 %
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.316	2 557	90,5 %
Ärztliche Psychotherapeuten	2.316	2 371	97,6 %
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	1.557	1 964	79,2 %
Nervenheilkunde	1.226	2 461	49,8 %
Neurologie	515	1 365	37,7 %
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	696	856	81,3%
Hausärzte	35.331	60 374	58,5 %
Sonstige	1.726		

* Anzahl abrechnende Psychologische Psychotherapeuten im Quartal 1/10

** Anzahl abrechnende Psychologische Psychotherapeuten zum 31.12.2009 laut Grunddaten der KBV, d.h.:im ersten Quartal 2010 haben sich 371 Psychologische Psychotherapeuten neu niedergelassen.

Tabelle 2.5 aus Kapitel 35.2 abrechnende Fachgruppen nach absoluter Häufigkeit der Leistungspositionen

Arzt/Psychotherapeutgruppe	Anzahl abrechnender Ärzte/Psychotherapeuten		
	Absolut, gesamt und in % der Gruppe		
	Quartal 1/2010	31.12.09*	%
Psychologische Psychotherapeuten	13.654	13 369	100 %
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2.344	2 557	91,6 %
Nichtärztliche Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten	2.339	3 110	75,2 %
Ärztliche Psychotherapeuten	2.268	2 371	95,7 %
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	1.168	1 964	59,5 %
Hausärzte	1.148	60 374	1,9 %
Sonstige	649	---	---
Nervenheilkunde	262	2 461	10,6 %
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	194	856	22,6 %
Neurologie	15	1 365	1,1 %

* KBV Grunddaten zum Stichtag 31.12.2009, alle teilnehmenden Ärzte einschließlich ermächtigten und Partner-Ärzten

Transkription des Diskussionsforums - Inhaltsverzeichnis

Begrüßung	30
Prof. Sabine Herpertz: Begrüßung.....	31
Prof. Stephan Herpertz: Begrüßung	33
Dr. med. Christa Schaff: Begrüßung	35
Impulsreferate.....	37
Prof. Martin Härter: Aktueller Stand der Psychotherapie-(Versorgungs-) Forschung	37
Dr. Christa Roth-Sackenheim: Psychotherapie von wem für wen? – Ein Blick auf die Versorgungsdaten	42
Dr. Cornelia Goesmann: Welche Patienten schicke ich wohin? – Der Hausarzt als Weichensteller	47
Dipl.-Psych. Jürgen Matzat: Psychotherapeuten in der Wahrnehmung der Patienten – Erfahrungen aus der Beratungspraxis.....	51
Podiumsdiskussion: Zukunft der ärztlichen Psychotherapie.....	56
Öffnung der Diskussion für das Publikum	67
Synopse und Verabschiedung	79
Dr. med. Monika Nothacker:.....	79
Prof. Sabine Herpertz:	80
Prof. Stephan Herpertz:.....	81
Dr. Christa Schaff:.....	82

Begrüßung

Prof. Sabine Herpertz: Begrüßung

(...) Und ganz wichtig ist uns auch die Perspektive der Betroffenen, der Patientenvertreter, wie die diese zunächst sehr differenziert auch sich darstellende psychotherapeutische Versorgungslandschaft erleben und wie das Ihr Verhalten bestimmt. Die ganze Initiative war oder ist darauf angelegt, berufsgruppenübergreifend zu arbeiten, auch sektorenübergreifend, weshalb wir uns gefreut haben, dass in dieser Initiative Psychiater, Psychosomatiker, Kinder- und Jugendpsychiater vertreten sind und Kollegen aus der ambulanten Versorgung und aus der stationären Versorgung. Und ich würde jetzt gerne ganz kurz diese einführenden Worte nutzen, um hier erst mal die Problemlage aus Sicht jetzt der Psychiatrie und Psychotherapie anzusprechen. Wir denken als Psychiater, dass unsere Patienten recht typische Merkmale aufweisen, die beim Versorgungsangebot Berücksichtigung finden müssen. Und das wäre vor allem, dass wir mit Patienten mit sehr vielfältigen Krankheitsbildern zu tun haben, mit hoher psychischer und somatischer Komorbidität. Dass es Menschen sind, die sich oft in recht existenziellen Krisen, in schwierigen sozialen Interaktionen befinden, die nur eine eingeschränkte Coping-Kompetenz haben und damit in einer Situation stehen, wo der Behandlungsbedarf häufig dringend ist, und es auch gar nicht selten beginnt mit einer Behandlung in einer Krise. Auf der anderen Seite beginnen in einer Behandlung in Krise aber auch nicht selten Patienten, die über sehr lange Zeit hinweg – es gibt auch nicht wenige, die lebenslang eine psychotherapeutische Behandlung benötigen – dann natürlich mit sehr flexibler Dosis, sodass auch eine Möglichkeit in der Dynamik der Dosis notwendig ist. Die Patienten, die zu uns als Psychiater kommen, brauchen auch in einem hohen Anteil ein multimodales Behandlungsangebot. Also neben psychotherapeutischer Behandlung auch eine pharmakologische und eine soziotherapeutische Behandlung. Und wir müssen auch an die Menschen denken, die kognitive Beeinträchtigungen zeigen oder die unter der Akut-Wirkung von Psychopharmaka auch stehen, mit allen positiven, aber ja zum Teil auch beeinträchtigenden Folgen, wenn man an Nebenwirkungen denkt. Und es ist uns wichtig, dass ein ganzer Anteil unserer Patienten auch nicht primär eine ausreichende Motivation für Psychotherapie hat. Und wir denken, dass aber diese Menschen nicht sofort durch das Versorgungsnetz fallen sollten. Worauf würde das hindeuten, was wir aus psychiatrischer Sicht im psychotherapeutischen Versorgungsangebot bräuchten? Erst einmal, dass eine psychotherapeutische Behandlung kurzfristig zur Verfügung gestellt wird, dass es mehr Bedarf gibt an der spezifischen Versorgung von Patienten, vor allem mit psychotischen Erkrankungen, bipolaren Störungen, Suchterkrankungen, auch mit demenziellen Erkrankungen und mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Und dass es psychotherapeutischer Konzepte bedarf, in denen die grundsätzlichen Anforderungen von Akutkranken, von besonders schwer Kranken, von besonders chronisch kranken Patienten, die möglicherweise über ihr Leben hinweg auch eine recht unterschiedliche Symptomatik zeigen können, dass das sich in den Konzepten abbilden muss und dass dieses in hinreichender Form derzeit so nicht angeboten wird. Ich sage, nach unserem Eindruck. Es bedarf eines flexiblen, hinreichend finanzierten und auch breiten Versorgungsangebotes zusätzlich zu den Möglichkeiten der Richtlinien-Psychotherapie. Ja, ich wünsche mir jetzt für den heutigen Nachmittag eine lebhaftere und zielführende Diskussion, die hoffentlich deutlich macht: Was könnten die Spezifika Ärztlicher Psychotherapie sein? Was sind ihre Stärken? Vielleicht auch: Was sind ihre Schwächen? Wo haben wir Verbesserungsbedarf? Ich hoffe, dass damit dieses gesamte

Forschungsprojekt dazu beitragen kann, dass das Versorgungsangebot verbessert wird. Und ein zweiter Wunsch wäre auch, dass wir mit einer Spezifizierung der Ärztlichen Psychotherapie auch den Beruf des Ärztlichen Psychotherapeuten für den Nachwuchs attraktiver machen können. Das erst mal zu meinen einleitenden Worten und ich übergebe dann das Wort an Herrn Prof. Herpertz, übrigens mein Bruder, wie man vielleicht sieht. Und er ist eben als Psychosomatiker in dieser Initiative, wo ich ja schon herausgestellt habe, dass es uns gerade ein Anliegen war, es berufsgruppenübergreifend zu gestalten.

Prof. Stephan Herpertz: Begrüßung

Sabine, vielen Dank. Ich werde jetzt sicherlich nicht die gesamte psychosomatische Sichtweise wiedergeben können und wollen. Ich denke auch, das wird ja dann später auch Aufgaben sein zum Beispiel von dir, Manfred Beutel. Ich würde gerne einen für mich sehr wichtigen Punkt herausgreifen, der aber sicherlich auch – und das ein bisschen repräsentativ auch für eine Gruppe von Ärzten für Psychosomatische Medizin – meiner Vita entspringt, nämlich da sind zwei Eckpunkte. Einmal meine Ausbildung als Arzt für Innere Medizin. Und als Arzt für Innere Medizin habe ich schwerpunktmäßig einige Jahre in der Diabetologie gearbeitet. Ende der achtziger Jahre, vielleicht kann sich der eine oder die andere daran erinnern, ging es ja um den Aufbau von Typ-1-Diabetes-Schulungsprogrammen. Und damals baute ich so ein Programm in einer größeren städtischen Klinik in Deutschland auf. Und dann eben, Anfang der Neunziger, mein Wechsel in die Psychosomatische Medizin. Und damals, und das ist es auch immer noch, war das bei diesem Wechsel mit der Vorstellung verbunden, Patienten mit chronischen und vor allen Dingen auch primär körperlichen Erkrankungen und psychischen Problemen, zum Beispiel der Krankheitsverarbeitung, aber auch bis hin zu komorbiden psychischen Störungen Behandlungsangebote machen zu können. Und damals, sicherlich ein bisschen aus der damaligen Zeit heraus auch zu sehen, gab es schon von der Internistischen Psychosomatik durchaus interessante Behandlungskonzepte dazu. Und heute, fast 20 Jahre später, habe ich den Eindruck, und sehe das auch in meinem Ausschnitt aus dem Ruhrgebiet – und das sind immerhin 6,8 Mio. Menschen –, dass nach wie vor eine riesige Unterversorgung dieser Patienten besteht. Also eine Unterversorgung von körperlich kranken Menschen mit psychischen Problemen, mit psychischer Komorbidität. Und wenn wir uns da vor Augen halten, 20 % aller Bundesbürger gelten als chronisch krank. Und noch im 19. Jahrhundert zum Beispiel sind 80 % aller Menschen an Infektionskrankheiten gestorben. 1930 waren es nur noch 50 % und 1980 nur noch 1 %. Heute leiden und sterben über 80 % aller Menschen an chronischen Krankheiten, kennen Sie alle, bösartigen Tumoren, Hypertonie, Bronchialleiden, Diabetes und eben halt auch alles, was mit Arteriosklerose zusammenhängt. Und dabei die Prävalenz der Depression bei diesen Menschen, zum Beispiel eben auch mit Diabetes, ist im Vergleich zu Stoffwechselgesunden doppelt so hoch. Und ähnlich liegen die Zahlen vor zum Beispiel für die koronare Herzerkrankung. Also zwei somatische Erkrankungen, die eine enorme Prävalenz und damit auch eine enorme Relevanz auch für das Gesundheitssystem haben. Wir haben seit vielen Jahren Disease-Management-Programme, kennen Sie alle, bezogen bis heute auf erst mal fünf Krankheiten. Und diese Disease-Management-Programme sollen sicherstellen, dass die hohen und komplexen Anforderungen an eine dauerhaft und auch qualitativ hochwertige medizinische Behandlung chronisch kranker Menschen erfüllt werden. Zum Beispiel, in Deutschland leben 7 Mio. Menschen mit Diabetes, und allein in NRW wird die Zahl der Patienten mit KHK auf 800.000 Menschen geschätzt. Im Hinblick auf das seelische Wohlergehen dieser chronisch kranken Patienten, und das ist ja ein kardinales Anliegen auch der Medizin, ist aber Skepsis angebracht. So ergab zum Beispiel eine US-amerikanische Studie, dass nur bei der Hälfte der komorbiden depressiven Patienten mit Diabetes eine Depression diagnostiziert wird. 43 % der Patienten erhielten eine entsprechende antidepressive Pharmakotherapie und nur bei 7 % der Patienten wurde eine psychotherapeutische Intervention durchgeführt, und die umfasste gerade mal 3-4 Stunden, also 3-4 Sitzungen. Es ist sicherlich davon auszugehen, dass sich die Versorgungsmöglichkeiten in der Bundesrepublik Deutschland besser darstellen. Allerdings machen wir zum Beispiel auch in Bochum die Erfahrung, dass eben Patienten mit körperlichen Erkrankungen und psychischer Komorbidität große Schwierigkeiten haben, eine ambulante psychotherapeutische

Versorgung zu erhalten. Adäquate psychotherapeutische Versorgungsmöglichkeiten, eben mit diesen komorbiden psychischen Störungen, sind wenig vorhanden. Und gerade doch hier wäre ärztlich-psychotherapeutische Kompetenz unbedingt notwendig. Von daher begrüße ich die Initiative der Bundesärztekammer, die Rolle der Ärztlichen Psychotherapie neu zu diskutieren, natürlich mit dem Ziel, auch die Versorgung dieser Patienten zu optimieren. Von daher danke ich auch den Anwesenden für ihr Kommen und schließe mich meiner Schwester an, dass wir eine angeregte Diskussion haben und aber auch, die letztendlich das Ziel verfolgt, in Anbetracht der immer weniger werdenden Ärzte in Deutschland junge Ärztinnen und Ärzte für die Ärztliche Psychotherapie zu gewinnen. Vielen Dank.

Dr. med. Christa Schaff: Begrüßung

Meine Damen und Herren, ich möchte mich erst einmal so ausdrücken, dass ich mich sehr freue, dass es überhaupt zu diesem Diskussionsforum heute gekommen ist, anlässlich dieses Projektes, und Sie ganz herzlich begrüßen. Und meine Freude ist auch deshalb groß, weil ich es besonders finde, dass wir hier ein Projekt machen, wo sowohl die Psychofachgebiete der Psychotherapie für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche gemeinsam jetzt versuchen, eine Definition für die Ärztliche Psychotherapie zu finden, noch dazu über den gesamten Bereich der Klinischen Psychotherapie und der Ambulanten Psychotherapie, also der stationären und der ambulanten. Und ich finde, das ist eine einmalige Chance, jetzt zu einer vielleicht etwas klareren Formulierung der Identität der ärztlichen Psychotherapie zu kommen, über die ich wirklich richtig froh bin. Und ich hoffe, dass wir am Ende dieses Tages auch ein Stückchen mehr Kontur für unsere Disziplin Ärztliche Psychotherapie bei Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen haben. Ich möchte nur ganz kurz ein bisschen das Profil der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie skizzieren. Wir sind natürlich auch Psychiater, aber ich denke, wir haben ein ganz anderes Klientel. Wir haben Kinder und Jugendliche, die alle in der Entwicklung begriffen sind. Und insofern arbeiten wir permanent im Wandel mit der Entwicklung der Kinder und der Familien. Das heißt, eine Entwicklungsorientierung ist für die gesamte Behandlung bei Kindern und Jugendlichen und speziell auch die Ärztliche Psychotherapie unabdingbar. Das andere ist, dass wir immer im System der Familie bzw. der Schule, des Kindergartens, also der umliegenden Bezugspersonen arbeiten, und insofern natürlich unsere Psychotherapie immer eine Psychotherapie gerichtet auf das System ist. Wir arbeiten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hauptsächlich psychotherapeutisch. Das heißt, Psychiatrie mit Kindern und Jugendlichen ist ohne Psychotherapie nicht denkbar. Eine Studie aus dem Jahre 2005/2006 in unserer ambulanten Versorgung hat gezeigt, dass wir zwischen 25 % und 30 % unserer Patienten mit Medikamenten behandeln, und der Rest besteht aus psychotherapeutischen, psychiatrischen Interventionen oder den verschiedenen Formen von Psychotherapie, sei es störungsspezifisch oder nach der Richtlinien-Psychotherapie. Wir haben immer auch eine besondere Klientel in dem Sinne, dass wir meistens sehr komplexe Störungsbilder vor uns haben. Und wenn man so gefragt wird: Was ändert sich eigentlich? Nehmen nicht die Störungen zu? Dann kann man sicher sagen: Die Komplexität der Störungen nimmt zu. Insofern brauchen wir multimodale Behandlungsansätze, langfristig auch angelegte Behandlungsansätze für relativ schwer gestörte Kinder. Und haben dazu auch die Möglichkeit, in der ambulanten Versorgung ähnlich wie in der Klinik, in einer sozialpsychiatrischen Praxis mit einem psychotherapeutischen Team zu arbeiten. Das kann verschiedene Schwerpunkte in der Behandlung haben, aber wir können in dieser Behandlung als Ärzte auch die Qualitäten unserer Heilpädagogen, Sozialpädagogen, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten nutzen, um multimodale Behandlungskonzepte mit psychotherapeutischen Interventionen und Therapien auch umzusetzen. Das heißt, es gibt ein anderes Profil in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als in der Psychiatrie und Psychosomatik in der Versorgung, und ich hoffe, dass wir diese Unterschiede, aber auch das Gemeinsame im Rahmen dieses Diskussionsforums, aber auch unserer Gesamtarbeit erarbeiten. Vielen Dank.

Prof. Sabine Herpertz: Wir kommen dann zu den Impulsreferaten, und ich möchte als Erstes ankündigen, begrüßen Herrn Prof. Härter. Herr Prof. Härter ist Arzt und Psychologe und ist Direktor des Institutes und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am UKE in Hamburg. Herr Härter ist einer, wenn nicht der führende Versorgungsforscher auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen, hat

sich dort vor allem mit Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Versorgung, gerade in der psychotherapeutischen Versorgung auch beschäftigt. Und er war auch Koordinator der Versorgungsleitlinien „Unipolare Depression“, die 2009 erschienen sind. Also ich denke, wir haben, und darüber freuen wir uns, einen sehr kompetenten Redner jetzt für diesen ersten Vortrag gewinnen können. Herr Härter, vielen Dank.

Impulsreferate

Prof. Martin Härter: Aktueller Stand der Psychotherapie-(Versorgungs-) Forschung

Ja, liebe Frau Herpertz, liebe Frau Schneller, liebe Kolleginnen und Kollegen, zunächst einmal ganz herzlichen Dank natürlich für die Einladung. Das waren ja fast ein bisschen viele Lorbeeren für mich, und das ist auch eine Herausforderung jetzt für mich, die Aufgabe, die Sie mir gestellt haben, liebe Frau Herpertz, hier in einer Viertelstunde zu absolvieren. Meine Aufgabe war ja, aktuellen Stand der Psychotherapieforschung, so war der ursprüngliche Titel, hier zu referieren. Ich habe ihn, wie Sie sehen, etwas abgewandelt, weil es doch für die Diskussion wahrscheinlich besonders zielführend sein wird, wenn wir über den aktuellen Stand, soweit ich ihn auch aktuell überhaupt darstellen kann, der Psychotherapie-Versorgungsforschung zu sprechen. Das heißt, ich möchte mich in meinem Referat darauf fokussieren: Was wissen wir denn aus dem stationären/ambulanten Bereich über psychotherapeutische Leistungen? Das wird ja auch in den Folgereferaten dann noch präzisiert. Ich möchte mich auch vor allem bei den Kollegen bedanken, ohne die dieses Referat überhaupt nicht möglich wäre, nämlich die Arbeitsgruppe bei uns im Institut beschäftigt sich ja schon seit sehr vielen Jahren mit der Frage der psychotherapeutischen Versorgung. Es gab ja vor einigen Jahren auch die Übersicht über diese Schriftenreihe des Robert-Koch-Instituts, die wahrscheinlich vielen bekannt sein wird. Und da geht der Dank an Birgit Watzke, Dina Barghaan, Timo Harfst aus der Bundespsychotherapeutenkammer, jetzt Holger Schulz und Uwe Koch-Gromus, die verantwortlich zeichnen auch für viele der Daten, die ich hier nun darstellen kann. Auf was ich fokussieren möchte, und man kann das ja in einer Viertelstunde nur sehr holzschnittartig machen, dass ich zeigen möchte: Was wissen wir denn im Moment über die Struktur- und Prozessqualität stationärer psychotherapeutischer Leistungen? Wenn Sie diesen Gliederungspunkt sich anschauen, werden Sie ein Wort vermissen wahrscheinlich, nämlich die Ergebnisqualität. Hier werde ich nicht so sehr drauf eingehen können. Das hat aber u. a. auch den Grund, dass wir hier sehr viel weniger wissen als über die Struktur- und Prozessqualität. Dasselbe möchte ich dann auch mit einem Blick auf die ambulante Versorgung machen. Und dann vor allem für die Diskussion: Was wissen wir denn im Moment, und was wissen wir vor allem aber auch nicht? Diese Frage müssen wir uns ja gerade bei dieser Übersicht stellen. Also zunächst zum stationären Leistungsspektrum. Ich muss auch gleich dazu anschließen, die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird sich hier stiefmütterlich sehen, weil wir diese Zahlen im Moment, zumindest in dieser Zusammenfassung, nicht haben. Also das ist schon die erste Lücke, die ich auch nun sofort entdeckt habe, als Sie aufgestanden sind und gesagt haben: Hier fehlt also genau dieser Strang, auf den man natürlich hier auch schauen muss. Aber zunächst einmal: Wie ist die Situation? Wir wissen alle, etwa 30 % der Bevölkerung ist wahrscheinlich in der 12-Monats-Prävalenz psychisch krank. Der neuesten Zahlen EU, vielleicht auch schon bekannt, zeigen ja, dass es möglicherweise sogar noch mehr sind. Und die Frage natürlich – Wie werden diese Menschen in Deutschland versorgt? – ist eine in jeder Hinsicht brennende. Und wenn wir uns mal die Zahlen anschauen, die wir jetzt bisher haben, muss ich auch gleich hier einschränkend sagen: Manches sind auch Schätzungen. Das heißt, wir haben hier nicht ganz verlässliche Zahlen, aber zumindest sind es wahrscheinlich annäherungsweise relativ sichere Zahlen. Und wenn Sie mal stationär und ambulant schlicht und ergreifend von der Anzahl von Patientenfälle, das sind nicht unbedingt dann nur Patienten pro Jahr, sondern das hat ja auch was mit der Quartalsrechnung zu tun ... Da fängt schon ein statistisches Problem an, aber wenn Sie das mal vergleichen, kommt man etwa auf eine ähnliche Anzahl. Also

wenn man die gesamten Behandlungsfälle stationär zusammenzählt, sind es ca. 49.000, ambulant wahrscheinlich über die KV ca. 960.000. Andere Schätzungsmodelle, ältere Schätzungsmodelle kamen hier zu etwas geringeren Zahlen, deswegen dieser Range auf der ambulanten Seite. Und jetzt bei der stationären Versorgung, ist natürlich besonders relevant, gibt's ja für die Erwachsenen drei Settings, die natürlich auch einer Diskussion bedürfen, nämlich einerseits diesen starken Bezug zur Rehabilitation, also stationäre, medizinische, psychosomatische Rehabilitation und die Suchterkrankungen, dann den Teil der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie und die Psychiatrie und Psychotherapie. Und wenn Sie bei den Zahlen zur Psychiatrie hineinschauen, kann man sich natürlich auch überlegen: Sind das alles Patienten, die auch psychotherapeutisch versorgt werden oder würde man da einen anderen Fokus setzen? Und die Kollegen haben hier nun einen sehr konservativen Fokus gesetzt, den ich jetzt hier nicht weiter diskutieren möchte. Aber Sie sehen, wenn man es ganz streng nimmt, also Patienten, die jetzt primär auch psychotherapeutisch vielleicht behandelt werden, kommt man auf diese Zahl 249.000. Das wäre ja nur ein Drittel der insgesamt betreuten Patienten. Ich glaube, das kann man dann auch in der Diskussion noch mal sich anschauen. Ein Problem, was wir sofort erkennen, und das ist sicher ein typisch deutsches Problem, ist ja die Frage: Wie verteilen sich denn nun auf diesen drei stationären Settings Patienten? Auch die Diskussion, die Sie ja gerade angestoßen haben: Wie ist eigentlich das Diagnosespektrum? Mit was hat man es zu tun? Sind es komorbid Kranke oder hier jetzt eher die primär psychisch Erkrankten? Und Sie sehen, wenn Sie sich die Zahlen anschauen, ich will hier vor allem diese beiden Störungsbereiche mit der großen Überlappung in dem Indikationsspektrum Affektive Störungen und die F4-Kategorie erwähnen. Bei den anderen ist es doch etwas klarer indikationsspezifisch. Und natürlich auch hier bei F1 ist ja klar, dass Reha und Akut-Psychiatrie unterschiedliche Aufgaben hat. Aber hier ist es wahrscheinlich doch so, dass da relativ ähnliche Aufgaben, würde ich mal sagen, auf alle drei Settings zukommen, und wir wissen noch nicht so richtig gut: Ist das sinnvoll, so wie es im Moment ist? Weil wir die Indikationskriterien da möglicherweise noch nicht scharf genug haben. Das wäre ja rein zur Strukturqualität. Was wissen wir zur Prozessqualität? Da wissen wir sehr viel weniger. Wir wissen es sehr genau oder relativ genau, kann man sagen, aus der Rehabilitation. Liegt einfach daran, dass die Deutsche Rentenversicherung mit ihrem Qualitätssicherungsprogramm ja viele, viele Jahre sehr genau drauf geschaut hat: Was passiert da eigentlich in den Kliniken? Und natürlich durch die Dokumentation der KTL, also der Klassifikation therapeutischer Leistungen man da einen guten Einblick bekommen kann: Was wird eigentlich Patienten angeboten? Die Folie müssen wir nicht im Detail durchschauen, aber Sie sehen sofort: Hier gibt es einen deutlichen Unterschied zu den Kliniken. Hier sind mal 66 Kliniken von den Kollegen auch aufgearbeitet worden. Und Sie sehen dieses Riesenspektrum. Das ist natürlich nicht diagnosespezifisch, aber es gibt eine Riesenvarianz auch in den Kliniken, was sie im Sinne von psychotherapeutischen Leistungen pro Patient, in dem Fall in Minuten gerechnet, anbieten. Und das wird natürlich mögliche Auswirkungen auf den Outcome haben. Wir wissen auch sehr wenig, und da ist die Reha sicher federführend und auch beispielhaft, was die Behandlungsergebnisse angeht. Wir haben hier zwei sehr gute Metaanalysen über sehr viele Patienten, die alte Mesta-Studie mit über 25.000 Patienten, eine Re-Analyse anderer Daten über 31.000 Patienten, Prä/Post-Studien, also Routineversorgung, von Sven Rabung aufgestellt. Und hier kommt man zu mittleren Effektstärken der Behandlung. Also wir sehen, hier gibt es auch hinreichend verlässliche Zahlen, die auch vergleichbar sind im Hinblick auf die Ergebnisqualität. Ob das viel oder wenig ist, man würde ja da von einem mittleren Effekt sprechen, wäre ja eine ganz andere Diskussion. Wir wissen auch, und das ist auch sehr schön für die Reha aufzeigbar, erst katamnestische Daten, also gleiche Studienansätze, dann 6 und 12 Monate später

auch geschaut, in der Mesta-Studie 12, hier 6 Monate. Sie sehen die Effektstärken sinken, also jetzt Aufnahme- gegen Katamnese-Zeitpunkt, aber es sind immer noch relevante Effektstärken natürlich in der Behandlung. Es gibt letztendlich zwei Studien, zumindest mir bekannt, vor allem mit dem Schwerpunkt Depression, ist die alte sogenannte Baden-Württemberg-Studie, dann gab es ja die Studie im Rahmen des Kompetenznetz Depression, was ähnliche Routinedaten, also Aufnahme-Entlassung in der psychiatrischen Versorgung hier der affektiven Störungen gemacht hat. Da kommt man zu anderen Effektstärken, das will ich jetzt hier nicht kommentieren. Da geht's ja um auch die Frage: Kann man mit unterschiedlichen Messverfahren überhaupt Effektstärken vergleichen. Aber hier kann man sehen, im Bereich der Psychiatrie gibt es sehr viel weniger und aus der Psychosomatik auch sehr viel weniger oder fast keine systematischen Untersuchungen, die praktisch die Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Leistungen (Psychotherapie) untersucht haben. Was wissen wir also noch nicht so richtig? Wir sehen, wir haben insgesamt natürlich auch international einen hohen Anteil von Psychotherapiebetten stationär. Wir haben drei sich überlappende Versorgungssysteme und Platzierung eben zahlreicher Betten in der Reha. Das ist ja auch international ohne Beispiel. Wir wissen noch nicht so richtig gut, auch das wird die Diskussion später zeigen: Wie ist es eigentlich mit der Angemessenheit des Umfangs stationärer psychotherapeutischer Behandlung, vor allem auch in der Abgrenzung zur ambulanten Psychotherapie. Wie sieht es mit der Spezifität von Versorgungsangeboten aus bezüglich des diagnostischen Spektrums? Das habe ich gezeigt. Aber natürlich auch im Hinblick auf Schweregrad und Chronifizierung von Erkrankungen. Also Stichwort: Haben wir genügend - oder haben wir es nicht – Transparenz über die Zuweisungsprozesse? Auch wenn wir uns stärker inzwischen versuchen, an Leitlinien zu orientieren. Wir wissen auch sehr wenig, da hat unsere Studie gezeigt, vielleicht ein ganz ähnliches Bild, wie Sie gerade in der Reha auch gesehen haben: Wie hoch ist denn die Dichte und auch die Qualität jetzt der psychotherapeutischen Leistungen, wenn man das versucht, einmal herauszupartialisieren aus dem multimodalen Behandlungsprogramm in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachkrankenhäusern? Wahrscheinlich ähnliches Bild. Wir wissen wenig hierüber, aber auch zum Teil sehr wenig über die Prozesse und Prozessqualität. Und wir wissen nichts fast über die Möglichkeit natürlich auch, wenn Sie so wollen, niedrigschwelligere psychotherapeutische Leistungen mit in den Blick zu nehmen, um Chronifizierungen zu vermeiden, zum Beispiel durch die Konsultations- und Liaisondienste. Das also holzschnittartig zur stationären Versorgung, nun zur ambulanten. Hier ist ja bekannt, dass wir ein Problem in vielen Regionen Deutschlands haben, was die Wartezeiten angeht. Das sind ja nur Durchschnittswerte aus einer Studie der Gmünder Ersatzkasse, auch vom Kollegen Harfst und Kollegen ausgewertet. Das ist natürlich regional sehr, sehr unterschiedlich. Also jetzt hier Stichwort Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz. Wir wissen ziemlich genau aus der Diagnosenstatistik, aber das wird sicher mehr vertieft werden, dass die affektiven Erkrankungen, also unipolare Depression, rezidivierende, und wenn Sie so wollen, die Anpassungsstörungen dazu, über 40 %, vielleicht 50 % des ambulanten Psychotherapiespektrums ausmachen und die Kurzzeitpsychotherapie ist klarer Favorit. Auf was ich hinweisen möchte, sicher auch eine wichtige Diskussion, also Stichwort Versorgung und Behandlungsbedarf – sehr wenig Gruppenpsychotherapie in der Versorgung, sicher ein Problem, über das man nachdenken sollte. Das sind Bilder, die kennen Sie. Ich will sie nur einfach noch mal zeigen, dass klar ist: Wir haben ein Problem natürlich in der Versorgungslandschaft. Also der regionale Atlas sowohl über die Psychotherapeutendichte ist sehr heterogen, mit den klaren Lücken, die Sie alle kennen. Und ein anderer Atlas, der auch aktuell jetzt noch mal sehr interessante Bilder zeigt, also sozusagen die regionale Verteilung von Angeboten, jetzt hier bezogen auf die Depression. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss mit seiner

Arbeitsgruppe analysiert. Und Sie sehen hier auch Deutschland mit einem Flickenteppich, also regionale Variation oder practice variation, ist ja auch ein sehr wichtiges Thema im Moment in Deutschland, hier an dem Beispiel mittelgradige Depression, analytische PT und Blickverschiebung. Bei der VT sieht es ein bisschen anders aus. Also auch das sind natürlich viele ungeklärte Fragen. Was bedeutet das eigentlich? Also pro Einwohner eine unterschiedliche Frequenz von Angeboten, die schulenspezifisch hier nun ausgewertet sind. Also das ist natürlich auch zunächst einmal ein Versorgungsforschungsdatum, und wir müssen entsprechend natürlich überlegen: Was hat das für Konsequenzen? Über die Ursachen kann man natürlich auch nachdenken. Worüber wir sehr wenig wissen, das ist natürlich das Schnittfeld jetzt zur stationären Versorgung. Wir haben ja eine ganze Menge psychiatrischer Kliniken, die auch entsprechend viele Behandlungsplätze anbieten, die Psychiatrischen Institutsambulanzen. Wir haben keine Prozessergebnisqualitätsdaten dazu. Die psychologischen Kollegen mit ihren Hochschulambulanzen, auch wenn das relativ gesehen, wenn Sie so wollen, wenige Fälle sind. Und sehr wichtig sicherlich dieser große Sektor der Psychosozialen Beratungsstellen, wo ja auch sehr viele psychotherapeutisch qualifizierte Kollegen arbeiten. Aber auch da haben wir praktisch keine Prozess- und Ergebniszahlen. Letzter Punkt, der natürlich auch noch mal die Eingangspforte mitdiskutiert: Wie gut ist eigentlich die Qualität der ambulanten Versorgung mit der Zuweisung? Das sind auch die entsprechend aktuellen Zahlen des GBA-Berichtes zur Diagnoseschärfe bei der Depression. Und da sehen wir natürlich vor allem Probleme in der Primärversorgung. Also wenn man hier mit dem Leitlinienblick drauf schaut, also die große Anzahl von nicht näher spezifizierten Depressionen wird natürlich Konsequenzen auch möglicherweise für die Zuweisung in entsprechende fachpsychotherapeutische Behandlung haben. Gut, wenn man das zusammenfasst: Was sind die strukturellen Bedingungen im ambulanten System? Es ist quantitativ natürlich sehr umfänglich, also halbe/halbe etwa zwischen stationär und ambulant, wachsend, kassenfinanziert. Die Psychologischen Psychotherapeuten, muss man sagen, leisten einen Großteil der Versorgung. Die Zahlen kennen Sie, etwa 13.000 Psychologische Psychotherapeuten, etwa 5.000 Ärztliche Psychotherapeuten, ich glaube, etwa 3.000 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Also ist die Zahl so etwa 21.000 ambulant tätige Psychotherapeuten. Diese Dysbalance zwischen West/Ost, Stadt/Land-Unterschiede mit den Problemen wie in der hausärztlichen Versorgung natürlich auch. Die therapeutische Orientierung ist relativ ausgeglichen zwischen den Schulen, also zwischen der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch orientierten Profession. Und die professionsspezifische Bindung kennen wir auch der Therapieverfahren, also Ärzte tendenziell eher tiefenpsychologisch orientiert. Überwiegen der Kurzzeittherapie, das haben wir gesehen. Einzelne Studien, jetzt wenn man auch auf die Nervenärzte oder Psychiater, Psychotherapeuten schaut, auch die Diskussion: Was bieten sie an? Da kommt ja das Problem der Entscheidung: Mache ich eher primär Psychotherapie und/oder nervenärztliche Tätigkeit? Da zeigen Untersuchungen, dass die meisten niedergelassenen Psychiater hier eher weniger Psychotherapie – aber das hat natürlich auch mit dem Problem der Abrechnung zu tun – anbieten können. Wir haben gesehen die Unklarheiten bezüglich auch des Umfangs des Versorgungsangebotes, und natürlich, einige sind überhaupt noch nicht richtig im Fokus. Also nach HPG tätige Psychologen, die Beratungsstellen, die vielen, die wir gesehen haben, über 12.000, und die entsprechenden Psychiatrischen Institutsambulanzen bei den Tageskliniken, die muss man ja zunächst jetzt dem Stationären wahrscheinlich zuordnen. Gezeigt hat ich auch das Problem, wo wir ja viele Versorgungsprobleme möglicherweise auffangen könnten, mit dem Angebot von Gruppentherapien, und die Frage nach Indikation und Steuerung, also die wenig transparenten Spezialisierungen auch, die uns immer wieder aufscheinen. Also Fazit für die Diskussion: Wir können natürlich davon ausgehen, auch aus vielen Psychotherapie-Studien, dass im

Grunde psychotherapeutische Angebote auch aus den Routinedaten letztendlich zeigen, dass wir ambulant und stationär erfolgreich Psychotherapie anbieten können. Die Effektstärken sind aber in Teilbereichen, wenn man dann in Kliniken genauer schaut, sicher optimierungsbedürftig. Wir müssen aber immer wieder die Frage natürlich auch stellen: Lässt sich die in kontrollierten Studien festgestellte Wirksamkeit so ohne Weiteres auf die Routineversorgung übertragen, oder mit welchen Adaptionen muss man rechnen? Klar ist, es fehlen wirklich relevante Studien, die den Prozess besser begleiten helfen, und auch uns Informationen zum differenziellen Outcome geben über die verschiedenen Settings. Ganz davon zu schweigen, dass wir natürlich auch Kosten und Effizienz der Behandlung unter dem Kostendruck, unter dem wir stehen, sicher noch mal überprüfen müssen. Und wir wissen wenig über vielleicht auch Psychotherapie-nahe Angebote über das Outcome von geringer dosierten Angeboten, Stichwort zum Beispiel: psychosomatische Grundversorgung. Ich glaube, ich bin so halbwegs im Zeitrahmen geblieben. Es ist natürlich holzschnittartig, man hätte eine ganze Stunde auch über diese Daten diskutieren können. Aber das war ja der Auftrag, in einer Viertelstunde so einige wichtige Daten Ihnen zu präsentieren. Vielen Dank für die Aufmerksamkeit.

Prof. Sabine Herpertz: Ganz herzlichen Dank, Herr Härter. Es wird ja dann nachher auch die Möglichkeit geben, dass Sie sich auch im Diskussionsforum dann wieder einbringen. Wir wollen jetzt auf eine Diskussion verzichten, sondern gleich zum nächsten Impulsreferat kommen von Frau Dr. Roth-Sackenheim. Frau Roth-Sackenheim ist Psychiaterin und Psychotherapeutin, aber hat auch den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, und sie ist Vorsitzende des Berufsverbandes Deutscher Psychiater. Und sie wird uns jetzt einen Einblick geben in die Versorgungsdaten, so wie sie sich vor allem durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung darstellen. Herzlichen Dank.

Dr. Christa Roth-Sackenheim: Psychotherapie von wem für wen? – Ein Blick auf die Versorgungsdaten

Ich bedanke mich auch. Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, ich bin ein bisschen stolz, dass ich jetzt Daten zeigen kann, die wir so bisher noch nicht gesehen haben. Zum Teil habe ich sie gestern Abend auch zum ersten Mal gesehen. Und ich hoffe, dass ich mit den 15 Minuten einigermaßen hinkomme. Es wird sehr dicht, aber ich versuche auch möglichst, das Wichtigste rüberzubringen. Wovon ich berichte, bezieht sich ausschließlich auf den ambulanten Bereich, auf den vertragsärztlichen Bereich. Und wir fragten uns im Rahmen unseres Projektes: Welche ärztlichen Fachgruppen versorgen welche Patienten? Und unterscheiden sich unter Umständen auch die Leistungen, die bei gleichen Diagnosen angewendet werden, und was ist dazu zu sagen? Wie gesagt, die Daten sind aus dem 1. Quartal 2010, sämtliche Daten, die ich vorstelle. Wir sind sehr unterstützt worden, haben praktisch alle Daten sehr gut aufbereitet bekommen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Abteilung Innovation, strategische Analysen und IT-Beratung, Abteilungsleiter Herr Tenckhoff. Seine Mitarbeiterin, die Frau Hofmann, ist heute da und kann mich unterstützen, wenn ich bei Detailfragen zu den Daten vielleicht Hilfe brauche. Als Erstes schauen wir an: Welche Fachgruppen sind betrachtet worden? Die betrachteten Fachgruppen sehen Sie hier unten. KJPP heißt Kinder- und Jugendpsychiater und -Psychotherapeuten. KJP sind die Psychologischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Psychiater, Ärztliche Psychotherapeuten, Psychosomatische Medizin, Psychologische Psychotherapeuten. Die roten Säulen stellen dar die Behandlungsfälle je Arzt. Also Sie sehen zum Beispiel, die Psychiater haben im Durchschnitt in Deutschland etwas mehr als 400 Fälle, Kinder- und Jugendpsychiater etwa 270/280. Die grauen Punkte bezeichnen die Anzahl der Diagnosen pro Behandlungsfall. Und man sieht unschwer, dass die Kinder- und Jugendpsychiater und die Psychiater pro Behandlungsfall die meisten verschiedenen Diagnosen vergeben. In der Hinsicht unterscheiden sich die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die Ärztlichen Psychotherapeuten, die Ärzte für Psychosomatische Medizin und die Psychologischen Psychotherapeuten nicht. Das sind absolute Zahlen für ein Quartal. Wenn man jetzt anschaut: Welche Praxen verschlüsseln wie viele unterschiedliche Diagnosen? Also das heißt, das Diagnosenspektrum. Da zeigt sich auch – das ist eine Darstellung über alle KVen –, wenn Sie hier schauen, die hellgrünen Säulen sind auch wieder die Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater sind die dunkel-magentafarbenen Säulen, wo pro Fall die meisten unterschiedlichen Diagnosen verschlüsselt werden. Wenn man sich jetzt dieselbe Frage noch mal stellt bzw. hier unten die sehr viel gedrängtere Darstellung etwas entzerrt und sich nur die Ärztlichen Psychotherapeuten, die Psychosomatischen Mediziner und die Psychologischen Psychotherapeuten anschaut, sieht man, dass die Psychosomatische Medizin und die Ärztlichen Psychotherapeuten auch deutlich mehr unterschiedliche Diagnosen je Praxis codieren als Psychologische Psychotherapeuten. Und wenn man das sich für die Kinder anschaut, ist es eben entsprechend. Die Kinder- und Jugendpsychiater verschlüsseln deutlich mehr unterschiedliche Diagnosen als die Psychologischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Wenn man jetzt anschaut: Welche Praxen versorgen wie viele Patienten? Dann ist das auch wieder auf die verschiedenen KVen aufgetragen. Ist auch wieder klar, ich meine, das ist schon fast Erfahrungswissen, Psychiater und Kinder- und Jugendpsychiater haben die meisten Behandlungsfälle pro Praxis. Natürlich auch, das würde man erwarten, in den neuen Bundesländern die höchsten Fallzahlen im Durchschnitt bei den Psychiatern, zum Beispiel hier in Brandenburg 820.

Wenn man hier unten jetzt noch einmal aufschlüsselt, etwas besser darstellt, kann man eigentlich kaum einen Unterschied feststellen, was die Behandlungsfälle angeht, der Ärztlichen Psychotherapeuten, der Psychosomatischen Mediziner und der Psychologischen Psychotherapeuten. In den östlichen Bundesländern findet sich bei den Psychologischen Psychotherapeuten doch auch eine deutlich höhere Anzahl an Behandlungsfällen. Wenn man jetzt anschaut: In welchem Zusammenhang steht die Anzahl der Behandlungsfälle mit der Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen pro Praxis? Und wir schauen uns jetzt hier die Erwachsenen an. Dann kann man sehr deutlich sehen, dass die Psychiater hier – das sind die grünen Kreise – doch alle hier in dem Bereich angesiedelt sind. Das heißt, der Zusammenhang zwischen Anzahl der Behandlungsfälle und Breite des Diagnosespektrums ist bei den Psychiatern am größten, gefolgt von den Psychosomatischen Mediziner, und Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten unterscheiden sich praktisch nicht. Wenn wir hier jetzt schauen, Zusammenhang zwischen Anzahl der unterschiedlichen Diagnosen und der Behandlungsfälle, bezogen auf die Gruppen Psychosomatische Medizin, Psychologische Psychotherapeuten, Ärztliche Psychotherapeuten, sieht man, dass die Psychosomatischen Mediziner insbesondere in den neuen Bundesländern doch die meisten Fälle bearbeiten. Die unterschiedlichen Diagnosen sind auch bei höheren Fallzahlen der Psychologischen Psychotherapeuten doch immer eher in einem unteren einstelligen Bereich. Psychosomatische Medizin führt hier auf diesem Chart. Zusammenhang Anzahl Behandlungsfälle und Anzahl unterschiedlicher Diagnosen, bezogen auf die Kinder, sieht man auch Kinder- und Jugendpsychiater ... Das ist im Grunde nur noch mal eine andere Darstellung dessen, gehe ich aus Zeitgründen vielleicht weiter. Wir kommen jetzt zu den Diagnosen, und es ist hier auch wieder aufgeschlüsselt Psychosomatische Medizin, Ärztliche Psychotherapie, Psychologische Psychotherapie, Psychiater. Wenn Sie sich zunächst mal diese Spalte anschauen, sieht man, dass die depressive Episode grundsätzlich bei allen die führende Diagnose ist, gefolgt von Reaktion auf schwere Belastung und Anpassungsstörungen, dann kommen die anderen Angststörungen usw. Und wenn man jetzt schaut: Welche dieser Fachgruppe versorgt denn hauptsächlich welche Diagnose? Da sehen wir, dass die depressive Episode bei den Psychiatern den Rang 1 hat; die Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen bei den Psychologischen Psychotherapeuten den Rang 1. Die Angststörungen, da führen dann wieder die Psychiater, und rezidivierende depressive Störung auch. Vielleicht, wenn wir noch mal schauen, Schizophrenie, ist auch klar, es gibt relativ wenige Fälle, Diagnosen Schizophrenie. Und die haben wir erwartungsgemäß natürlich auch bei den Psychiatern. Es scheint so, das wird sich auch nachher noch häufiger zeigen, dass die Diagnosen der Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen eben im Bereich der Ärztlichen Psychotherapeuten und der Psychosomatischen Medizin führend sind. Wenn wir uns bei den Kindern das anschauen, haben wir, wenn Sie wieder bei der linken Spalte als Erstes sich orientieren, als führende Diagnose die hyperkinetische Störung. Und das ist bei den Kinder- und Jugendpsychiatern auch die Rang-1-Diagnose, die Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen dann bei den Psychologischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Jetzt ist noch mal die Diagnosenverteilung gegenübergestellt. Einmal hier bei den Psychiatern und bei den Psychosomatischen Mediziner unterscheidet sich auf den ersten Blick gar nicht so viel. Die führende Diagnose bei beiden Facharztgruppen ist die depressive Episode, es geht dann so im Uhrzeigersinn weiter. Die Reaktionen auf schwere Belastungen sind bei den Psychosomatischen Mediziner doch fast doppelt so häufig vertreten. Etwa gleich sind wir dann bei den Angststörungen, den rezidivierenden depressiven Störungen, bei den somatoformen Störungen, und erwartungsgemäß etwas mehr hier im hinteren Feld bei der Schizophrenie und den Störungen durch Alkohol. Und die Psychiater haben offensichtlich

hier noch so eine Restkategorie an sonstigen Diagnosen. Das werden insbesondere auch hirnrnorganische Störungen sein, die hier dann in diesem Feld zusammengefasst sind. Wenn wir anschauen jetzt den Vergleich Ärztliche Psychotherapie/Psychologische Psychotherapie, ist wieder führend die depressive Episode etwas mehr vertreten bei den Ärzten, die Reaktionen auf schwere Belastungen etwa gleich. Und ansonsten muss man sagen, bis auf die Schizophrenie und Störung durch Alkohol, die etwas bei den Ärztlichen Psychotherapeuten mehr ist, ist das Spektrum eigentlich ziemlich ähnlich. Sehr unterschiedlich stellt es sich dar im Bereich der Kinder. Die Kinder- und Jugendpsychiater haben die absolute Hitliste bei den hyperkinetischen Störungen, fast 30 %. Und das ist bei den Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten des psychologischen Lagers doch deutlich geringer. Hier wieder die emotionalen Störungen und die Reaktionen auf schwere Belastung deutlich mehr. Vielleicht nur so weit. Wenn wir uns jetzt zuwenden den Abrechnungsdaten: Welche Fachgruppe erbringt welche Leistungen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen? Hier unten sehen wir die verschiedenen Fachgruppen, wir beginnen hier mit den Hausärzten, Kinder- und Jugendpsychiater, dann kommen hier die Neurologen, Psychiater, Psychosomatische Medizin, Ärztliche/Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugend-Psychotherapeuten. Die Nervenheilkunde ist hier auch noch, und mit Sonstigen sind im Grunde alle Fachgruppen gemeint, die in einem gewissen Maß auch psychotherapeutische Leistungen erbringen. Hier sind jetzt dargestellt Leistungen des gesamten Kapitels 35, also Kapitel 35 ist die Richtlinien-Psychotherapie. Und dargestellt sind jetzt hier die Häufigkeiten sowohl der nicht antragspflichtigen als auch der antragspflichtigen Leistungen, und die Psychosomatik, genau. Da sieht man, diese Hitliste führen die Hausärzte bei weitem an. Also die breiteste Versorgung in der psychosomatischen Grundversorgung wird durch Hausärzte geleistet, und zwar durch über 35.000 Kollegen, die im Jahr etwa deutlich über 3 Mio. Fälle versorgen mit über 5 Mio. Leistungsziffern, die angesetzt werden. Kinder- und Jugendpsychiater haben auch ein hohes Leistungsaufkommen aus dem Kapitel 35. Die Psychiater/Psychosomatischen Mediziner etwas mehr. Ärztliche Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapie und Psychosomatische Medizin ist in etwa gleich. Und natürlich den Hauptanteil haben wir bei den Psychologischen Psychotherapeuten, die Erwachsene behandeln. Wenn wir jetzt anschauen, welche sonstigen Ziffern verstecken sich darunter, und wenden uns jetzt den antragspflichtigen Leistungen zu, das sind also sowohl den Einzeltherapie-ziffern als auch die Gruppentherapie-ziffern, sieht es dann doch etwas anders aus. Wenn wir da bei den Hausärzten schauen, da machen das doch deutlich weniger Kollegen, aber doch immerhin in einem deutlichen Ausmaß. Es sind ungefähr genau so viele Hausärzte wie Psychiater, die diese Leistungen abrechnen. Bei der Neurologie entsprechend wenig, es gibt aber immerhin offenbar doch noch einige. Kinder- und Jugendpsychiater, das ist natürlich zu erklären, weil hier das nicht bezogen ist auf die Gesamtanzahl der Leistungserbringer. Das kommt in einer späteren Darstellung noch mal. Das sieht jetzt so aus, als wäre das so wenig. Das ist es aber nicht, wie wir nachher sehen werden. Psychiatrie hat doch auch einen deutlichen Anteil aus der antragspflichtigen Leistung, Psychosomatische Medizin natürlich deutlich mehr, ähnlich auch die Ärztlichen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Wenn wir jetzt zu den Gesprächsleistungen, die nicht im Richtlinien-Psychotherapiekapitel untergebracht sind, kommen, also das, womit die Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater, Psychosomatischen Mediziner und Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie arbeiten, sind diese Ziffern, dann stellt es sich folgendermaßen dar: Dass die Psychiater am meisten sprechen. Das sind diese 10-Minuten-Ziffern, die man addieren kann. Dass die Nervenärzte dicht dahinter kommen. Hausärzte weniger, ich glaube, sie haben auch jetzt kaum noch eine Gesprächsziffer außerhalb der Pauschale. Das ist

dadurch zu erklären. Kinder- und Jugendpsychiater ebenfalls. Psychosomatische Medizin auch in einem nicht unerheblichen Maße. Also die Psychosomatische Medizin macht nicht nur Richtlinien-Psychotherapie, wie man sonst öfter schon mal hört. Aber auch Psychologische Psychotherapeuten nutzen die Gesprächsziffern deutlich, auch bei einer deutlichen Zahl an Behandlungsfällen. Das ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Ärztlichen Psychotherapeuten ja bis zu 15 Mal pro Patient im Quartal möglich, also 150 Minuten zu sprechen. Jetzt wird es ein bisschen komplizierter, das ist eine Zusammenschau. Hier unten haben wir wieder die Fachgruppen aufgetragen, wie wir sie eben schon mal gesehen haben. Die Säulen bezeichnen einmal hier die antragspflichtige Richtlinien-Psychotherapie. Die grauen Säulen sind die Gesprächsleistungen also aus den Fachkapiteln, die 10-Minuten-Leistungen. Die magentafarbene Säule ist die Psychodiagnostik. Die Zahlen, die hier drüber stehen, sind die Anzahl der die jeweilige Leistung abrechnenden Ärzte. Hier sehen wir, dass Hausärzte doch recht viel Richtlinien-Psychotherapie erbringen, auch recht viel sprechen, relativ wenig Psychodiagnostik machen. Kinder- und Jugendpsychiater sind führend in der Testdiagnostik. Die Neurologen doch auch immerhin nicht wenig Testdiagnostik. Ich denke aber, dass das eher die Demenzdiagnostik dann sehr wahrscheinlich ist. Psychiater sind etwas mehr im Bereich der Gesprächsleistungen, aber auch die Antragspsychotherapie. Psychosomatische Medizin in dieser Darstellung sogar führend in den Gesprächsleistungen. Und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten haben auch noch einen Peak in der Testdiagnostik. Wenn wir uns jetzt die Behandlungsfälle je Arzt noch mal anschauen und noch mal die gleiche Säulenaufteilung haben, wie wir sie eben in der großen Zusammenschau hatten ... Also die vorige Darstellung war jetzt auf die gesamt abrechnenden Ärzte abgestellt, und wenn man jetzt pro Arzt der Abrechnungsgruppe schaut, ist die Darstellung jetzt insofern deutlich als die Gesprächsleistungen bei den Kinder- und Jugendpsychiatern, Neurologen, Psychiatern und bei der Nervenheilkunde doch stark genutzt wird. Also die Versorgung unterhalb der Richtlinienpsychotherapie in diesen Gruppen doch auch stark erfolgt, im Gegensatz eben zu Hausärzten, Psychosomatischer Medizin, Ärztliche Psychotherapie und Psychologische Psychotherapie. Wenn wir uns jetzt alle Leistungen noch mal je Arzt anschauen, fällt auf, wie eben schon mal gezeigt, dass die Kinder- und Jugendpsychiater mit den Gesprächsleistungen ... Also das ist jetzt erneut wieder pro Arzt die Darstellung, ich hoffe, das verwirrt jetzt nicht. Das Leistungsspektrum, das ein Arzt der jeweiligen Gruppe darstellt, zeigt, dass die Kinder- und Jugendpsychiater zwar auch wesentlich Richtlinien-Psychotherapie antragspflichtig erbringen, aber doch in höherem Maße ihr Leistungsspektrum im kinder- und jugendpsychiatrischen Gespräch haben. Neurologie hat auch relativ viele Gesprächsleistungen, Psychiatrie natürlich führend. Und hier in diesem Bereich sehen wir relativ wenig Unterschiede innerhalb der Gruppen. Also darauf beziehen sich noch mal die Grafiken, die als Nächstes kommen, weil die dich beziehen auf den Anteil der erbringenden Ärzte innerhalb der Fachgruppe. Das heißt, wenn Sie hier zum Beispiel gucken, es gibt Psychiater, die überhaupt vertragsärztlich tätig sind, von 2.118, aber nur 1.500 von denen rechnen Kapitel 35.2, also die antragspflichtigen Leistungen ab. Ich glaube, ich breche hier mal ab, weil das ist vielleicht doch zu kompliziert. Da bitte ich auch um Verständnis. Ich möchte auch nicht jetzt in Interpretationen kommen, die wir vielleicht in diesem frühen Stadium auch noch nicht so deutlich sagen können. Aber was wir mit Sicherheit sagen können, möchte ich zusammenfassen: Es gibt deutlich mehr Behandlungsfälle je Arzt bei den Psychiatern und Kinder- und Jugendpsychiatern. Bei diesen Fachgruppen werden auch die meisten unterschiedlichen Diagnosen je Behandlungsfall vergeben und es werden auch die meisten unterschiedlichen Diagnosen pro Praxis verschlüsselt. Die Hausärzte versorgen die größte Anzahl an Patienten, auch mit den meisten Leistungsziffern. Psychiater unterscheiden sich von den Psychosomatischen Medizinern und den Ärztlichen und

Psychologischen Psychotherapeuten im Diagnosespektrum und deutlich auch im Leistungsprofil. Und die Kinder- und Jugendpsychiater unterscheiden sich deutlich von den Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Und Rang 1 der codierten Diagnosen bei der psychologischen Fachgruppe ist in der Regel die Reaktion auf Belastung und Anpassungsstörungen. Damit wäre ich am Ende und hoffe, ich habe Sie nicht zu sehr verwirrt und freue mich auf die Diskussion nachher. Vielen Dank.

Prof. Sabine Herpertz: Vielen Dank, Frau Roth-Sackenheim, das war ja wirklich jetzt eine umfangreiche Datenbasis. Wir gehen gleich weiter und kommen zu Frau Dr. Goesmann. Frau Goesmann ist, denke ich, den meisten von Ihnen bekannt als Beauftragte des Vorstandes der Bundesärztekammer für psychotherapeutische Fragen. Den Vortrag hält sie aber jetzt vor allem als Hausärztin. Sie leitet nämlich eine große hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Hannover. Frau Goesmann, herzlichen Dank, dass Sie gekommen sind.

Dr. Cornelia Goesmann: Welche Patienten schicke ich wohin? – Der Hausarzt als Weichensteller

Sehr geehrte Frau Prof. Herpertz und Herr Prof. Herpertz, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, ich danke auch herzlich für die Einladung, heute kommen und zu Ihnen sprechen zu dürfen aus jetzt primär hausärztlicher Sicht auf die Dinge. Das ist jetzt ganz anders als das Zahlenmaterial, denn ich habe versucht, natürlich evidenzbasiert und wissenschaftlich fundiert, zur Frage „Was machen eigentlich Hausärzte mit psychisch kranken Patienten?“ Zahlen zu finden, aber es gibt schlicht keine und deswegen habe ich auch keine Folien mitgebracht. Ich kann also nur so die gefühlte Wirklichkeit aus der hausärztlichen Praxis darstellen und ich hoffe, dass ich vielleicht so einen kleinen Gegenpart zu den vielen Zahlen dann eben geben kann, wie es uns draußen geht. Sie haben ja schon gesagt, wir waren da die Hitliste, liebe Frau Roth-Sackenheim, mit den Zahlen. Das liegt natürlich auch daran, dass die Hausärzte die größte Gruppe an Versorgern unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sind. Aber eben auch daran, dass die Frage ist: Wohin geht der psychisch kranke Patient zuerst? Und da hab ich zwei Zahlen gefunden. Einmal war ich in dem Material zu lesen: 50 % der Patienten, die irgendeine seelische Belastung haben, wie auch immer die Diagnose lautet, gehen zuerst zu ihrem Hausarzt. Und die zweite Zahl aus dem Gesundheitsmonitor von 2008 war: 18 % gehen zum Hausarzt, 5 % zum Psychiater, 3 % primär zum Psychotherapeuten, und 80 % gehen erst mal nirgendwohin. Scheint mir auch der Wirklichkeit zu entsprechen, wobei ich sagen muss, wir haben also eine große Praxis zu dritt, zwei andere Kollegen und ich. Wir versorgen im Quartal etwa 2.500 bis 3.000 Patienten. Davon sind für mich, weil ich auch die Zusatzbezeichnung Psychotherapie habe und eben in der Richtung viel arbeite, gefühlte 50 % etwa psychisch überlagert, um es so vorsichtig auszudrücken. Also sicher die Hälfte der Patienten, die ich sehe, haben halt nicht nur mal Grippe oder einen verstauchten Finger, sondern 50 % kommen, weil eben ihre Beschwerden auch in irgendeiner Form psychisch überlagert sind. Kurzer Exkurs zu den Problematiken, wo ich jetzt wen hinschicke. Das haben wir ja auch schon gehört. Was mache ich denn eigentlich mit den Patienten, wenn ich meine, meine Kompetenz reicht nicht und ich möchte mir da fachliche Hilfe holen? Sie wissen, wir haben einen eklatanten Mangel an Psychiatern, an echten sozialpsychiatrisch arbeitenden, aber auch vielleicht anders orientierten psychiatrischen Kolleginnen und Kollegen. Und auch die Doppelfachärzte Neurologie/Psychiatrie, die es ja immer noch gibt, arbeiten meistens vorwiegend neurologisch. Wir brauchen auch gute Neurologen, das ist völlig klar. Aber es ist sehr schwierig, die Wartezeiten beim Psychiater sind im Augenblick auch in akuten Fällen etwa 6 Wochen in Hannover, also ich komme aus Hannover. Wir haben die Psychiatrischen Institutsambulanzen, die sich im Augenblick vermehren. Aber Sie kennen die Verträge dazu, die Vertragsleistungen, die gerade geändert worden sind. Die sollen natürlich eigentlich nur die ganz schweren Fälle, die aus der Psychiatrie entlassen werden, um die Drehtür Psychiatrie zu verhindern, weiter versorgen. Ich erlebe aber, dass da oft nicht Ärzte die Behandlung übernehmen, sondern eben auch die ganzen anderen Kolleginnen und Kollegen, die dort arbeiten, und dass die Patienten da nicht einfach hingeschickt werden können. Dann haben wir, wenn man mal guckt auf die Versorgungsdaten in der Region Hannover – Region Hannover ist also definiert, eine bestimmte Region um Hannover drum rum –, gibt es etwa 2.800 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Davon sind 900 Hausärzte und 500 Psychotherapeuten, ärztlicher wie psychologischer Art. Das heißt, eigentlich, müssten man sagen, ist das eine enorme Menge an Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten. Bei 500 zu 900 Hausärzten müsste ich doch

jemanden finden, wo ich einen Patienten/eine Patientin hinschicken kann, bei der ich eine Antragspsychotherapie für sinnvoll hielte. Aber Sie wissen selber, die Wartezeiten, haben wir eben auch schon gesehen, betragen etwa 3-5 Monate. Und auch für ein Erstgespräch dauert es oft ziemlich lange. Anderes Problem: Oft hätte ich ja gern eine Gruppenpsychotherapie. Haben wir eben auch schon gehört, gruppenpsychotherapeutische Angebote gibt es in Hannover überhaupt nicht mehr, außer für Ausbildungs- oder Weiterbildungskandidaten. Aber für Patienten kenne ich keinen einzigen Arzt oder auch anderen Psychotherapeuten, der noch Gruppe durchführt. Also haben wir lange Wartezeiten bei den Psychotherapeuten durch die bekannten Probleme: maximale Auslastung der Stunden, nicht volle Arbeitszeit usw. Also die Probleme sind uns ja allen bekannt. Und das führt dazu, dass ich eigentlich als Hausärztin erst mal meine Patienten selber irgendwie versorgen muss. Also wen schicke ich wohin? Ich glaube, wir sind uns darüber einig: Patienten mit schweren psychischen Krankheitsbildern, Suizidalität ganz klar, Delir, Unruhezustände, Katatonie hab ich auch schon zweimal erlebt, dass ich einen Hausbesuch machen musste, katatoner Patient, akute Halluzinationen, schwerste Angstzustände, schwere Depressionen – diese Patienten würde ich alle stationär einweisen, egal wie einfach oder schwierig das auch mit der Zwangseinweisung ist. Aber solche Patienten gehören natürlich in die nächste Psychiatrische Klinik. Demenzkranke nehmen zu, wissen wir alle, sind oft verwirrt, aggressiv oder von den Verwandten, die sie betreuen, nicht mehr gut händelbar. Würde ich, wenn nötig, zum Gerontopsychiater schicken. Aber Sie wissen, dass wir dort natürlich auch ein Versorgungsdefizit haben. Und letztlich bleiben diese Patientinnen und Patienten doch meistens eben beim Hausarzt in Behandlung. Und ich glaube, wir alle als Hausärzte müssen uns da eben auch das nötige Know-how für die Behandlung unserer ganz alten Patienten aneignen. Was ich sehr traurig und schwierig immer finde, sind Patientinnen und Patienten, die ich als Hausärztin lange kenne, und die entweder in so eine paranoid-halluzinatorische Phase rutschen oder auch manisch werden. Das kommt ja immer mal vor. Die Patienten merken ja, dass mit ihnen etwas nicht stimmt, aber die gehen ja nicht gleich zum Psychiater und sagen: Ich halluziniere. Sondern die sitzen plötzlich vor Ihnen und dann merken Sie, irgendwas verschiebt sich, irgendwas stimmt nicht. Und wenn Sie ein bisschen nachhaken, dann kommt die Idee: Ah, wahrscheinlich ist das doch eine beginnende paranoide Entwicklung. Den Patienten, sowohl den halluzinierenden als auch den Manikerinnen und Manikern, das ist ja auch immer ganz spannend, wenn jemand nicht nur einfach immer gut drauf ist, sondern sie irgendwann merken: Das ist schwieriger, da musst du was tun. Die zum Psychiater oder zur Psychiaterin zu bringen, ist ganz schwierig, das wissen Sie selber. Meistens klappt das erst, weil wirklich eigentlich nie eine Krankheitseinsicht da war bei allen Fällen, die ich überblicke, wenn dann irgendwann eine Zwangseinweisung nötig wird, weil die Umgebung das nicht mehr akzeptieren kann. Dann waren das natürlich die kleinen Anteile in der Hausarztpraxis, das sehen Sie ja nicht so häufig. Das, was Sie häufig sehen, sind eben die Fälle mit Somatisierungsstörungen, Krisen, psychischer Dekompensation, Burn-out, Erschöpfung, Mobbing. Das ist so mein täglich Brot. Ich würde schätzen, dass ich jeden Tag die Hälfte meiner Patienten mit diesem Range an Störungen sehe. Und dass dann natürlich die Aufgabe des Hausarztes/der Hausärztin ist zu gucken: Was mache ich da? Da habe ich noch eine Zahl gefunden. Gerade las ich, dass eine extreme Zunahme natürlich auch dieser Fälle in der täglichen Praxis zu registrieren ist. Im Jahr 1993 waren Krankschreibungen aufgrund von diesen Diagnosen, also der leichteren psychischen Störungen, von 13 % registriert worden, im Jahr 2010 schon von 38 %. Und ich glaube, dass die Patienten, wenn sie zu mir kommen, wenn sie sagen „Ich bin erschöpft, ich kann nicht mehr, nehmen Sie mich raus, ich werde gemobbt, ich bin ausgebrannt, ich weiß nicht mehr weiter“, zum Hausarzt erst mal kommen, weil sie herausgenommen werden wollen aus ihrer Situation. Und das Wichtigste,

das frage ich dann natürlich auch immer ab, was ich für sie tun kann, ist erst mal krank schreiben, rausnehmen aus dem Umfeld. Und natürlich ist es immer besser, wenn diese Patienten eine Krankschreibung vom Hausarzt bekommen als vom Psychiater. Ich glaube, das ist allen klar, sodass meistens auch die Fortschreibung und die weitere Betreuung schon aufgrund der AU-Zeiten durch den Hausarzt erfolgen sollte, egal, wo ich dann hinschicke. Mir ist wichtig, wenn wir mal auf die größte Gruppe der Somatisierungsstörungen, also der psychosomatischen Störungen, gucken, dass ich, wenn ein Patient mit einem solchen Angebot kommt – und wir nennen das immer: Ein Symptom ist die Eintrittskarte für die Hausarztpraxis, also ich brauche ein Symptom, sonst darf ich da nicht hingehen –, dann gucke ich erst mal: Würden Sie sagen, Ihnen geht es psychisch schlecht oder ist es was anderes? Und bei einem Großteil der Patienten kommt dann schon, dass sie sagen: Nee, Sie haben Recht, diese Symptome, ich hab ein Problem, eine Krise, mir geht's schlecht, Scheidung, beruflich Probleme. Jedenfalls finde ich es sehr wichtig, zwar mit dem Patienten anzusprechen, ob es sich um eine psychische Überlagerung seiner Probleme handeln könnte, oder ob er meint, es ist wirklich eine rein körperliche Störung. Und dann auch in jedem Fall eine klare körperliche Diagnostik zu machen. Also der Hausarzt hat schon die Aufgabe, erst mal zu veranlassen, dass die Symptome – Herzrasen, Schlafstörungen, Magenschmerzen, Durchfall, was immer wir da hören –, dass das abgeklärt wird, nicht dass doch noch etwas Organisches dahintersteckt. Und der Patient ist natürlich auch eher bereit, an der psychischen Seite zu arbeiten und da was zu tun, wenn er weiß, somatisch ist alles in Ordnung. Also klare Abklärung. Das ist, denke ich, ureigenste hausärztliche Aufgabe, da der Lotse zu sein und die Abklärung zu machen. Und dann für diese Patienten, und ich mache da jetzt mal eine große Gruppe eben derjenigen, die psychisch nicht mehr weiter können, somatisieren, Angst haben, ausgebrannt sind, ein Gesamtkonzept zu entwickeln. Das empfinde ich schon als meine Aufgabe. Mein Gesamtkonzept heißt, dass ich überlege: Wo gehört dieser Patient hin? Krankschreibung ist klar. Eventuell, wenn es um Mobbing geht, die betriebliche Seite klären. Wenn es ein Patient ist, der tatsächlich eher einen Rentenwunsch hat, noch mal zu gucken: Wollen wir das wirklich? Geht es wirklich in diese Richtung? Ist es ein Patient, der schnell wieder arbeiten möchte: Ist es sinnvoll eine Reha zu organisieren? Und das wäre natürlich alles das, was wir so überlegen. Die Frage ist: Wohin schicke ich dann noch? Ich sagte schon, welche Patienten ich zum Psychiater schicke, das ist ja klar, das habe ich vorhin gesagt. Bei den meisten Patienten, die jetzt mit den Beschwerden aus dem depressiven Formenkreis kommen, würde ich persönlich immer abfragen: Wollen wir ein multimodales Behandlungskonzept fahren, bestehend aus medikamentöser Behandlung, Psychotherapie und den ganzen sozialen Maßnahmen? Und die meisten Patienten entscheiden sich sehr klar, was sie wollen. Viele sagen: Nein, erst mal keine Medikamente, das schaffe ich auch so. Ist völlig okay. Aber es gibt auch Patienten, die sagen: Nein, ich will gar keine Psychotherapie, ich will da nicht drüber reden und ich schaffe das alleine, aber eine kleine Tablette, die mir hilft, meinen Alltag besser zu bewältigen, das ist auch okay. Also es gibt kein klares Konzept, es ist einfach individuell zu entscheiden, was der Patient möchte. Und wenn er sehr klar weitergeschickt werden möchte zu anderen Fachärzten, sei es Psychiater, seien es Psychotherapeuten, psychosomatische Kolleginnen und Kollegen, vielleicht auch in die Psychosomatische Klinik, dann wird das natürlich gemacht. Jetzt fragen Sie mich: Wie schicke ich denn zum Psychotherapeuten? Und das ist das große Problem. Über die Wartezeiten haben wir schon gesprochen. Ich regele das in der Regel so: Wenn das jemand ist, wo ich sage, das ist jemand, der braucht unbedingt, wie auch immer, entweder verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch fundiert, eine Psychotherapie, dann kümmere ich mich manchmal selber und empfehle Kolleginnen und Kollegen in der Umgebung, die ich gut kenne, und wo ich dann auch vielleicht mal selber anrufe

oder versuche, etwas zu organisieren. Aber in der Regel sage ich dem Patienten: Sie können im Internet die Liste der hannoverschen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – das ist nicht differenziert zwischen Psychologen und Ärzten – herunterladen. Dann grenzen Sie es bitte ein pro Stadtteil, pro Region, wo Sie wohnen, wie auch immer. Wir machen also dann eine Auswahl aus diesen 500. Kommen Sie mit der Liste wieder, und ich sage Ihnen, welcher dieser Therapeuten – denn die meisten kenne ich ja – zu Ihnen passen würde. Und dann gucken wir so ein bisschen, weil es macht keinen Sinn, dass die Patienten eine Liste mit 300 Leuten haben und versuchen, die anzurufen, sondern wir grenzen das schon ein. Und in der Regel gelingt es mit so einem Prozedere dann auch, ein oder zwei Kolleginnen und Kollegen zu finden, die ein Erstgespräch anbieten. Und dann muss man leider sagen, das ist ja ungezielt. Unsere Frage ist ja: Kann man langfristig ein passgenaues, wirklich für jeden Patienten zielgerichtetes Behandlungsangebot in der Psychotherapie finden, oder ist es eher eben immer noch Zufall, wo jemand dann am Ende landet? Und es ist eigentlich mehr im Augenblick Zufall, muss man sagen, dass man vielleicht gerade noch verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch bahnen kann, aber auch das klappt manchmal nicht. Also das ist das, was im Augenblick eigentlich möglich ist, trotz der Fülle der Therapieangebote. Sie wissen, dass ich natürlich auch die Möglichkeit habe, einzuweisen in Psychotherapeutische Kliniken, Psychotherapeutische Reha. Das machen wir alles, aber ich kann nur sagen, ich entscheide wirklich sehr individuell und gucke möglichst: Was braucht dieser Mensch, der jetzt vor mir sitzt? Und manchmal gelingt es mir auch dann, Patienten langfristig zu begleiten. Wir haben sie gesehen, die Zahlen der hausärztlichen Begleitung. Ich glaube, dass das ureigenste hausärztliche Gespräch und die lebenslange Begleitung einer Patientin oder eines Patienten sicherlich auch sehr dankbar sind für diejenigen, die gerne zu uns kommen. Eins will ich noch am Ende erwähnen. Es gibt was Neues, es gibt die internetbasierte psychotherapeutische verhaltenstherapeutisch-basierte Intervention. Das ist das Neueste auf dem Markt. Wir sind gerade dabei, vom Hausärzte-Verband aus und von der Bundesärztekammer aus mal zu prüfen: Macht es Sinn, zur Überbrückung der Wartezeit bis zu einer Psychotherapie, die ja meist erst nach 3-5 Monaten angefangen werden kann, den Patientinnen und Patienten so ein Internetprogramm zu geben, wo sie auf verhaltenstherapeutischer Basis – also ich habe da reingeguckt – erst mal mit Fragebögen, dann mit klaren Verhaltensansagen versuchen, selber sich strukturiert mit ihren Beschwerden auseinanderzusetzen? Und das scheint etwas zu sein, was auch durchaus nicht Psychotherapie ersetzen kann, aber wo wir als Hausärzte – wir wollen da so ein Programm auflegen – vielleicht auch denjenigen von uns, die sich nicht so gut auskennen, etwas an die Hand geben können, wo Patienten Wartezeiten überbrücken können. Denn ich sage es noch mal, es gibt natürlich auch Hausärzte – das werden Sie mir jetzt entgegenhalten –, die sagen: Da will ich gar nichts von hören, gehen Sie mal zum Psychologen, der weiß schon, was Ihnen fehlt. Das gibt es immer noch, aber ich würde meinen, dass die Mehrzahl der Hausärzte inzwischen sehr differenziert sich auskennt und auch differenziert, so wie ich es dargestellt habe, versucht, ein optimales Behandlungskonzept für ihre Patienten zu finden. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Prof. Stephan Herpertz: Frau Goesmann, herzlichen Dank für den sehr beeindruckenden Vortrag, nämlich mal aus der Sicht eben der Allgemeinmedizin und insbesondere des Hausarztes. Ich komme zu unserem nächsten Referenten. Ich habe die Ehre und auch die Freude, Herrn Matzat aus Gießen anzukündigen. Vielleicht zwei Attribute: Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses, und da im Unterausschuss Psychotherapie – Sichtweise Patienten. Und das andere halt eben, dass Ihnen die Leitung der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen obliegt und eben, das finde ich auch ganz interessant, Ihr Thema: Psychotherapeuten in der Wahrnehmung des Patienten.

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat: Psychotherapeuten in der Wahrnehmung der Patienten – Erfahrungen aus der Beratungspraxis

Ich bedanke mich auch für die Einladung. Das tut man ja immer, in diesem Fall vielleicht etwas mehr noch als andere, weil es ja doch noch nicht so ganz selbstverständlich ist, Patientenvertreter mit dazuzuholen, obwohl es mehr und mehr heutzutage auch üblich ist, und ich glaube, das dient allen Beteiligten. Ich komme aus Gießen, wie Sie lesen. Wenn Sie Gießen nicht kennen, haben Sie touristisch nichts versäumt. Sie sollten vielleicht wissen, das ist auch eine der besonders gut versorgten Regionen in Deutschland. Manchmal sage ich als Scherz, außerhalb von Manhattan die höchste Analytikerdichte. Freiburger werden mir vielleicht widersprechen. Also es ist eigentlich eine Region, wo man denken sollte, das Problem ist gar kein Problem, aber Sie werden gleich hören, ist es doch. Kurz kommentieren muss ich auch noch den Titel. Am Anfang wurde ich aufgefordert, über Psychotherapeuten in der Wahrnehmung von Patienten zu sprechen. Das hab ich dann erst mal abgebremst ein bisschen. Das hätte geklungen, als könnte ich Ihnen jetzt irgendwelche Studien vorlegen oder sonst was, das ist nicht der Fall. Ich glaube, es gibt sie auch nicht. Wenn es sie gibt, dann kenne ich sie nicht. Wiewohl es natürlich Forschung über Patientenmeinungen gibt. Die Seligmann-Studie kennen einige von Ihnen, die Replikation von Hartmann, in diesem Jahr sind Ergebnisse von Albani aus Leipzig vorgestellt worden. Also man kümmert sich schon so ein bisschen mehr jetzt auch drum, was Patienten eigentlich selber meinen. Es wurde eben schon gesagt, dass ich aus zwei Perspektiven hier sprechen kann. Das eine ist die Leitung einer Selbsthilfe-Kontaktstelle. Im nächsten Jahr mache ich das seit 25 Jahren, Glückwünsche werden auch heute schon entgegen genommen. Also doch eine ziemlich lange Zeit verfolge ich das Geschehen in diesem Bereich. Selbsthilfe-Kontaktstellen sind für alle Themen zuständig. Ich bin ein Generalist von Profession. Menschen rufen an, weil sie eine Krebserkrankung haben, Alkoholprobleme, Depressionen, ein verstorbenes Kind, eine Trennung hinter sich oder was auch immer, und fragen, ob es Gruppen von gleichermaßen Betroffenen gibt. Manchmal rufen sie mich zu Supervisionen hinzu. Also ich erfahre ein bisschen über das Innenleben und die Probleme, die dort besprochen werden. Das Zweite, der G-BA ist schon erwähnt worden. Dort bin ich auch als Patientenvertreter tätig. Und ganz wichtig ist hier noch mal zu sagen, es gibt vier Patientenorganisationen, die von der Bundesregierung, vom Gesundheitsministerium akkreditiert sind, da sachkundige Personen, wie es so schön heißt, hinschicken. Es geht also nicht in dem Falle um meine persönlichen Erkrankungen, sondern um Legitimation durch Verfahren. Aus diesem Kontext kennen ja einige von Ihnen mich schon. Ich hätte als Drittes vielleicht noch sagen können, dass ich in etlichen Leitlinien-Kommissionen, wo ja auch viele von Ihnen aktiv sind, als Patientenvertreter tätig bin. Auch das ist immer ein interessantes Fenster in die Realität unseres Gesundheitswesens, wo man zum Beispiel auch kennenlernt, wie die verschiedenen Berufsgruppen der Ärzte und der Psychologischen Psychotherapeuten da um ihre Positionen ringen, selbstverständlich immer im Gewande der Sachkunde und der Evidenz usw. Also bei mir ist das heute anders, ich kann keinerlei Evidenz für mich in Anspruch nehmen. Ich spreche hier auch nicht als Verbandsvertreter, ich bin da nicht von irgendwelchen Interessen angetrieben, sondern, wenn Sie so wollen, ein bisschen Eminenz vielleicht durch die lange Beschäftigung mit diesen Themen. Der Psychobereich im Rahmen der Selbsthilfe – wir gehen ja davon aus, dass es inzwischen etwa 100.000 Selbsthilfegruppen gibt. Wenn ich vor Studenten rede, lasse ich die immer mal raten, wie viele es gibt. Das habe ich Ihnen jetzt erspart, wahrscheinlich wären Sie nicht gerade

in diese Dimension gekommen. Ein kleiner Teil nur beschäftigt sich explizit mit psychologischen Fragestellungen, also Angst, Depression, all diese Dinge, die hier genannt worden sind. Es gibt keine bundesweite Interessenvertretung dieser Patienten, anders als es bei Indikationsbereichen der somatischen Medizin der Fall ist. Das ist ja auch klar, weil Psychotherapie sich ja nicht an eine bestimmte Krankheit richtet, sondern ein Querschnitt ist, ähnlich wie es ja auch keine Chirurgiepatienten gibt. Was mir besonders ein Anliegen ist, ist hinzuweisen, dass wir sehr viele Anfragen in diesen Selbsthilfe-Kontaktstellen – das sind ja professionell geleitete Einrichtungen, noch nicht die Selbsthilfegruppe – von Menschen nach psychologischen Themen, oft auch mit den Begriffen, die Sie eben genannt haben, Mobbing, Burn-out, also diese Non-Diagnosen, die heutzutage gerne benutzt werden. Und eben vielfach ist es eine verdeckte Therapiesuche. Ich frage routinemäßig alle Menschen, die zu solchen Themen bei mir anrufen: Sind Sie auch in Psychotherapie? Waren Sie in Psychotherapie? Könnten Sie sich vorstellen, in Psychotherapie zu gehen? Und ganz oft ist natürlich neben der Antwort „Ja, ich bin schon“ oder „Ich war schon“ bis hin „Ja, mein Therapeut hat mir doch geraten, bei Ihnen anzurufen“, ganz oft ist die Antwort „Ich würde ja gerne, aber ich weiß gar nicht, wie man das macht“. Und dazu habe ich Ihnen mal hier ein Beispiel mitgebracht, in dem Fall war es eine Anfrage per E-Mail und wurde von einer Angehörigen geschrieben, aber das tut, glaube ich, wenig zur Sache: „Ich denke, eine psychotherapeutische Behandlung wäre sicherlich sinnvoll, das habe ich mit ihr auch schon mal erwogen. Sie war allerdings der Meinung, die Kasse würde das nicht zahlen, und wenn, dann müsse sie erst zu einem Neurologen, nur der dürfte eine Psychotherapie verordnen, und dort möchte sie aber nicht hin.“ Das ist, ob durchschnittlich oder nicht, jedenfalls so, was das Volk weiß über die Versorgungslage. Wenn ich nun die Antwort kriege, Menschen haben sich kundig gemacht oder haben sich auf den Weg gemacht, dann frage ich sie: Welche Quellen haben Sie da genutzt, wie sind Sie vorgegangen? Ganz häufig die Hausärzte. Nicht umsonst haben Sie hier auch gesprochen. Das ist immer noch die allerhäufigste Quelle. Wenn ich ein Gesundheitsproblem habe, gehe ich nicht ins Internet, sondern ich gehe zu meinem Hausarzt. Die Kompetenz der Hausärzte in dieser Frage ist nur nach meinen Erfahrungen, sagen wir mal, bipolar. Also Sie haben jetzt natürlich ein Musterbeispiel uns vorgeführt von einer Hausärztin, die da kundig ist, die sehr engagiert ist. Ich frage das immer ganz vorsichtig ab, weil ich auch niemandem zu nahe treten will: Könnten Sie sich vorstellen, mit Ihrem Hausarzt drüber zu reden? Es gibt ja solche und solche, es gibt ja welche, die da ein Ohr für haben, es gibt welche, die da ganz taub sind. Und schon an der Stelle gibt es meistens emotionale Äußerungen. Entweder es wird gelacht: Mit dem kann ich über so was gar nicht reden. Oder: Ja, der hat mir den Mut gemacht, bei Ihnen anzurufen, der hat mir auch geholfen, überhaupt solche Listen zu kriegen, mit dem hab ich übrigens auch schon mehrfach über diese ganzen Probleme gesprochen und der hat mir gesagt, „Sie sind nicht verrückt, sondern ...“ usw. usw. Also sehr, sehr unterschiedliche Erfahrungen. Dann gibt es natürlich einfach diese Listen, die Sie eben auch schon erwähnt haben. Die werden einem gerne mal so in die Hand gedrückt als Patient. Man kann eigentlich nichts damit anfangen. Der einzige Vorteil ist, im Unterschied zu den Gelben Seiten, das sind Listen von kassenzugelassenen Therapeuten. Das ist ja vielleicht eine gewisse Qualitätskontrolle und heißt jedenfalls, die Kasse wird es in der Regel dann übernehmen und man landet nicht bei Heilpraktikern für Psychotherapie und sonstigen Dingen. Dann gibt es natürlich heutzutage die Internetrecherche. Man surft mal so rum. Vielfach, wenn ich Menschen dann frage: Wie sind Sie denn bei mir gelandet? Dann können die diese Frage nicht beantworten: Ei, ich war halt im Netz. In Hessen fängt man den Satz mit „ei“ an. Ei, ich war halt im Netz. Und wie man da gesucht hat, das kann am Ende keiner mehr nachvollziehen. Häufige Frage: Ich suche einen Spezialisten. Für Fahrstuhlängst zum Beispiel, oder sonst etwas. Also die Vorstellung, die

genährt wird durch Focus-Untersuchungen „Die 10 besten Ärzte in Deutschland“, es gäbe einen Spezialisten, den muss ich nur finden, dann wird er das ganz schnell klären können. Das Zahnarztmodell, das ist sozusagen eine persönliche Theorie von mir, so habe ich meinen Zahnarzt gefunden. Ich habe einfach mal so rumgefragt: Zu wem gehst denn du, zu wem gehst denn du und wie ist denn der so? Und dann irgendwann verdichtet sich das, zwei Leute nennen denselben, der ist zufällig auch im Nachbarhaus zu meiner Arbeitsstelle, dann hab ich gedacht: Dann gehe ich da mal hin. Also das ist nicht besonders rational. Man verlässt sich, wie im Leben ... Irgendwie: Ich will nach Rom, kennst du ein schönes Hotel? Und dann verlässt man sich irgendwie da drauf. Natürlich, sehr viel Versuch und Irrtum. Leute telefonieren halt die Listen ab, die sind alphabetisch geordnet. Der Schlaue fängt mal von unten an, bei W. Aber ansonsten landet man irgendwie, durch irgendeinen Zufall ... Die meisten sagen auf dem AB, dass sie zurückrufen, tun es aber nicht. Irgendeiner tut's dann mal und dann bin ich halt bei dem gelandet. Das erklärt wahrscheinlich einen Teil der Abbrüche. Wo ist Veränderungsbedarf aus meiner Sicht? Natürlich, es ist schon genannt worden, die Wartezeiten. Das ist natürlich geradezu skandalös, kann man sagen, in unserem Gesundheitswesen, sowohl zum Erstkontakt als auch dann noch mal zum Therapiebeginn. Die Schnittstellenproblematik. Es ist ja von Herrn Härter darauf hingewiesen, wir haben sehr viele stationäre Behandlungen in Deutschland, zum Teil ja dezentral. Der Gießener Bürger kommt von der Ostsee zurück oder aus dem Schwarzwald, und da ist ihm im besten Fall noch gesagt worden: Machen Sie mal irgendwie eine Psychotherapie. Dann weiß er natürlich nicht, was da passiert. Er ist nach einem bestimmten Behandlungskonzept stationär behandelt worden, das kennt er gar nicht, kann also deswegen auch gar nicht einen passenden Therapeuten suchen. Einen dringenden Bedarf würde ich darin sehen, dass es irgendwelche Anlaufstellen gibt, wo man irgendwie hinkommen kann, wo man klären kann, worum es geht. Herr Härter freut sich über das „shared decision making“. Sie haben ja gesagt, es gäbe keine Methode, oder so ähnlich. Dann haben Sie uns aber eine gesagt, nämlich das ist „shared decision making“, was Sie gemacht haben. Sie haben mit Patienten drüber geredet: Es gibt verschiedene Wege, und was für Sie vielleicht im Moment der beste ist, weiß ich nicht, aber wir können es gemeinsam rauskriegen. Hilfe bei der Suche nach passenden Therapeuten, natürlich ein ewiges Problem. Auch dafür haben Sie eine wunderbare Lösung genannt, Sie haben genannt: Ich kenne die alle. Das gilt für mich in Gießen auch. Ich kenne die alle, habe in Gießen studiert, da wohnt man in Wohngemeinschaften, da geht man in bestimmte Kneipen, man spielt Fußball, man spielt Tennis, man macht Ausbildung und dann kennt man die Konsorten. Ich habe zum Test zur Vorbereitung dieses Vortrages mal Leute gefragt, niedergelassene Kollegen, und die Prüffrage war: Wenn jemand aus Pusemuckel dich anruft, was kannst du denn dann sagen? Niemand hat eine Antwort. Man hat eine Antwort zu Hause, das ist ja auch sehr schön. Das heißt, man kennt sich zu Hause ganz gut aus. Und die Passung, das muss ich Ihnen nicht sagen, ist ja wahrscheinlich das Geheimnis jeder erfolgreichen Therapie. Also der Psychodschungel ist ein Psychodschungel, deswegen heißt er auch Psychodschungel, und ein Großteil der Unklarheiten kommt natürlich durch den Wirrwarr der Bezeichnungen. Behandlung chronischer Patienten, auch das ist schon gesagt worden, ist für mich ein großes Problem. Natürlich wird man nicht wie die Richtlinie ... Wenn man die Richtlinie liest, ich habe es nur teilweise gelesen, aber da denkt man immer, die haben noch die Vorstellung: Da ist jemand krank und dann kommt der in Therapie und dann wird der gesund. Also so, wie man Infektionskrankheiten behandelt. Das ist ja bei vielen Menschen nicht der Fall. Über die besonderen Bedarfe körperlich Kranker ist schon gesprochen worden. Ein wichtiger Punkt ist aus Patientensicht die Einbeziehung von Partnern und Angehörigen, sehr oft höre ich das. Natürlich verschanzen sich die Therapeuten immer hinter der Schweigepflicht, die stationären schon und gar

die ambulanten. Also es gibt offenbar keine Tradition von Paargesprächen, Familiengesprächen, Nutzung von cotherapeutischen Potenzialen, der Fremdanamnese und so was. Und ich glaube, das hat nur zum Teil mit der real existierenden Schweigepflicht, die für Patienten ja sehr wichtig ist, zu tun, sondern es hat, glaube ich, mit anderen Dingen zu tun, wird vielleicht nicht bezahlt oder keine Ahnung was. Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist ein hohes Gut. Ich bin Ihnen dankbar, wenn Sie alle sich mit einreihen, die zu verteidigen. Werden Sie ja tun, weil Sie davon leben, aber auch alle anderen sind eingeladen, sie zu verteidigen. Und natürlich ist das mehr als nur die Richtlinien-Therapie. Ich finde, dass die Richtlinien-Psychotherapie sehr wichtig ist, weil sie sozusagen die Therapieform ist, die wirklich richtig den Namen verdient. Anderes wird auch gerne als psychotherapeutisches Tun verkauft, ist aber eben doch was anderes. Das heißt, man braucht irgendwo einen Orientierungspunkt, der sagt: So ist es eigentlich. Es wird nicht immer das Eigentliche gebraucht, es muss auch anderes geben. Anderes kann auch angemessen sein, aber jeder Angriff auf die Richtlinien-Psychotherapie muss irgendwie auch abgewehrt werden, so sehe ich es. Aber es wird eben auch anderes gebraucht. Wir haben vorhin ja gehört, dass bestimmte Arztgruppen viel mehr Patienten – kann man sagen, versorgen? – also sagen wir mal, sehen, also irgendwas mit denen machen. Ob das was Angemessenes ist oder was Unterdosiertes, das wissen wir jetzt natürlich aus den Zahlen erst mal nicht. Und dann haben wir eh wieder das Problem: Wer kann eigentlich was oder wer kann was am besten zunächst mal indizieren? Also zunächst mal einem Patienten sagen: Für Sie wäre das Beste das und das. Sie nehmen das schon als Hausärztin für sich in Anspruch zu sagen: Ich empfehle mal VT oder eher psychodynamisch. Ich frage mich: Wie viele Psychotherapeuten tun das? Wie oft kommt das vor, dass ein Psychodynamiker sagt: Es ist schön, dass Sie zu mir gekommen sind, aber ich glaube, es wäre besser, Sie würden zu einem Kollegen gehen. Weiß nicht, gibt es da Zahlen drüber? Das würde mich mal interessieren. Also das Indizieren ist noch mal etwas anderes als das Durchführen. Und was nun da wirklich der Unterschied ist zwischen psychologisch, psychiatrisch, psychosomatisch, hat, glaube ich, mehr mit Standespolitik in vielen Fällen zu tun als mit irgendwelchen Inhalten. „Verwirrt nicht die Verwirrten!“, das war mal so ein Titel, das kommt mehr aus der Sozialpsychiatrie, ist hier nicht ganz angemessen, aber es hat mir einfach so gut gefallen. Sie tragen halt zur Verwirrung der Menschen natürlich bei durch all diese Zusatztitel und Facharztstitel. Fachgebundene Psychotherapie, das habe ich neulich erst kennengelernt. Was das ist, hat mir noch ... Also wofür wird das jetzt wieder gebraucht? Also es ist ganz schwierig. Dann gab es mal diesen Facharztstitel und dann jenen, und dann Übergangsregelungen und so was. Das heißt, diese Titel, das will ich damit eigentlich nur sagen, sind für den Patienten natürlich völlig nutzlos. Ich komme darauf zurück: Es muss irgendwelche Ansprechstellen geben, wo man erst mal hingehen kann, im Grunde so was wie ein psychotherapeutischer Hausarzt. Also wenn es mich irgendwie am Bauch zwickt, dann gehe ich erst mal zu Ihnen und dann sollen Sie mir sagen: Ab in die Klinik, oder mal ein bisschen weniger essen oder was auch immer. Und weil ich Sie ja gewählt habe als Hausärztin, glaube ich Ihnen erst mal. Das ist ja eine Setzung: Ich wähle Sie und dann glaube ich Ihnen. Und so etwas gibt's eben im psychologisch-psychotherapeutischen Bereich sehr wenig. In Gießen, muss man sagen, hat man das Glück, es gibt mindestens vier verschiedene Ambulanzen – Uni-Psychiatrie, Psychiatrisches Landeskrankenhaus, Uni Psychosomatik, Ausbildungsinstitut Psychoanalyse, Ausbildungsinstitut VT. Also wir haben fünf Ambulanzen, das ist schon mal ganz nett. In Pusemuckel ist aber halt keine. Und Herr Rüger, vielleicht können Sie sich dran erinnern, vor vielen Jahren habe ich mal gesagt: Wäre das nicht eine Lösung? Alle Menschen erst mal durch die Uni-Ambulanzen. Da haben Sie gesagt: Nein, in Göttingen arbeiten wir ganz anders. Also noch nicht mal im universitären Bereich kann man davon ausgehen. Gut. Das ist natürlich jetzt nur die Werbeeinblendung, kleiner Block muss sein. Vergessen

Sie nicht die Selbsthilfe. Immerhin fand ich es schön, dass auch die Beratungsstellen genannt worden sind. Aber einen gewissen Teil können eben auch Selbsthilfeeinrichtungen übernehmen, insbesondere als komplementäre Maßnahme oder in der Nachsorge. Vielen Dank.

Prof. Stephan Herpertz: Herr Matzat, vielen Dank. Und ich denke, da war ja auch die eine oder andere Steilvorlage für die spätere Diskussion auch dabei.

Prof. Sabine Herpertz: Rolle der ärztlichen Psychotherapie – zum laufenden Projekt der BÄK

[Projektvorstellung nicht transkribiert]

[Pause]

Podiumsdiskussion: Zukunft der ärztlichen Psychotherapie

Prof. Sabine Herpertz: (...) Ich bin Frau Nothacker sehr, sehr dankbar, dass sie diese Aufgabe übernommen hat, zumal sie ganz kurzfristig eingesprungen ist für Frau Prof. Kopp. Ich würde Frau Nothacker kurz vorstellen. Frau Nothacker ist selber Gynäkologin und Spezialistin für Geburtshilfe natürlich. Und Frau Nothacker ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin und leitet hier den Bereich Wissenschaftsmanagement und Internes Qualitätsmanagement. Sie ist auch häufiger AWMF-Leitlinienberaterin gewesen und bis heute Beraterin, und von daher sehr erfahren in der Moderation von Veranstaltungen, wo es um Qualitätssicherung in der Medizin geht, noch einmal herzlichen Dank.

Dr. med. Monika Nothacker: Vielen Dank für die freundliche Einführung, Frau Herpertz. Also ich möchte Ihnen hier zunächst einmal die Diskutantinnen und Diskutanten auf dem Podium vorstellen. Ich fange mal an, ganz rechts sitzt Frau Prof. Ulrike Lehmkuhl. Sie ist Ärztin für Neurologie und Psychiatrie, aber auch Diplom-Psychologin. Ihre Facharzttitel umfassen außerdem Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie und Psychoanalyse. Und sie ist Direktorin der Klinik hier an der Charité für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Und Frau Lehmkuhl, Sie sind auch Lehranalytikerin der DGIP und der DGPT, Sie waren dort auch im Vorstand tätig. Und zusätzlich ist sie noch von der Bundesärztekammer entsandtes Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, seit 13 Jahren. Herr Matzat haben wir schon kennengelernt, da darf ich mich sehr kurz fassen. Er leitet, wie er selber gesagt hat, seit fast 25 Jahren die Selbsthilfe in Gießen, ist GBA-Mitglied des Ausschusses Psychotherapie als Patientenvertreter und hat auch in verschiedenen Leitlinien in dem Bereich, u. a. beim RZQ der nationalen Versorgungsleitlinien Depression mitgewirkt. Dann links neben mir Herr Prof. Beutel, er ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz. Sie sind auch Diplom-Psychologe, aber eben auch Arzt für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Vorstandsvorsitzender des DKPM, Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin, und auch von der BÄK entsandter Stellvertreter im Beirat Psychotherapie. Herr Prof. Hohagen leitet die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatik und das Zentrum für Psychosoziale Medizin in Lübeck. Sie haben also zwei Kliniken dort. Sie sind Mitglied im Vorstand der DGPPN, dort auch Beisitzer für Fort- und Weiterbildung. Sie sind Supervisor für Verhaltenstherapie, Sie sind seit 2003 Leiter der Section for Off-Psychotherapy der Europäischen Psychiatrischen Vereinigung, und sind hier geladen als Sprecher der Ständigen Konferenz Ärztlicher Psychotherapeutischer Verbände. Und ganz außen Frau Goesmann, die Sie schon kennen, die Sie zunächst jetzt als behandelnde Hausärztin sprechen gehört haben. Aber Frau Goesmann ist Beauftragte des Vorstands der Bundesärztekammer für Fragen der Ärztlichen Psychotherapie auch, und als Vertreterin der Bundesärztekammer – sie war ja bis Mai Vizepräsidentin der Bundesärztekammer auch – sitzt sie jetzt hier auf dem Podium. Es geht um das Selbstverständnis der Ärztlichen Psychotherapie, und so, wie ich verstanden habe in der kurzen Einarbeitungszeit, die mir geblieben ist, auch vor allem in Zeiten einer wachsenden Anzahl von Psychologischen Psychotherapeuten. Was macht genau den Ärztlichen Psychotherapeut aus? Wir haben hier drei unterschiedliche Fachärzte sitzen, das sind die Kinder- und Jugendpsychiater, das sind die Ärzte für Psychosomatische Medizin und die Psychiater. Und die Frage ist: Gibt es ein gemeinsames Selbstverständnis dieser Ärztlichen Psychotherapie? Wo sind die Unterschiede? Was

kann man tun? Und ich bin jetzt sehr gespannt und möchte die erste Frage an Sie richten, Herr Prof. Hohagen, weil Sie mir gerade noch erzählt haben, dass Sie eine Klinik für Psychotherapie haben und nun auch gerade eine Klinik für Verhaltenstherapie, wo wir ja wissen, dass das sehr viel von Psychologischen Psychotherapeuten gemacht wird. Was ist Ihrer Ansicht nach Ihre Stärke? Was macht genau den Mehrwert der Ärztlichen Psychotherapie aus?

Prof. Dr. Fritz Hohagen: Also zunächst glaube ich, dass so ein Gemeinsames auch zwischen den einzelnen Nachbardisziplinen der Mehr-Ebenen-Ansatz sein könnte. Also wir wollen der Komplexität des Menschen gerecht werden, und der hat nun mal eine biologische, eine soziale und eine psychische Ebene. Und so sind auch unsere Behandlungskonzepte gestaltet, sodass wir biologisch orientierte Therapieverfahren wie die Pharmakotherapie, dann sozialtherapeutische Interventionen und natürlich die Psychotherapie als wichtige Behandlungsmethode haben. Und ich glaube, das ist eine Stärke der Ärztlichen Psychotherapie, wie sie in Psychosomatik und Psychiatrie auch praktiziert wird, dass diese Methodenkombination möglich ist. Psychotherapie ist, denke ich, für die psychosozialen Fächer eine unverzichtbare Methode. Wenn ich mir mein Diagnosespektrum in der Klinik anschau, sind 50 % meiner Patienten primär psychotherapeutisch zu behandeln. Also die Frage ist: Was soll ich mit denen machen, wenn nicht Psychotherapie? Aber ich kann eben in der Diagnostik und in der Therapie kombinieren auch mit den anderen Ebenen. Und das ist möglicherweise jetzt in Abgrenzung zur Psychologischen Psychotherapie teilweise da nicht so möglich. Das Zweite ist, dass wir sehr stark komorbide Patienten haben. Und das war ja gerade in dem Vortrag von Frau Roth-Sackenheim sehr beeindruckend, dass die einfache Diagnose bei uns überhaupt nicht mehr vorkommt oder ganz selten ist, sondern in der Regel ist es eine depressiv Erkrankte mit einer Persönlichkeitsstörung, vielleicht mit Benzoediazepin-Abhängigkeit und einer Angststörung. Und da muss ich eben Methoden kombinieren können, um dieser Komplexität gerecht zu werden. Und der letzte Punkt: Ich glaube, dass der Ärztliche Psychotherapeut anders sozialisiert ist. Er hat ein Medizinstudium hinter sich und hat ganz andere Krankheiten gesehen, verglichen mit dem Psychologischen Psychotherapeuten. Ich bilde ja sehr viele Psychologen an meiner Klinik aus und wir haben wirklich das Problem, dass junge Anfängerinnen – es sind ja meistens Anfängerinnen – dann weinend zu uns kommen, weil sie die Schwere der Krankheit überhaupt nicht kennen auch aus den Ausbildungsinstituten, und wir extra eine fallzentrierte Interaktionsgruppe jetzt für unsere Psychologischen Psychotherapeuten eingerichtet haben, damit sie also als (UNVERSTÄNDLICH)-Äquivalent auch mit diesen schweren Erkrankungen dann umgehen können und lernen, da auch einen Zugang zu finden. Während der Medizinstudent doch mit sehr schweren Krankheiten auch konfrontiert wurde in teilweise dramatischem Kontext, und Operationen, Sterben, Tod, und auch sehr, sehr ausgeprägten Krankheitszuständen, sodass ich glaube, dass auch diese Prägung des Medizinstudiums ganz wesentlich zur Ärztlichen Psychotherapeutischen Identität dann beiträgt.

Dr. med. Monika Nothacker: Vielen Dank. Das bestätigt – ich hatte gestern noch mit einer Studienkollegin gesprochen, die in einer Psychosomatischen Klinik arbeitet und die genau das von den Psychologen erzählt hat, dass einfach zum Teil die Krankheitsbilder in der Schwere zwar gelesen wurden, aber eben nicht erlebt wurden. Herr Prof. Beutel, Sie sind ja Psychosomatiker, und man könnte ja jetzt nach Herrn Hohagens Vortrag sagen: Ja, der Medizinstudent, der hat ja schon das ganze Krankheitsspektrum erlebt, warum brauche ich extra noch einen Arzt für Psychosomatische Medizin, der Psychotherapie macht? Geht's wirklich genau um die chronischen Erkrankungen, ist das der Unterschied?

Prof. Manfred Beutel: Nun, von der Tradition her erwuchs ja Psychosomatische Medizin einmal aus der inneren Medizin und zum anderen aus der Psychoanalyse. Und daraus entstand natürlich die Tradition eines biopsychosozialen Krankheitsmodells. Ich glaube, da haben wir überhaupt keinen Unterschied an dem Punkt, aber auch eine Tradition eines sehr stark beziehungsorientiert, psychotherapeutisch orientierten Versorgungsansatzes. Und was Sie angesprochen haben speziell, ich glaube, ein ganz wesentlicher Bereich der Psychosomatischen Medizin ist ja in der Schnittstelle zur Somatischen Medizin. Und da geht es um somatopsychische Störungen, also Stephan Herpertz hat es ja am Anfang besprochen. Unser Gesundheitssystem ist ja im Wesentlichen mit chronischen körperlichen Erkrankungen befasst, jetzt zunehmend natürlich auch mit chronischen psychischen Erkrankungen. Aber auch die chronischen körperlichen Erkrankungen sind halt eben mit einer hohen psychischen Komorbidität gekennzeichnet. Und das sind natürlich Patienten, für die natürlich der erste Weg nicht zum Psychologen führt oder Psychologischen Psychotherapeuten, sondern die natürlich eine ärztliche Unterstützung suchen, alleine schon aufgrund der Grundkrankheit und aufgrund des Krankheitskonzepts. Auch zusätzlich, Stichwort somatoforme Störung, da haben wir vorhin gesehen, das schien auf den ersten Blick gar nicht zu differieren, wie ich es vielleicht erwartet hätte. Aber wenn man dann bei den Folien mal versucht, irgendwie einen Quotienten zu bilden, war ich dann doch etwas beruhigt, dass es zumindest bei den Psychosomatischen Fachärzten doch deutlich häufiger schien. Aber ich glaube, das sind so Auswertungen, die muss man im Detail natürlich dann noch mal genau machen. Das lässt sich auf die Schnelle sicher nicht nachvollziehen. Aber auch das sind natürlich Patienten, wo ja genau diese Schnittstelle eine ganz entscheidende Rolle spielt. Ich glaube, ein Aspekt, der noch nicht so zur Sprache gekommen ist, ist ja, dass psychische Krankheit auch ein ganz entscheidender Risikofaktor für die Prognose einer somatischen Erkrankung ist. Also das heißt, das wissen wir beispielsweise aus der Psychokardiologie, das wissen wir auch aus der Psychodiabetologie, dass natürlich nicht nur doppelt so viele Herzinfarktpatienten unter einer Depression leiden, sondern auch umgekehrt, eine Depression das Herzinfarktrisiko mindestens verdoppelt, je nach Ausprägung und Art der Depression. Und ich denke, das sind gute Argumente, warum man nicht bei einem rein psychologisch-psychotherapeutischen Konzept stehen bleiben sollte, sondern eben im Sinne eines psychosomatischen Modells doch auch es anstreben sollte, also diese beiden Sichtweisen wirklich in der Diagnostik und auch in der Behandlung zusammenzuführen, natürlich auch in der Ausbildung.

Dr. med. Monika Nothacker: Vielen Dank, beide Antworten finde ich gute Argumente für die Ärztliche Psychotherapie, und die Unterschiede, vielleicht kommen wir da später noch mal darauf, wie man die dann gewichten könnte. Frau Prof. Lehmkuhl, Herr Voigt als Kinderarzt kann ja heute nicht da sein, er hat noch Statements geschickt zu vorbereiteten Fragen, und ich würde die gerne vielleicht kurz vorlesen, wie also der Arzt für Kinder- und Jugendmedizin seine Rolle und auch in der Schnittstelle zum Überweisen sieht, und würde Sie dann einfach gerne fragen, ob Sie dem folgen, oder welche eigenen, welche anderen Aspekte Sie sehen bei der spezifischen Rolle der Ärztlichen Psychotherapie im Kinder- und Jugendalter. Also ich habe schon gelernt, dass es Unterschiede gibt zum Erwachsenenalter einfach in der Art der Erkrankungen. Und für mich am deutlichsten auch war die unterschiedliche Art der Diagnosen zwischen Kinder- und Jugendpsychiatern und den Psychologen. Das war mir bei den Kinder- und Jugendärzten am deutlichsten. Und so schreibt der Herr Vogit, dass der Kinder- und Jugendarzt aufgrund seiner sozialpädiatrischen Weiterbildungsinhalte zwar qualifiziert ist, Störungen zu erkennen, aber ein Hauptproblem, das Pädiaters in der Praxis, schreibt er, ist die fehlende Zeit für die erforderliche und sehr zeitaufwendige

Diagnostik. Und erschwerend kommt hinzu, dass sich das auch nicht rechnet wirtschaftlich. Von daher, sagt er, werden Kinder oder Jugendliche mit Problematiken vom Pädiater einem Kinder- und Jugendpsychiater überwiesen, um dort die erforderliche Testdiagnostik und Differenzialdiagnostik erbringen zu lassen. Wir hatten ja auch an den Folien gesehen, dass sehr viele diagnostische Leistungen erbracht werden in diesem Bereich. Die Fachkompetenz der Kinder- und Jugendpsychiater ist vor allem bei der Differenzialdiagnostik von Komorbiditäten zum Beispiel sehr bedeutsam und unverzichtbar. Und die Zusammenarbeit mit den Psychologischen Psychotherapeuten ergibt sich eher in den Situationen, wenn eine psychotherapeutische Behandlung, und hier sagt er explizit, eine Verhaltenstherapie erforderlich ist. Er sagt, da gibt es einen Mangel, so verstehe ich das hier, an Ärztlichen Therapeuten, die Verhaltenstherapie anbieten. Er sagt hier auch, bei eindeutigen Diagnosen erfolgt häufig direkt die Überweisung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Wie sehen Sie das, Frau Prof. Lehmkuhl, aus Ihrer Sicht, ist das so die spezifische Rolle, oder würden Sie sagen, das ist doch etwas verkürzt dargestellt?

Prof. Ulrike Lehmkuhl: Also ich glaube, das ist sehr verkürzt, dass nicht nur die niedergelassenen Kollegen, sondern auch unsere Ambulanz dafür, ich sage mal bewusst, missbraucht wird, kräftig Diagnostik zu machen. Für uns rechnet sich das genauso wenig, oder für die niedergelassenen Kollegen, umfangreich Diagnostik zu machen, die aber natürlich unabdingbar ist, damit jedes Kind hochspezifisch wirklich das bekommt, was es braucht, und nicht im Gießkannenprinzip irgendwie Ergotherapie oder irgendwie Krankengymnastik oder sonst was, um mal von der Psychotherapie noch gar nicht zu reden, bekommt, nur damit irgendwas getan wird. Also ich glaube, das wäre schon sehr sinnvoll, wenn man da auch das Wissen und die Möglichkeiten, die die Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten haben, auch nutzen könnte. Dann hätten die, die ausgebildet sind in Verhaltenstherapie, wahrscheinlich auch mehr Zeit, wirklich Verhaltenstherapie anzubieten und müssten nicht so viel diese anderen Sachen machen oder auch machen lassen oder mindestens supervidieren und dann beurteilen und einschätzen: Was macht man nun damit und wie geht es weiter und was ist notwendig? Im Übrigen gilt eigentlich alles, was Herr Hohagen und Herr Beutel gesagt haben, auch für die Kinder- und Jugendpsychiater, bloß dass wir häufig mindestens noch immer eine ganze Familie dann dazu haben, mit der wir uns irgendwie beschäftigen müssen, denn da ist es selbstverständlich, das wurde ja vorhin in einem Vortrag gesagt, wir müssen mit den Eltern reden. Und bei mindestens jedem dritten Kind haben wir ja Patchwork-Familien, also haben wir zwei. Und heute haben wir im Studentenunterricht zufällig ein Mädchen besprochen, da haben wir sage und schreibe fünf verschiedene Sorten von Geschwistern gehabt, nur Geschwister, die die einfach sozial als Geschwister erlebt hat, weil aus den verschiedenen Verbindungen ... Mit all diesem Zeug müssen wir uns halt beschäftigen. Das ist so das eine. Und ich denke, dass bei den Kindern und Jugendlichen halt schon sehr wichtig ist, dass dieses medizinische Wissen da ist, weil es mag ein verzerrter Eindruck sein mit so einer Klinik, die an der Universität angesiedelt ist und wo eine Riesenkinderklinik ja auch in unmittelbarer Nachbarschaft ist, wir haben, glaube ich, überhaupt keinen einzigen Patienten mehr, auch nicht in der Ambulanz, der nur eine Diagnose hat. Nicht weil wir so diagnosefreudig sind, sondern weil die einfach wirklich multimorbide sind. Wir müssen Kinder auf Herztransplantationen und Lebertransplantationen vorbereiten, damit die überhaupt bereit sind, sich zu operieren. Es wird genauso erwartet, dass wir den Kindern Coping-Strategien beibringen, damit die mit ihrem Diabetes besser zurecht kommen. Nebenbei dürfen wir dann noch irgendwelche Anpassungs- und Belastungsstörungen behandeln. Häufig sind Eltern noch sehr krank. Also es ist wirklich sehr komplex, sehr viel. Und dieses Phänomen, dass – ich habe ja nun selber Psychologie

studiert und kann das ganz gut beurteilen, auch was man da mitkriegt, ich hab erst Medizin studiert, will ich auch gerne dazu sagen –, also das kenne ich auch, dieses Phänomen, dass die Psychologischen fassungslos vor einem stehen, allerdings auch die Männer zum Teil, ein bisschen später meistens, und sagen: Das hab ich mir überhaupt nicht vorstellen können. Oder: Das halte ich nicht aus. Und manche es auch wirklich beenden und nicht fortsetzen, weil sie sagen: Ich kann es nicht. Und dann was ganz anderes machen. Also da denke ich schon, dass man das bedenken sollte. Ein zweites Problem ist für unser Fach sicherlich, dass wir gar nicht ein verpflichtendes Fach sind für Staatsexamen. Das heißt, es gibt garantiert in ganz Deutschland ganz viele Medizinstudenten, die sehr erfolgreiche Staatsexamen machen und vielleicht bestenfalls mal eine Doppelstunde, eine Vorlesung vielleicht in der Kinderheilkunde oder in der Psychiatrie gehört haben, und noch gar nicht richtig registriert haben, dass das ein anderer Facharzt ist, der da vorne steht, als in diesem großen Block, in dem die sich wiedergefunden haben. Das ist sehr unterschiedlich in den einzelnen Bereichen. Aber hier in Berlin ist es zum Beispiel so. Es geht so weit, dass jemand, der bei uns PJ machen will, vorher unterschreiben muss, dass er einverstanden ist und weiß, dass er nur in Erwachsenen-Psychiatrie geprüft wird, obwohl er die Hälfte seiner PJ-Zeit in der Kinderpsychiatrie verbracht hat. Also so weit zu der Akzeptanz auch des Faches auch unter Kollegen. Das, finde ich, muss man auch alles wissen, wenn man sich so fragt: Warum sieht es auch in der Szene oft so schwierig aus? Gut, der Facharzt ist der jüngste sicherlich von den Dreien. Es sind auch immer noch nicht genug, obwohl wir kräftig gewachsen sind im Laufe der Jahrzehnte. Das waren viel weniger, als Frau Schaff und ich fast zeitgleich mal in den Ring gegangen sind, um uns damit zu beschäftigen. Es sind immer noch nicht genug, aber es ist eben auch nicht so furchtbar attraktiv. Es gibt viele, viele Ebenen, das ist ein Punkt. Ein anderer ist auch, wenn man halt so zum Tester sozusagen missbraucht wird, ist das auch nicht sehr glücklich. Da muss es sicher vernünftige Lösungen geben. Und genauso wenig fand ich es gut, das hab ich noch ganz am Anfang erfahren, dass die Psychologen in den Kliniken nur als Tester gebraucht wurden und keine Psychotherapien häufig machen durften. Also das finde ich schon sehr viel ausgeglichener, denn die haben oft ein ganz spezifisches Wissen, was man auch nutzen kann. Aber es ist tatsächlich so, da gebe ich wieder jetzt Herrn Voigt recht, um auf seine Anmerkungen zurückzukommen, bei sehr eindeutiger Diagnostik und auch möglichst einer Diagnose, dann sind die häufig sehr erfolgreich, weil dann ist die Indikation ja auch sehr klar und dann kann man ja auch sehr klar sagen: Da sollte eine Verhaltenstherapie und möglicherweise sogar fast noch so weit gehen, eher DBT-, eher CBT- oder so basiert das Ganze vonstatten gehen. Oder auch eine andere Therapiemöglichkeit, während das bei diesen komplexen Sachen wirklich nur auf multimodaler Ebene geht.

Dr. med. Monika Nothacker: Vielen Dank. Herr Matzat, Sie haben vorhin vom Psychodschungel geredet und haben gesagt, psychologisch, psychosomatisch, psychiatrisch, das ist eigentlich dem Patient egal. Sie haben jetzt drei Statements gehört, wo, ich denke, doch eine ganze Menge an Information drin war, warum vielleicht ein Ärztlicher Psychotherapeut gebraucht wird. Würden Sie sagen, es könnte doch einen Unterschied machen für den Patienten?

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat: Natürlich kann es im Einzelfall einen ganz entscheidenden Unterschied machen, und ich bin völlig einverstanden, was hier gesagt worden ist. Die beiden Stichworte für mich ist einmal Krankheitswissen inkl. reduzierter Angst, wenn man das kennt, und in Verbindung damit natürlich auch die Möglichkeit, Psychopharmaka oder überhaupt pharmakologische Produkte an den Mann und an die Frau zu bringen. Das dürfen die Psychologen ja nicht. Manche von denen hätten das

gern, aber das ist eine andere Debatte. Das heißt, da spielt wieder die Passung eine Rolle: Ist das ein Patient, für den das unabdingbar ist von der Sache her oder wo es gewünscht ist – wir haben das Beispiel ja vorhin gehört –, oder der eben dagegen gerade avers ist. Solange in den Köpfen der Menschen eher ist „Die Psychiater, die behandeln einen ja nur mit der chemischen Keule“, dann ist das natürlich gerade ein Grund, nicht dahin zu gehen. Also es müsste eben deutlich gemacht werden, dass die chemische Keule schon ein bisschen jetzt in den Rucksack gepackt ist und andere Dinge jedenfalls auch passieren. Oder auch, dass pharmakologische Unterstützung auch vielfach sinnvoll sein kann etc. Also um es noch mal zusammenzufassen, ich finde das absolut sinnvoll und versuche das auch, soweit ich es kann, in meiner Beratung auch mit unterzubringen. Also wenn eben da Patienten von sich aus oder auf Nachfrage körperliche Erkrankungen nennen, also mir begegnet das oft zum Beispiel im Falle einer Krebserkrankung, da kann man jetzt sagen: Das hat eigentlich mit der Depressionsbehandlung jetzt gar nicht so weiter zu tun. Oder man kann sagen: Es ist ganz gut, wenn der Behandler da nicht erschrickt. Oder wenn es schon einen Herzinfarkt gegeben hat, dann kriegt eben ein Arzt vielleicht tendenziell weniger Angst um den Patienten als ein Psychologe. Ich wollte aber gern noch eine zweite Bemerkung zu den drei Statements vor mir jetzt machen. Wir dürfen, glaube ich, nicht außer Acht lassen, dass jetzt hier drei Chefs von Universitätskliniken – und eine Chefin natürlich – geredet haben. Das hat natürlich mit der Versorgungslandschaft, ich will mal sagen, nur ganz vermittelt zu tun, um es diplomatisch auszudrücken. Vielleicht um eine Geschichte aus der Realität beizusteuern: Ich habe im Vorfeld mal so ein paar Leute gefragt, und zum Beispiel einen Menschen, der hat einen Facharztstitel in Psychosomatischer Medizin und für Innere Medizin. Und da hab ich den gefragt – also jetzt ein bisschen scherzhaft, Sie wissen jetzt schon, wie ich mich ausdrücke –, ob er jemals Patienten anfasst. Und da hat er gesagt: Um Gottes Willen! Also das ist jetzt scherzhaft, aber Sie verstehen, was ich sagen will. Da findet natürlich keinerlei internistische Medizin statt. Das findet in Kliniken natürlich statt und dafür sind die auch gut, und deswegen weist man auch Patienten in Kliniken ein. Mit der Versorgungsrealität hat das wenig zu tun. Ein zweites Beispiel aus dem Bereich der sogenannten Psychiatrie und Psychotherapie, da bin ich auf einen Fall gestoßen, wo jemand zwei halbe Sitze hat. Und auf meine Frage, wie er den Patienten behandelt, hat er gesagt: Na ja, es kommt drauf an, zu welchem Sitz der Patient kommt. Sie ahnen schon, an dem einen Sitz wird Psychotherapie gemacht und bei dem anderen eben, was der Psychiater so macht, er spricht ein bisschen und gibt ein Medikament.

Dr. med. Monika Nothacker: Vielen Dank. Frau Goesmann, Sie haben vorher ja als Hausärztin gesprochen, jetzt sitzen Sie hier als Vertreterin der Bundesärztekammer. Wir haben gehört, Hausärzte sind die erste Anlaufstelle in 50 %. Das heißt, es macht unheimlich viel Sinn, dass Hausärzte sehr gut auch psychotherapeutisch weitergebildet sind. Wir haben auf der anderen Seite lange Ausbildungen, haben, glaube ich, zusammen mit den Kindern- und Jugendpsychiatern sieben verschiedene Facharztstitel, die man in unterschiedlicher Art und Weise erwerben kann. Was sollte die Bundesärztekammer für die Verbesserung und Schärfung des Profils Ihrer Ansicht nach bei der Ärztlichen Psychotherapie tun, also über dieses laufende Projekt, wo wir quasi einen Status quo erheben, natürlich hinaus.

Dr. Cornelia Goesmann: Vielen Dank für die Frage. Ja, natürlich darüber hinaus, aber wichtig war ja, dass wir den Status quo erst mal erheben. Dass es uns als Bundesärztekammer wichtig war, zu fragen: Was empfinden denn Ärztinnen und Ärzte wirklich als Spezifika der Ärztlichen Psychotherapie? Wo unterscheiden wir uns von Psychologischen Psychotherapeuten? Wo können wir uns Profil schärfen? Wo brauchen wir deutlich mehr Nachwuchs? Wir haben ja jetzt gerade auch gehört, was die Spezifika sein könnten, wo wir sagen: Da müssen Patienten auch dringend eben von Ärztinnen und Ärzten mit psychotherapeutischer Kompetenz behandelt werden. Und wenn wir das wissen, also wenn diese drei Forschungsprojekte uns auch denkbare und dankbare Antworten liefern, dann, denke ich, müssen wir in den Weiterbildungskonzepten der Bundesärztekammer arbeiten und müssen gucken: Wo müssen wir das einfüttern? Wie muss der Nachwuchs der Zukunft erst aus-, dann weitergebildet werden, damit da eben auch die Psychotherapeuten rauskommen, die die Patienten wirklich brauchen? Dann hat das natürlich auch etwas mit Fortbildungskonzepten zu tun. Dann ist die Frage eben auch: Hausärztliche Weiterbildung – haben Sie eben auch angesprochen –, was muss ein Hausarzt können über die psychosomatische Grundversorgung hinaus? Also das, was hier jetzt in dem Zusammenhang und in größeren Zusammenhängen diskutiert wird, muss einfließen in die Diskussion bei der Bundesärztekammer. Wir machen ja regelmäßig die Kontakte mit der STAeko, um zu hören: Was wird uns eben von den Fachleuten auch angetragen als Bundesärztekammer, wo haben wir Handlungsbedarf? Und ganz wichtig für mich ist eben wirklich die Frage Nachwuchsmangel. Haben wir nicht nur im hausärztlichen Bereich, sondern eben im P-Bereich auch. Wie können wir da helfen als Bundesärztekammer? Und dann ist die Frage, wie, obwohl wir natürlich ein gutes Verhältnis zur Bundespsychotherapeutenkammer und auf Länderebene zu den Psychotherapeutenkammern der Psychologen haben wollen, können wir jetzt auch gemeinsam die Direktausbildung zum Psychotherapeuten verhindern, was das BMG möchte. Das wäre noch ein Anliegen, wo wir jetzt wirklich eng dran sind, um zu sagen: Das ist das, was wir alle gar nicht wollen, sondern wir wollen wirklich nach dem Medizinstudium die spezifische Weiterbildung, um eben da das somatische und das sozialtherapeutische und das psychotherapeutische gemeinsame Behandeln zu ermöglichen.

Dr. med. Monika Nothacker: Ich möchte noch mal Herrn Beutel fragen: Herr Beutel, wie viel medizinisches Wissen braucht der psychotherapeutisch tätige Arzt? Muss er wirklich Facharzt für Innere Medizin sein?

Prof. Manfred Beutel: Wir haben ja in der Weiterbildungsordnung für Psychosomatische Medizin derzeit verankert, dass man ein Jahr in einem somatischen Fach, also da bietet sich natürlich Innere Medizin an, aber es sind auch andere Fächer möglich, und ein Jahr Psychiatrie braucht, und drei Jahre Psychosomatische Medizin. Facharzt für Innere Medizin sicher nicht. Ich denke, wir würden ja

kooperativ mit anderen Fachdisziplinen natürlich zusammenarbeiten, auch im ambulanten Bereich. Das ist völlig klar. Trotzdem glaube ich, dass unabdingbar ist, eben um diese somatopsychischen Störungen effektiv zu behandeln, dass man eben beide Seiten auch kennen und verstehen muss. Ich glaube aber, wenn man jetzt sich fragt – Schärfung des Profils, das war ja, glaube ich, die Frage. Und ich glaube schon, dass wir da auch im Bereich der Psychosomatischen Medizin zukünftig auch mehr tun sollten. Ich glaube, was man jetzt doch gerade sieht, ist, dass psychosomatisches Denken doch zunehmend Eingang findet auch in die internationalen Leitlinien. Also es ist hier in Deutschland natürlich eine AWMF, auch international. Hier sind ja auch viele Vertreter in den Leitlinien, in den verschiedenen kardiologischen Leitlinien, in den diabetologischen Leitlinien oder auch in psychoonkologischen, das hatten wir Anfang der Woche. In diesen Bereichen hat man ja doch immer mehr spezifisches Wissen, also über psychosomatische Zusammenhänge, würde ich sagen, und über Behandlungsansätze. Und da müssen wir uns natürlich auch selbstkritisch fragen, wie weit die bisher in einem Facharzt-Curriculum abgebildet sind. Wir haben ja eine Zertifizierungswelle, die ja wahrscheinlich kaum eine Grenze findet, aber die natürlich auch eine gewisse Berechtigung darin hat, dass es eben inzwischen auch sehr spezifisches Wissen gibt eben an vielen Stellen. Und ich glaube, da müssen wir auch mit der Weiterbildungsordnung wahrscheinlich auch entsprechend Schritt halten und auch wirklich schauen, dass diese wichtigen Bereiche dann auch in dem Facharzt integriert sind, und nicht, dass man dann einen Facharzt macht und dann sieht, dann braucht man vielleicht noch einen Internisten, dann braucht man noch eine Zusatzzertifizierung in Psychoonkologie, eine in Psychokardiologie, in Psychodiabetologie. Das macht natürlich überhaupt keinen Sinn. Aber ich glaube, umgekehrt müssen wir das aufgreifen und natürlich auch unser Profil entsprechend schärfen. Und da würde ich einen wichtigen Ansatzpunkt sehen.

Dr. med. Monika Nothacker: Ich würde gerne noch mal auf die unterschiedlichen psychotherapeutischen Verfahren zu sprechen kommen, also wo so dieses laienhafte Verständnis ist: Der Psychologe macht Verhaltenstherapie und der Ärztliche Psychotherapeut macht mehr tiefenpsychologisch orientiert Psychoanalyse. Die Psychoanalyse und Tiefenpsychologie dauern traditionell etwas länger. Wie sehen Sie die Schärfung des Profils bei der Ärztlichen Psychotherapie hinsichtlich der unterschiedlichen Verfahren und auch hinsichtlich der Evidenz, die hinter diesen unterschiedlichen Verfahren steht, Herr Hohagen oder Herr Beutel, Frau Lehmkuhl?

Prof. Dr. Fritz Hohagen: Na ja, sagen wir mal so, die psychoanalytischen Verfahren haben sich klassisch eben aus der Medizin heraus entwickelt, da steckt auch ein medizinisches Krankheitskonzept dahinter, und haben in der Medizin eine große Verbreitung gehabt. Deswegen ist das noch so eine gewisse Tradition, dass Mediziner – wobei sich das auch verändert – auch schwerpunktmäßig tiefenpsychologisch ausgebildet sind. Meine erste Psychotherapieausbildung war auch eine tiefenpsychologische, insofern kenne ich den Weg, wie man so in die Psychotherapie reinkommt. Die Verhaltenstherapie hat sich nun mal traditionell aus der Psychologie heraus entwickelt, aus dem Experiment, und ist deswegen eher eine psychologische Disziplin gewesen. Das verschmilzt jetzt. Also man kann sagen, dass bei den Psychiatrischen Universitätskliniken eigentlich die Grundorientierung eher eine verhaltensmedizinische, verhaltenstherapeutische geworden ist. Das war vor einigen Jahren noch anders. Und dass jetzt eigentlich so in der dritten Welle ja auch Psychotherapieverfahren entwickelt wurden, wo die Grenzen zwischen den Orientierungen ja auch verschwinden. Also CBASP beispielsweise, Behandlung chronischer Depression, ist ein Psychotherapieverfahren, wo ich Elemente aus der Tiefenpsychologie habe und Elemente aus der

Verhaltenstherapie. Die Zuordnung, und das hab ich auch, als ich noch Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat war, auch gemerkt, war bei einzelnen Studien sehr, sehr schwer geworden und wurde lange diskutiert, sodass da auch bei aller Verschiedenartigkeit der Grundorientierungen, die sicher da sind, aber auch in der klinisch-praktischen Ebene sehr viele Berührungspunkte entstanden sind. Ich denke, das, was wir fordern müssen, ist, dass Psychotherapie, die wir anwenden, auch wirkt. Das heißt, eine Evidenzbasierung, das heißt, die Evaluationsforschung ist wichtig. Und da, würde ich sagen, ist wenig Unterschied zwischen der Ärztlichen und der psychologischen Psychotherapie. Also Psychotherapie ist eine Methode, die von verschiedenen Berufsgruppen, von Psychologen und von Ärzten, angewandt werden kann. Und ich denke, insofern ist das jetzt kein so trennscharfes Kriterium zwischen den Berufsgruppen.

Prof. Manfred Beutel: Also stimme mit Ihnen grundsätzlich überein. Wenn ich vielleicht noch ergänzen darf, es ist natürlich schon so, wenn wir von Ärztlicher Psychotherapie reden und so an Anwendungsbereiche wie zum Beispiel Psychokardiologie denken – wobei ich das jetzt nicht als Sonderbereich darstellen muss, das hat sich halt einfach so eingebürgert –, aber wenn man an solche Bereiche oder an solche Patientengruppen denkt, an solche Probleme, Ansätze, dann kann man natürlich nicht mit einem reinrassigen psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Ansatz vorgehen, sondern man würde natürlich schon sehr stark störungsbezogen arbeiten. Also ich denke, in dem Punkt sind wir uns einig. Und ich glaube, auch zur Ärztlichen Psychotherapie gehört sicher dazu, dass man auch verschiedene Behandlungsmodulare und Behandlungstechniken erlernt. Das kann man sicher nicht so ganz hundertprozentig auf eine Therapieschule zuschneiden. Trotzdem, ich musste so ein bisschen schmunzeln, als Sie gesagt haben, die analytischen Richtungen sind alle viel aufwendiger und teurer. Das stimmt natürlich jetzt auch nicht so ganz. Nach den Richtlinien ist es ja inzwischen so, dass tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Verfahren vergleichbare Anforderungen stellen, jetzt was die Behandlungen betrifft, und auch etwa gleich viel kosten. Die Psychoanalyse spielt hier natürlich eine Sonderrolle, das ist klar.

Dr. med. Monika Nothacker: Frau Lehmkuhl, wie sehen Sie das für die Kinder- und Jugendpsychiatrie?

Prof. Ulrike Lehmkuhl: Ich weiß es nicht genau, aber ich glaube, dass wir schon sehr lange eher gucken: Was wirkt bei welcher Störung? Weil natürlich auch die Behandelbarkeit von Kindern Grenzen hat, also was man denen so an Psychotherapie oder an anderen Maßnahmen zumuten kann. Und das ist eigentlich in den Kliniken Gang und Gebe, und in den Praxen, wenn ich so Arztberichte lese von denen, auch nicht so ganz anders. Das sind schon eher wenige Kinder, die uns zugewiesen werden, die wirklich jetzt nur, ich sage mal, lupenrein schulenspezifisch bis dato nur behandelt worden sind und wo es dann irgendwann nicht mehr weitergeht aus irgendeinem Grund. Also das ist uns so vertraut. Und durch die PiAs, die wir ja auch haben, da ist immer so ein interessanter Prozess. Die haben ja nicht getrennte Räume, sondern die reden ja auch miteinander, wie so jeder beim anderen auch Vorteile sieht oder auch sagt dann: Das, finde ich, liegt mir mehr. Aber auch so doch interessant finden, was man auch noch meinetwegen für andere Techniken oder so verwenden kann, um sich einfach eher dem Problem und der Problemlösung zu nähern und nicht um jetzt zu sagen: So, jetzt bin ich auf meiner ganz strengen Linie. Also da habe auch ich sicher – ich bin ja primär auch Psychotherapeutin und Analytikerin – viel Verhaltenstherapie gelernt, aber nie eine Ausbildung gemacht, geschweige denn abgeschlossen, da habe ich sicherlich auch viel im Laufe meines Berufslebens dazugelernt und auch erfahren, also eine Einbettnässer-Behandlung ist einfach

verhaltenstherapeutisch wirklich unschlagbar erst mal. Wobei oft bei Komorbidität das andere dazukommen muss. Wenn dann sozusagen das vordergründige Problem erst mal im Griff ist, dann entpuppt sich ja häufig dann auch noch was anderes dahinter. Und da denke ich, das ist so die Stärke der Kinderpsychiater auch, dass die das hoffentlich merken und mitkriegen und dann auch die richtige Indikation stellen.

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat: Ich wollte auch noch mal etwas sagen zu der Ärztlichen Psychotherapie. Das ist ja jetzt hier Ihr Thema und Sie haben natürlich das Recht, Ihr Thema so zu wählen und so zu nennen, wie Sie es möchten. Für mich ist das nicht besonders sinnvoll. Ich glaube nicht, dass es eine Ärztliche Psychotherapie gibt, so wie es eine Psychologische Psychotherapie gibt, sondern es gibt Psychotherapie in all ihren Facetten, die eben von Ärzten und von Psychologen ausgeübt wird mit den jeweiligen Stärken und Schwächen, wie wir jetzt einiges schon angesprochen haben. Man kann ja zum Beispiel sagen, die Ärzte haben zweifellos ein höheres Krankheitswissen, aber die Psychologen haben vermutlich möglicherweise ein höheres Sozialwissen möglicherweise. Also von daher, es ist jetzt nicht so, dass Ärzte per se einfach der überlegene Berufsstand sind. Dann wollte ich noch etwas sagen zu den Therapieschulen. Es ist für mich immer von großem Amüsement, die Patienten oder die Menschen, die bei mir anrufen, Ratsuchende, die in Psychotherapie sind oder gewesen sind, die frage ich dann natürlich immer: Sagen Sie mal, da gibt's ja so verschiedene Richtungen und Schulen und so, können Sie denn sagen, was für eine Art Therapie Sie da gemacht haben oder gerade machen? Die häufigste Antwort, wie gesagt, der Hesse fängt mit „ei“ an: Ei, das ist so eine Gesprächstherapie. Und damit ist natürlich nicht gemeint nach Rogers und Tausch, sondern damit ist gemeint: Das Besondere an diesem Menschen ist, im Unterschied zu allen anderen Ärzten, wo ich sonst hingehere, der spricht mit mir, und es gibt noch was viel Wichtigeres, der hört mir nämlich zu, und zwar länger als 30 Sekunden am Stück. Und da macht der Patient keinen Unterschied, das spielt überhaupt gar keine Rolle. Einen Unterschied macht, wenn ich dann nachfrage: Wie oft treffen Sie sich denn da, ist das so einmal die Woche für 50 Minuten oder ist das seltener? Wenn der dann sagt: Na ja, nee, das ist vielleicht so einmal im Vierteljahr, dann so für 10 Minuten. Dann würde ich sagen, okay, dann denke ich mir, eine Psychotherapie ist das eigentlich nicht. Das wäre dann eine Fälschung, wenn man das Psychotherapie nennen würde, was nicht heißt, dass es nicht eine adäquate Betreuung für diesen Menschen sein kann. Aber Psychotherapie würde ich es nicht nennen. Letzter Punkt zu den Mischformen, die es da jetzt gibt. Das ist jetzt nur so ein persönliches Statement, dem Patienten ist das auch ziemlich egal. Ich finde einerseits, dass die Schulbindung ja natürlich Nachteile hat, das wissen wir alle. Aber die Praxis, auch das ist schon gesagt worden, ist ja doch ziemlich aufgeweicht. Also es gibt ja Befunde darüber, auf was für Tagungen sich Psychotherapeuten rumtreiben, und da nimmt das Fremdgehen doch erstaunlich erfreulich zu. Und neulich hat auch mal jemand Drittes zu mir gesagt: VTler gibt's doch gar nicht, die denken doch alle psychodynamisch. Und das war als Kompliment gemeint. Das sind eben auch nicht mehr so seelenlose Psychotechniker, wie das früher mal gedacht worden ist, sondern da ist das natürlich anders. Die Psychoanalytiker fangen an, sich mit Manualen ... Wir haben schon Manuale in die Hand genommen, ohne dass ihnen die Hände abgefallen sind. Also da ist vieles im Fluss. Das alles ist natürlich dem Patienten egal. Der Patient wünscht sich, dass es so gut gemacht wird, wie es geht. Aber ich finde doch, wenn ich das so richtig aus der Literatur kenne, dass die Identität eines Therapeuten auch ein wichtiger Faktor ist. Und deswegen habe ich so ein bisschen Probleme, wenn das jetzt alles so multikulti ist: Wir können alles, wir verkaufen alles. Da hab ich dann wenig Vertrauen.

Dr. med. Monika Nothacker: Vielen Dank. Also ich möchte dazu noch sagen, in der Vorbereitung habe ich noch mal die NVL Depression, das Kapitel Psychotherapie, herausgeholt. Und da stand: Zwischen störungsspezifischen Therapieverfahren haben sich für die Depression keine Wirksamkeitsunterschiede gezeigt. Das ist ja hier evidenzbasiert aufgearbeitet. Und das erste Statement heißt: Grundlage jeder psychotherapeutischen Intervention sollte die Entwicklung und die Aufrechterhaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sein, deren Qualität in der Regel zum Behandlungserfolg beiträgt. Ich denke, das ist ein zentraler Punkt. Und unter dieser Maßgabe, Frau Goesmann, Sie haben sehr viel von der Attraktivität des Nachwuchses gesprochen. Und ich habe gehört von Frau Herpertz, dass sie sagt: Also Medizinstudienplätze sind nicht so nachgefragt wie Psychologiestudienplätze. Ist es denn wirklich die Facharztausbildung, da, wo es dann wirklich um den Psychotherapeut oder auch, ich habe jetzt verstanden, für Ihren Bereich ist das noch gar nicht so gut etabliert, ist es das oder muss das schon viel früher im Medizinstudium anfangen? Dies als letzte sehr allgemeine Frage, bevor wir die Diskussion öffnen und dann auch noch andere Aspekte ansprechen können.

Dr. Cornelia Goesmann: Ich selber habe schon bis 1977 zu einem Reformstudiengang gehört, wo wir damals eben in Hannover tatsächlich mehr Sozialmedizin, mehr Sprechende Medizin, mehr Psychofächer integriert gekriegt hatten, um eben wirklich den Patienten auch umfassender zu versorgen. Und aus unserem Semester sind tatsächlich auch sehr viele in diese Richtung dann weitergeschritten. Das gibt's ja immer wieder, und ich glaube, dass die meisten Reformstudiengänge auch so angelegt sind, dass sie sagen: Wir wollen das ganzheitliche Behandlungskonzept des Patienten fördern, wir wollen eben die Fragen der Ärztlichen Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik mehr integrieren, wir wollen Sozialmedizin. Also das ist ja inzwischen, glaube ich, fast Allgemeingut. Überall, wo Fortschritt propagiert wird und bessere Studierendenausbildung, da wird so ein Konzept entwickelt. Und das kann ich nur begrüßen, das finde ich super. Und mein Wunsch wäre eben, dass man, wenn es da solche Defizite gibt, wie Frau Prof. Lehmkuhl geschildert hat, dann auch schon eben Einfluss auf diejenigen nimmt, die die Ausbildung bestimmen. Das kann die Bundesärztekammer nur als Brief oder so mal machen. Aber wir haben keinen direkten Zugriff auf die Ausbildung der Studierenden. Aber wenn man das machen will, dann kann man ja sagen: Solche Konzepte, wo unsere Fächer, die wir hier repräsentieren, besser berücksichtigt sind, das brauchen wir auch für die Studierenden.

Öffnung der Diskussion für das Publikum

Dr. med. Monika Nothacker: Ich würde die Diskussion jetzt gerne öffnen, weil Sie wollen vielleicht alle auch was sagen. Und es gibt ja auch Aspekte, die wir jetzt noch gar nicht angesprochen haben, zum Beispiel: Versorgungsstrukturen ambulant/stationär, wie sind da die Schnittstellen, was ist da wichtig, altersspezifische Aspekte, oder gibt es bestimmte Gruppen? Also gerade Leute, die die Sprache schlecht sprechen, da werden Sie als Kinder- und Jugendpsychiater mit den gesamten Familien sicher auch sehr viele Erfahrungen haben. Über alle diese Aspekte haben wir jetzt noch nicht im Einzelnen gesprochen, aber es ist durchaus möglich, dass Sie jetzt auch noch eine ganz andere Idee haben, also bitte gerne Fragen von Ihnen.

Herr 1: Ich würde gern den Vorteilen, die bisher so genannt wurden, der Ärztlichen Psychotherapie noch mal zwei Punkte entgegensetzen. Das eine klang jetzt so zum Schluss an, dass ich natürlich finde, dass so ein Medizinstudium, wie es heutzutage ist, sehr naturwissenschaftlich, sehr theoretisch geprägt, eher sicher nicht die sozialen Kompetenzen fördert, die dann in der Psychotherapie nützlich sind. Und den zweiten Punkt finde ich noch wichtiger. Es ist ja so, dass die Ärztliche Psychotherapie im Rahmen der Facharztausbildung schon deutlich marginaler ist als die der Psychologischen Psychotherapeuten. Und dass ja im Rahmen der Facharztausbildung mit Akut-Klinik und mit Nachtdiensten ja da auch nirgendwo Raum bleibt, da, sagen wir mal, so eine Fachkompetenz zu erwerben. Und ich denke schon, dass das noch mal einen deutlichen Qualitätsunterschied dann macht zwischen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten.

Prof. Dr. Fritz Hohagen: Ich denke, im Medizinstudium muss man unterscheiden zwischen psychosozialen Grundkompetenzen, die vielleicht eben in der Vergangenheit nicht so richtig vermittelt wurden, aber wo jetzt doch immer mehr Universitäten über das gesamte Studium begleitende Kurse jetzt anbieten. Das machen wir in Lübeck beispielsweise sehr intensiv, dass man einfach diese psychosozialen Basisfertigkeiten des Arztes als Grundvoraussetzung erst mal für Psychotherapie fördert. Das Zweite ist, dass man sicher darüber nachdenken muss in der Mediziner Ausbildung, dass man sich auch früher spezialisiert, wie das beispielsweise jetzt in der Schweiz geschieht, dass man, wenn man sich jetzt in Richtung Psychotherapie entwickeln will, schon in das Studium verschränkt Kurse machen kann, die dann auf dieses Berufsziel zuführen. Und wenn man mal an Master oder Bachelor denkt, das ist ja in der Medizin ein bisschen tabu im Moment, zumindest von der Bundesärztekammer aus, aber solche Systeme ermöglichen natürlich eine frühere Spezialisierung. Wäre auch in einem anderen Konzept denkbar, aber ich meine, wir müssen darüber nachdenken, dass gerade, wenn Ärzte sich für Psychotherapie interessieren, sie sich schon relativ früh spezialisieren können. Sie haben Recht, wenn einer Psychologie studiert, hat er sicher ein sehr gutes Fundament, je nachdem, wie er seine Kurse gewählt hat, für eine spätere psychotherapeutische Ausbildung. Trotzdem meine ich, dass man im Medizinstudium gerade über die Erfahrungen mit Patienten und mit den Krankheiten sehr viel Grundkompetenzen mitbringt, die auch eine sehr gute Vorbereitung für die spätere psychotherapeutische Ausbildung sind, und die im Psychologiestudium, nämlich gerade dieser Praxisteil, viel zu kurz kommt, sodass ich nicht unbedingt weiß, ob jetzt das Studium selber den einen oder den anderen jetzt den Vorteil bringt. Aber letztendlich meine ich, dass es schon eine grundsätzliche Berechtigung für eine Ärztliche Psychotherapie gibt, weil psychotherapeutisches Handeln fundamentaler Teil auch ärztlichen

Handelns sein muss. Jetzt ist die Frage: Ist das alles nur in der Richtlinie abgedeckt oder auch in kürzeren Interventionen. Und ich glaube, das ist das, was den Psychiater und auch den Hausarzt interessieren muss, dass man in anderen Settings Psychotherapie – und zwar nicht nur mit den Patienten reden und das ist Psychotherapie, das nicht, sondern gezielte Intervention, gezielte Interaktionsarbeit usw. usf. –, dass man das entwickelt. Und dazu fehlt uns ein bisschen auch die Methodik. Wir sind gewohnt, in der Richtlinie ausgebildet zu sein, aber in dem ärztlichen Setting ist gerade die psychotherapeutische Kurzintervention beim Hausarzt, beim Psychiater extrem wichtig. Und da gibt es wenig Konzepte, die das auch wirklich in der Vermittlung bündeln. Und ich glaube, das ist eine große Aufgabe für die Ärztliche Psychotherapie, da Konzepte zu entwickeln.

Frau 1: Das ist, glaube ich, genau das, was die Ärztliche Psychotherapie nämlich unterstützt oder hervorhebt, dass sie kurze Settings außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie anbieten kann und das Psychotherapie auch ist. Und da können das 10 Minuten sein, Herr Matzat, das können aber auch dreimal 15 Minuten im Quartal sein oder dreimal eine halbe Stunde. Und die Richtlinien-Psychotherapie, das, was die Psychologischen Psychotherapeuten heute in der Masse anbieten können, ist ja nur das eine Konzept mit einer Stunde pro Woche, und das soll der Goldstandard sein. Das kann es aber nicht sein. Wenn wir chronisch Kranke lebenslanglich therapieren sollen und dürfen und uns das auf diesem hohen Standard in Deutschland auch leisten können, müssen wir andere Möglichkeiten für psychotherapeutische Begleitung langfristig schaffen. Ich denke, dass wir das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie schon bis zum 18. Lebensjahr ganz gut hinkriegen mit den multimorbiden Patienten teilweise und auch besser auswählen: Wer braucht Gießkannen-Psychotherapie, und sehr viel, und wer braucht weniger? Aber es kann nicht sein, dass der Goldstandard die Richtlinien-Psychotherapie ist. Und das, finde ich, zeichnet die Ärztliche Psychotherapie aus, dass sie viel besser differenziert: Wer braucht was und wie viel? Und von dem starren System von einer Stunde pro Woche abweichen kann.

Prof. Manfred Beutel: Ich wollte vielleicht kurz auf den vorletzten Einwand noch mal von Ihnen eingehen. Den Einwand möchte ich gar nicht von der Hand weisen. Ich denke, natürlich ist die Frage berechtigt: Was lernen Ärzte über Psychotherapie und was lernen Psychologen über Psychotherapie? Also ich denke, wir sind von unserem derzeitigen psychosomatischen Curriculum nicht schlecht, aber ich denke, da gibt es sicher auch Verbesserungsspielraum. Ich glaube, was eine Frage ist, die ich Ihnen auch nicht auf Anhieb beantworten kann, ist die Frage, was die Sozialisation für einen Unterschied macht. Ich meine, wir haben ja in unserer Klinik gleich viele Ärzte und Psychologen wahrscheinlich, die Patienten behandeln. Trotzdem ist natürlich der Aufgabenbereich der Ärzte ein anderer, die ja praktisch die Gesamtverantwortung für Patienten haben, auch von der somatischen Seite. Und insofern, denke ich, hat man unter vergleichbaren Arbeits- und Ausbildungsbedingungen – wir haben jetzt auch einen gemeinsamen Weiterbildungsstudiengang für Ärzte und Psychologen für Tiefenpsychologische und Analytische Psychotherapie – doch unterschiedliche Sozialisationen. Und ich glaube, da ist schon ein wichtiger Unterschied. Ich will das gar nicht gewichten als besser oder schlechter, aber ich glaube, das ist ein wichtiger Unterschied, der eigentlich unter günstigen Bedingungen dann auch in der Praxis unterschiedliche Profile erzeugen sollte. Ich sage das mit großer Vorsicht, weil ich denke, es gibt ja nun auch, wie wir an den Daten vorhin gesehen haben, doch auch, glaube ich, sehr reale und fassbare Barrieren dagegen, das, was Sie ja auch gerade gesagt haben, wirklich umzusetzen. Dass Ärztliche Psychotherapie natürlich auch die Chance bietet, genau das, was wir vorhin gehört haben, dass man für Patienten in Krisensituationen flexibel, niederschwellig usw.

Aber das scheitert ja, wie wir auch an den Daten vorhin gesehen haben, doch häufig an den Honorierungsbedingungen. Und ich glaube, an dieser Stelle haben wir ein riesiges Problem, wo ich glaube, dass wir im Grunde im ambulanten Bereich uns sehr schwer tun, das Potenzial Ärztlicher Psychotherapie – das kann ich jetzt für die Psychosomatik sagen – zur Entfaltung zu bringen, weil eben die Honorierung einfach so schlecht ist und die Bedingungen so schlecht sind und das natürlich auch Nachwuchs abschreckt. Ich meine, wenn wir über Nachwuchsförderung reden und dann darüber reden müssen, dass jetzt 2001 mit der Zeitbudgetierung auf einmal Psychosomatische Weiterbildungsassistenten entlassen werden mussten, dann ist das eine völlige Katastrophe. Und ich denke, das sind natürlich die Rahmenbedingungen, die natürlich diese ganze Umsetzung und auch die Differenzierung so schwierig machen.

Prof. Ulrike Lehmkuhl: Mein Beitrag wird kürzer, weil einiges schon von meinen Vorrednern gesagt worden ist. Ich führe oft mit meinen Weiterbildungsassistenten Gespräche, die sich wirklich überlegen: Mache ich eine richtige – also mit richtig meinen sie eine fundierte und nicht gehetzte – Psychotherapieausbildung, also wo der Nachtdienst und alles das zumüllt und man sich gar nicht in Ruhe und intensiv damit beschäftigen kann, oder strebe ich doch eine wissenschaftliche Karriere an? Und wir hätten ja auch gerne noch wissenschaftlich tätige Psychotherapeuten. Das hätten wir ja auch noch gerne, die Forschung, auch in der Zukunft. Aber das wird man sicherlich in einer knappen Facharztausbildung nicht hinkriegen, dass man da sozusagen schon die Weichen stellt. Aber vielleicht ist das auch wichtig, was Herr Hohagen andeutete, dass wir wahrscheinlich früher anfangen müssen auch, mit unseren Weiterbildungsleuten zu überlegen: Wo soll es hingehen? Was liegt ihnen am meisten? Was interessiert sie, ist es die Richtung oder ist es die Richtung? Also ich glaube, dass es einfach auch zu viel ist, was an Wissen auch da ist, jetzt in allen Bereichen pro Facharzt, und man kann nicht überall topp sein. Das schafft keiner mehr. Und weil dann die Attraktivität, auch noch die Sonos machen zu können und das machen zu können, dann doch noch höher ist, bleibt dann manchmal leider Gottes – oder ich fürchte eher, das „manchmal“ ist nicht richtig – halt die Psychotherapieausbildung dann auch ... Die wird zwar irgendwie gemacht, aber vielleicht nicht mit der Intensität, mit der man sich das wünschen würde, und der Ruhe auch und der Zeit und dem auch über den Zaun gucken: Was machen die anderen und was kann ich da vielleicht auch wenigstens noch mal als Anregung mitnehmen?

Dr. med. Christa Schaff: Ich möchte gern noch mal anknüpfen, Herr Matzat, Sie haben vorhin ungefähr so formuliert: Sie können ja Ihre Dinge nennen, wie Sie wollen, aber eigentlich, Ärztliche Psychotherapie gibt es für mich irgendwie gar nicht richtig. Und ich finde das eine sehr interessante Bemerkung, weil das mich weiter noch mal wieder dazu gebracht hat zu dieser Frage: Über welchen Gegenstand reden wir hier eigentlich und über welchen Gegenstand machen wir hier eigentlich eine Untersuchung? Wenn man jetzt den Vormittag ansieht, war es so, dass es ein Referat über die wissenschaftlichen Ergebnisse gab, wo es, glaube ich, vorwiegend um Richtlinien-Psychotherapie ging. In unseren Folien haben wir Richtlinien-Psychotherapie und aber Gesprächsleistungen analysiert. Jetzt aus den Diskussionsbeiträgen wird deutlich, und auch aus dem, was jetzt als Spezifikum für Ärztliche Psychotherapie genannt wurde, die Multimodalität, die Komplexität, das Störungsspezifische, die Methode, das sind diese Dinge, die also – ich habe es jetzt nur so halb zusammengefasst – Spezifika sein könnten. Sodass ich jetzt also für mich so formuliert hatte: Okay, also Ärztliche Psychotherapie könnte also sein ein Verfahren, eine Methode, eine Technik, eine Technik, die eingebettet ist in eine ärztliche Behandlung, sei sie psychosomatisch, psychiatrisch oder

allgemeinärztlich. So war ich jetzt da gelandet. Wenn wir jetzt aber eben sagen, wir haben einerseits die Richtlinien-Psychotherapie – und im ambulanten Bereich ist ja Psychotherapie gleich Richtlinien-Psychotherapie, also formal ist im Moment nichts anderes Psychotherapie als Richtlinien-Psychotherapie –, andererseits aber fast inflationär alles, was mit Psyche zu tun hat, Psychotherapie nennen, also das inflationär gebrauchen, geht für mich völlig verloren: Was ist eigentlich eine psychiatrische Behandlung, was ist eine psychosomatische Behandlung usw. Das heißt, ich gehe völlig konform mit allen, die sagen: Wir machen ja Psychotherapie auch in der Psychiatrie und Psychosomatik. Aber ich denke, es geht dann darum, diesen Bereich der Psychotherapie in der Psychiatrie und Psychosomatik auch jenseits der Richtlinien-Psychotherapie eben noch klarer zu definieren, zu sagen: Okay, wir brauchen alles evidenzbasierte Methoden, störungsspezifische, aber vielleicht geht das auch etwas allgemeiner. Also in dem Sinne, dass man sagt: Eine Psychotherapie ist ein Kontinuum von Gesprächs- oder Spielstunden oder Interaktionsstunden in der Beziehung, die einen Behandlungsplan haben und die eine bestimmte Vorstellung von einer Länge haben und eine Kontinuität, und die auch zu einem Ende führen. Also für mich ist immer der wesentliche Unterschied zwischen einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung, dass ich bei einer psychotherapeutischen Behandlung ganz klar mit dem Patienten mich hinsetze und sage: So, jetzt wollen wir das angehen. Und wir haben dann ein definiertes Ende vereinbart, während ich psychiatrisch lebenslang sozusagen begleiten kann. Also ich würde mir wünschen, dass wir das, was Psychotherapie ist in unserem ärztlichen Tun, noch irgendwie anders schärfen und fassen.

Frau 2: Ich wollte zwei Punkte benennen. Zum Ersten fühle ich mich hier jetzt auch so ein bisschen als Psychoanalytikerin angesprochen, um das noch mal so ein bisschen zu schärfen. Die Begriffe gehen ja so etwas durcheinander. Also psychoanalytisch begründete Verfahren, dazu gehört die Analytische Psychotherapie und eben auch die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie auf der einen Seite. Und auf der Seite gibt es eben die verhaltenstherapeutischen Verfahren. Und nun ist es ja so, dass nur für eine ganz begrenzte Anzahl von Patienten überhaupt noch eine analytische Psychotherapie beantragt wird. In den meisten Fällen in der Versorgung spielt, was die psychoanalytisch begründeten Verfahren betrifft, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie die größere Rolle. Aber ich finde es eben ganz wichtig, wegzukommen auch von diesem – schwingt, finde ich, immer ein bisschen mit, so schnell und der Patient muss wieder funktionieren und wieder raus. Ich finde es ganz wichtig, dass es für eine begrenzte Anzahl von Patienten und mit einer guten Indikationsstellung weiter auch die Analytische Psychotherapie gibt, wo man mit einer größeren Ruhe und mit einem größeren Raum sich den Patienten widmen kann. Also dieses Statement musste ich an der Stelle jetzt mal loswerden. Und das Zweite ist, dass ich teilweise Ihnen, Herr Matzat, dann schon Recht geben würde. Für mich ist ein ganz wichtiger Gesichtspunkt der, dass es für Ärzte in der Zukunft weiterhin attraktiv bleibt, Psychotherapeut zu werden. Und dass auch den Ärzten diese Möglichkeit weiter offen bleibt, und dass das Gebiet nicht nur in den Bereich der Psychologischen Psychotherapeuten abwandert. Das ist mein allergrößtes Anliegen. Ich habe eine lange Klinikgeschichte hinter mir, tatsächlich angefangen von der Pathologie über Innere über Psychiatrie bis hin zur Psychosomatik. Und ich möchte diese Geschichte nicht missen und ich hätte mir nie vorstellen können, Psychologie zu studieren. Und ich finde es ganz wichtig, dass man so eine lange Berufserfahrung hat, ehe man dann auch eine Entscheidung trifft und sagt: Ich werde jetzt eben Psychoanalytikerin oder Psychotherapeut oder wie auch immer. Also diese Laufbahn, finde ich, muss Ärzten weiter offen bleiben. Das ist, finde ich, das Wichtigste.

Prof. Dr. Fritz Hohagen: Das passt zu Frau Schaff. Also ich denke, wir wollen ja gar nicht gegen die Richtlinie reden. Das ist ein wichtiger Punkt. Aber ich glaube, dass wir es versäumt haben in der Ärztlichen Psychotherapie, andere Methoden der Methoden der psychotherapeutischen Intervention zu definieren und auch methodisch zu entwickeln und zu evaluieren. Also nicht alles „mit dem Patienten reden“ ist Psychotherapie, sondern wir müssen definieren: Was ist Psychotherapie? Der Hausarzt kann nach entsprechender Vorbereitung im Selbstmanagement-Verfahren eine Expositionsübung bei einem Angst-Patienten auch erklären und kann damit eine spezifische psychotherapeutische Intervention in einer Viertelstunde auch geben, und braucht dafür jetzt nicht eine Richtlinie in bestimmten Fällen, sagen wir mal. Oder bestimmte Interaktionsarbeit kann Psychotherapie sein, aber es gibt wenig Konzepte für diese kurzen psychotherapeutischen Interventionen, weil Psychotherapie so von der Richtlinie dominiert war. Und das muss sich ändern, glaube ich. Es ist wichtig für den Patienten, weil der Patient es braucht. Aber es ist auch wichtig für die Medizin, weil die Medizin die Psychotherapie braucht. Wenn man eine Medizin ohne Psychotherapie hat, dann ist es eine absolute Verarmung, wenn dieses Denken aus diesem Bereich weggehen würde, und wir würden einer Entwicklung der Medizin Vorschub leisten, die an Seelenlosigkeit noch zunimmt, denke ich. Und das wäre, glaube ich, ein verheerender Verlust auch für die Medizin. Dazu ist aber nötig, die Rahmenbedingungen zu schaffen. Und wir haben ja schon zwei Gefährdungen der Ärztlichen Psychotherapie genannt. Das eine ist der Ärztemangel. Wenn ich Workshops an Psychosomatischen Großkliniken gebe, was ich viel mache, dann sitzen mir zwei, drei Ärzte gegenüber, die strategisch für ärztliche Tätigkeiten eingestellt wurden, ansonsten läuft die Klinik mit Psychologenausbildung, weil es auch ein bisschen billiger ist. Das ist die eine Sache. Und die zweite Sache ist: Wenn ich an Psychiatrischen Kliniken meine Workshops mache, dann sehe ich, dass durch das Arbeitszeitgesetz die Schichtmodelle wieder dazu führen, dass der Arzt fürs Grobe zuständig ist. Der macht also seine Dienste, der muss für die Notfälle zuständig sein, und Psychologische Psychotherapie ist die Konstanz auf Station. Und das sind meiner Ansicht nach die schlimmsten Gefährdungen in der Weiterbildung und machen es Ärzten so schwer, jetzt Psychotherapie zu lernen, weil die Rahmenbedingungen so schwierig werden und weil das tägliche Geschäft der Patientenversorgung so dominierend und drängend ist, dass man nicht mehr die Ruhe hat, so wie Frau Lehmkuhl sagt, sich zurückzuziehen und Psychotherapie auch zu lernen. Und ich denke, darüber müssen wir uns Gedanken machen, auch vielleicht in der Bundesärztekammer, dass da einfach Strukturen geschaffen werden, die Ärzten psychotherapeutische Ausbildung ermöglichen.

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat: Zu drei Punkten will ich etwas sagen, aber ich versuche es kurz. Richtlinien – ich weiß nicht, ob ich gesagt habe, dass das der Goldstandard ist, aber vielleicht habe ich es auch gesagt, kann durchaus sein. Gut, gut, ich nehme es nicht zurück. In dem Sinne als: Wenn jemand Richtlinien-therapie macht, dann weiß ich als Patient ungefähr, was der macht. Während sonst irgendwie „Ich mache andere Formen der Psychotherapie“, weiß man überhaupt nicht, was da passiert. Das kann sehr sinnvoll sein, sehr elaboriert, ich stimme Ihnen völlig zu. Aber man weiß es nicht. Von daher denke ich, die Richtlinien müssen schon irgendwie als Richtlinien bleiben. Sie müssen nicht so bleiben, wie sie sind. Und ich habe in meinem Vortrag ja auf verschiedene Dinge hingewiesen. Ich habe gesagt, es soll mehr Krisenintervention, Kurztherapien ... Gruppentherapien sind zwar erlaubt, aber werden nicht mehr gemacht. Ich habe auf die Behandlung chronischer Patienten ... Ich habe extra geschrieben, das ist etwas anderes als eine Langzeittherapie. Also ich bin völlig Ihrer Meinung. Es soll auch, es muss auch anderes bleiben. Es muss elaboriert werden, wie Herr Hohagen eben gesagt hat. Es muss klar sein, wer das dann macht und was der kann. Im Moment höre

ich immer nur die Behauptung: Wir können das alles. Aber das ist sozusagen für den Patienten nicht überprüfbar, nachvollziehbar, auch gar nicht rausfindbar, wer was macht. Also ich bin nicht dagegen, dass es auch vieles andere gibt. Dann wollte ich etwas sagen zu den Sozialisationsbedingungen, das haben Herr Hohagen und Herr Beutel gesagt. Ich glaube in der Tat, dass Psychologen doch ziemlich anders sozialisiert werden als Ärzte und, wir sind ja in Berlin, das ist auch gut so. Ich bin ganz stark dafür, dass bitteschön Psychotherapie durch Ärzte – wenn Sie das Ärztliche Psychotherapie nennen, okay –, das muss auch bleiben. Sie haben ja die Zahlen gehört, die Ärzte verschwinden ja von der Szene. Ich kann dem nicht applaudieren, das ist ganz schade, weil es eben für bestimmte Patienten – welche, ist beschrieben worden, Komorbiditäten etc. – sehr günstig ist, zu einem Ärztlichen Psychotherapeuten zu kommen. Für andere spielt es keine Rolle. Der Löwenanteil sind Ängste und Depressionen, da spielt es, glaube ich, in der Regel gar keine Rolle. Also die Richtlinien sind der Leuchtturm, und bitteschön daneben weitere kleine viele Leuchtfener, die aber auch überprüfbar sind. Letzter Punkt, was Herr Hohagen eben gesagt hat, das möchte ich auch ganz stark aufgreifen. Es muss unbedingt Psycho in der Medizin, eben in dieser Sozialisation, die nicht sehr psychologisch ist, um das mal so zu sagen, wenigstens dieser kleine Hefeteig bleiben, sodass – und bitteschön auch jetzt nicht zu früh spezialisieren – jeder Medizinstudent mal irgendwie so bei Ihnen durchwandert, wenigstens das. Und da hat sich doch in den letzten Jahren auch, wenn ich das so richtig weiß, einiges getan an den Ausbildungsordnungen, worüber man sich erst mal freuen kann. Ob es genug ist, ist natürlich eine andere Frage.

Prof. Stephan Herpertz: Ich würde ein bisschen selbstkritisch noch einen vierten Vulnerabilitätsfaktor, Herr Hohagen, noch anfügen, zumal wir ja auch da alle mehr oder minder Hochschullehrer sind. Ich denke, wenn man Psychotherapie jetzt nicht rein als Verfahren wie in der Inneren Medizin zum Beispiel Sonographie oder Endoskopie betrachtet, sondern schon als etwas ansieht, wo man seine Identität auch drin sieht und was zum Beispiel in vielen Teilen der Psychiatrie, vielleicht ein bisschen mehr noch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Psychosomatik, den Hauptteil der Tätigkeit ausmacht, dann ist es natürlich auf der anderen Seite total erschreckend, wenn wir uns selber angucken, welche Chancen wir denn hätten, mit einem psychotherapeutischen Forschungsthema eine Habilitation zu bekommen. Die geht, glaube ich, gegen Null. Ich habe es selber so erlebt. Also ich habe das auch sehr, sehr gerne gemacht, aber meine Zugpferde waren Ghrelin- und Leptinforschung bei Anorexia-nervosa-Psychotherapie nicht. Was wir doch alle wissen, ist, und das finde ich unbedingt nicht jetzt so defätistisch, sondern das, denke ich, muss auch gerade in der Begeisterung für Nachwuchs wieder reinkommen in alle drei Psychofächer, nämlich auch Psychotherapieforschung. Da gibt es sozusagen gar nichts. Das ist völlig an die Psychologen abgegeben worden, a) weil wir Mediziner darin eine völlig defizitäre Ausbildung haben und b) aber auch, weil es in der rein naturwissenschaftlichen und vor allen Dingen organbezogenen Denkweise der Medizin, die ich als solche gar nicht in Frage stellen will, aber gerade in diesem Bereich halt letztendlich viel zu kurz kommt. Und von daher, gucken Sie sich an, wer da vorsingt. Mein Gott, das sind dann Molekularbiologen, aber wo dann in dem gleichen Fach gesagt wird: 80 %, was ich mache, ist Psychotherapie. Also da haben wir wirklich ein Problem. Ich glaube auch daran, da ist ein Top-down-Mechanismus. Wir haben auch, wenn überhaupt jemand das hat, Verpflichtungen nach unten hin, was zu prägen. Und da haben wir, denke ich, ein riesiges Problem.

Dr. med. Monika Nothacker: Jetzt haben wir noch eine Wortmeldung, schon länger, Entschuldigung.

Herr 2: Das macht nichts, das passt nämlich sehr gut. Ich bin nämlich einer derer, die mit einem Psychotherapieprojekt habilitiert haben und auch einen Lehrstuhl nachher bekommen haben. Aber es ist lange her, und ich möchte jetzt nicht von alten Zeiten sprechen, aber Frau Friedrich ist es, glaube ich, die hatte vorhin ja angesprochen, wie man früher als Arzt zur Psychotherapie kam. Nämlich, man war längere Zeit ärztlich tätig, also ich habe Innere Medizin gemacht und danach Psychiatrie, und hat dann die Motivation gewonnen, Psychotherapie zu machen und sich dann weiterzubilden. Das Problem war dann, dass man, wenn man Pech hatte und wenn es nicht gut lief, dann eben zweischienig lief. Man hatte dort ein idealisiertes Institut, wo man abends hinging, und dort eine Klinik, wo man sein Geld verdient hatte. Und ich glaube, das war nicht immer gut, aber es war die Lösung damals möglicherweise. Ich glaube, davon sind wir jetzt ja weggekommen. Wir wollen das in die Kliniken, in die Tätigkeit selber integrieren, aber haben dann das Dilemma, dass wir natürlich sehr viel frühzeitiger die jungen Leute motivieren müssen, um sie zu gewinnen, weil dann nämlich das Problem einsetzt, dass man, wenn man habilitieren möchte, früh anfangen muss, wenn man eine andere Karriere anfangen will, früh anfangen muss. Und hier liegt, glaube ich, ein Dilemma, was Sie sehr gut angesprochen haben. Eigentlich braucht eine Psychotherapie-Sozialisation eine gewisse Reife und zeitliche Entwicklung und darf nicht zu forciert sein. Und was ich eigentlich nur sagen kann aus meiner langen Erfahrung, ist eher: Wir müssen uns dieses Dilemmas bewusst sein. Also ich weiß keine Lösung dafür, aber wir müssen uns, glaube ich, dieses Dilemmas einfach bewusst sein. Das, was jetzt diskutiert wird, eine grundständige Ausbildung für Psychotherapie, halte ich für genau das Gegenteil. Also das forciert ja dann noch das Ganze und man ist dann mit 23 fertiger Psychotherapeut, was ich für einen Unsinn halten würde.

Herr 3: Ich wollte mich erst mal bedanken, dass es so ein Podium gibt und dass Sie, Frau Herpertz und Herr Herpertz, das zusammengebracht haben, die drei Facharztgruppen, weil das nicht so alltäglich ist und vielleicht so in diesem geschwisterlichen Geist das Gemeinsame betont. Das andere, so die Profilierung, die auch in den letzten 10 Jahren in meiner Wahrnehmung enorm zugenommen hat. Das heißt also, wenn man die spezifischen Facharztleistungen sieht, dann sehe ich es jetzt in biopsychosozialen Modellen der Psychiatrie, in intensiver neurobiologischer Forschung, in biologischen Aspekten plus Psychotherapie und in der Psychosomatik im stationären Bereich. Und das ist erst mal der Kern der Weiterbildung. Und das ist auch ein anderer Ansatz, als wir es noch vor 20 Jahren hatten, wo man sich in der Ambulanz weitergebildet hat und dann Richtlinien-Psychotherapeut geworden ist. Man ist jetzt heute mit chronisch schwerkranken Patienten beschäftigt in der Medizin, die in der Klinik da sind. Und von diesem Basislager aus sind sehr viele Expeditionen in sehr spezialisierte Therapien gegangen, sodass man nach dem Facharzt eben noch Traumatherapie, Gruppentherapie, Systemtherapie und so, bei den Psychiatern ähnlich. Dieses „Wir können alles“ ist vorbei, wir haben derartige Spezialisierungen, die müssen auch deutlich werden. Die gehen jetzt erst mal, für mich, in meiner Wahrnehmung, von diesem Lager in die Schnittstelle Weiterbehandlung um die Kliniken herum. PiA ist so ein Modell, multimodale, multiprofessionelle Teams, die dann diese Chroniker nur weiterbetreuen können. Das kann ein Einzelmensch draußen nicht. Und jetzt läuft diese Langzeitversorgung immer so sprunghaft additiv von verschiedenen Psychotherapeuten geleistet in Langzeitketten. Das, denke ich, ist eine große Herausforderung. Und so ein Facharzt Psychosomatische Medizin steht auf zwei Beinen. Das andere Bein – und dort kommt auch der andere Nachwuchs her –, die andere Hälfte kommt aus den somatischen Fächern. Ich staune immer, wie viele jetzt von Kardiologie, Gynäkologie wechseln in unser Fach. Und da gibt's die Schnittstelle zur Allgemeinmedizin und das Verständnis um den Körper, um eine Verhaltensmedizin,

um niederschwellige Begegnungen mit Patienten, die Sprechende Medizin einfach. Und das sind so zwei Teile, die sind ziemlich weit voneinander weg, aber ich finde es auch herausfordernd, beide in einem Fach zusammenzuhalten. Und vielleicht da so noch die Meinung zu Ihren Profilierungsvisionen, die Sie, Herr Hohagen und Herr Beutel, haben.

Dr. med. Monika Nothacker: Jetzt sind die beiden Männer angesprochen, und da möchte ich mal etwas unhöflich sein und zuerst Frau Lehmkuhl fragen. Sie sind ja eine der drei Fachdisziplinen. Ich habe jetzt gelernt, der Facharzt, den macht man nur in Erwachsenenpsychiatrie – oder war das falsch? Das ist ja mein persönliches Defizit eventuell. Aber was ich gerne wissen möchte: Fühlen Sie sich denn in dem Verbund auch so als gleichwertig behandelt gegenüber der Erwachsenen-Psychiatrie?

Prof. Ulrike Lehmkuhl: Also der Facharzt ist schon ein eigener Facharzt. Man macht auch Erwachsenen-Psychiatrie. Dass ich nun auch noch Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie geworden bin, das ist meine individuelle Geschichte, das ist nicht zwangsläufig. Ich habe das noch zu Zeiten gemacht, da sind wir auch noch mindestens ein Jahr in die Kinderheilkunde gegangen. Ich habe das sehr bedauert, dass die Ärztekammer das anders macht inzwischen, dass man nicht mehr in die Bereiche muss, weil ich könnte bis heute nicht sagen: Auf was könnte ich verzichten an Wissen? Also es ist einfach so ein Stück Sicherheit. Das fängt bei der banalen (DVD 22/01:12:12 UNVERSTÄNDLICH ETWA: U-Untersuchung) an, oder ich sehe ein Kind das erste Mal, dass ich eine Idee habe, auch noch weiß: Wie groß darf so eine Kinderleber sein? So, also einfach so ganz schlichte Sachen, die ja schnell zu klären sind und ich dann nicht gleich wieder ein Konsil brauche. Das ist so das eine. Also ich denke schon, dass die Kinder- und Jugendpsychiater dabei sind, sich zu emanzipieren. Aber sie sind noch nicht auf der Ebene angekommen, wo die Erwachsenen-Psychosomatik ist. Die Kinderpsychosomatik soll ja auch noch möglichst ein eigener Fachbereich werden. Dagegen wehren wir uns ja heftig, weil ich das nun also wirklich sehr schwierig finde, dann auch noch zu unterscheiden: Was ist denn da nun das ganz spezifische Psychosomatische? Und brauche noch ein eigenes Fachgebiet. Aber wir sind immer noch sozusagen das kleine Fach, das dritte Fach. Das ist noch nicht ganz ausgeglichen. Das sieht man u. a. ja auch in der Bedeutung, die zum Beispiel in den Fakultäten ist und in den Prüfungsmodalitäten. Das kann man an vielen Stellen ablesen.

Dr. med. Monika Nothacker: Also Sie würden sagen, da würden Sie sich wünschen, dass Sie dort noch mehr berücksichtigt würden und auch quasi diese Gleichwertigkeit besser wäre.

Prof. Ulrike Lehmkuhl: Ich glaube, das ist notwendig, weil wenn nicht viel Know-how für die Kinder da ist, die sind die Zukunft. Das ist das Teuerste, was wir machen können, wenn wir uns nicht rechtzeitig um die Kinder hoch qualifiziert kümmern. Und die Erwachsenen muten den Kindern in dieser Welt eine ganze Menge zu.

Dr. med. Monika Nothacker: Herr Hohagen, jetzt war sehr viel von Gemeinsamkeit die Rede. Der Kollege hat die Profilierung der einzelnen Facharztbereiche angesprochen, wie sehen Sie das?

Prof. Dr. Fritz Hohagen: Na gut, wir haben ja heute das Gemeinsame herausgestellt, dass die Fachärzte die Ärztliche Psychotherapie eint. Also wir haben da eine Methode, die im ärztlichen Setting praktiziert wird. Und das ist für die Psychiatrie genauso wichtig wie die Psychosomatische Medizin. Und das ist das Gemeinsame. Dass darüber hinaus natürlich Profilierungsnotwendigkeiten

bestehen, ist auch klar, um die Versorgungsschwerpunkte deutlich zu machen. Und da ist dieses Gemeinsame natürlich auch die gemeinsame Schnittmenge, nämlich diese Erkrankungen, die mit Psychotherapie behandelt werden, Angststörungen usw. Also ich denke, unter der Entwicklung des Nachwuchses wird sich diese Frage verschärft stellen, weil die Nachwuchszahlen nun mal sind, wie sie sind. 80-120 in der Psychosomatik, 600-800 in der Psychiatrie, sodass man im Moment, nachdem die Zusatztitler Ärzte für Psychosomatische Medizin geworden wurden, ja auch berentet werden, irgendwann mal das Fach kleiner sein wird und dann ein wahrscheinlich eigenes Profil entwickeln wird. Das wird ja unterschiedlich diskutiert. Also viele, die wieder ein Zurück zur Inneren Medizin und einer mehr somatischen Orientierung ... Aber da möchte ich gar nicht vorgreifen, das werden die Psychosomatiker selber entscheiden und ihre Gedanken zu machen. Aber ich denke, gerade die Psychosomatische Medizin, und ich leite ja auch eine Klinik für Psychosomatische Medizin, muss sich da klar profilieren, was ihr eigenständiger Bereich ist gegenüber den Psychologischen Psychotherapeuten und gegenüber der Psychiatrie. Und ich denke, da sind ja auch sehr viele Diskussionen im Fach im Gange, gerade in der universitären Psychosomatik, die, denke ich, sehr wichtig sind für die Zukunft des Faches.

Dr. med. Monika Nothacker: Herr Beutel, was ist für Sie wichtiger – die Profilierung gegenüber den Psychologen oder gegenüber den Psychiatern?

Prof. Manfred Beutel: Also ich denke, wir haben ja heute gesehen von Herrn Härter, dass wir, wenn wir über Patientenversorgung reden, natürlich das Gesamtsystem betrachten müssen. Und ich hatte auch diesen Ansatz jetzt von euch, Stephan und Frau Herpertz, auch so verstanden, dass es darum ging, wirklich das Gesamtsystem zu betrachten. Und das Gesamtsystem ist halt eben, dass wir das Problem haben, dass wir ein sehr differenziertes Versorgungssystem haben in Deutschland, was, glaube ich, weltweit wirklich einmalig ist. Trotzdem hören wir dauernd in den Nachrichten und lesen, dass die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen irgendwie außer Kontrolle geraten, will ich mal etwas salopp sagen, nämlich im Grunde das ganze Gesundheitssystem bestimmen, also jetzt von der Frühberentung bis hin zu den exorbitant wachsenden Krankenhausfällen. Und an dieser Stelle ist, glaube ich, eine Diskrepanz vorhanden. Und ich glaube, dass wir an der Stelle natürlich auch gemeinsam überlegen müssen, wie wir genau die Probleme, die ja zum Teil fächerübergreifend sind, wie zum Beispiel die Nachwuchsprobleme, wie die Probleme der Honorierung spezifisch ärztlich-psychotherapeutischer Leistungen, in den Griff kriegen müssen. Wie auch, dass wir, was Herr Matzat gesagt hat, im Sinne einer patientenzentrierten Medizin oder Psychotherapie im Grunde auch sehr viel tun müssen. Also ich meine, es wurde ja von Ihnen sehr deutlich angesprochen, dass auch vieles in dem ganzen Bereich für die Patienten nicht überschaubar ist. Dass also das, was wir an Lotsenfunktionen ja für uns beanspruchen würden, irgendwie aus verschiedenen Gründen – darüber müssen wir auch nachdenken – nicht wahrgenommen wird. Ich meine, das ist natürlich skandalös, wenn Patienten am Ende gar nicht wissen, was sie für eine Therapie gemacht haben. Und darin steckt natürlich auch ein Problem, dass Richtlinien-Psychotherapien in der Regel mit einem aufwendigen Verfahren beginnen, aber ohne Abschluss enden. Das muss man sich auch vergegenwärtigen. Also wenn ein Patient aus der Klinik entlassen wird, dann kriegt der einen Brief. In dem Brief steht drin, was gemacht wurde, was für Diagnosen, was für Befunde erhoben werden. Wenn eine Psychotherapie endet, kriegt der Patient in der Regel gar nichts. Und die Patienten, über die wir uns heute hier Gedanken machen, sind ja Patienten, die eben nicht in eine einzelne Behandlungsepisode, eine Psychotherapie, erstens gar nicht erst hinkommen oder viel zu lange

warten, wenn sie drin sind, dass es gar nicht ausreicht. Und dass das häufig auch nicht mit einer einzelnen Behandlungsepisode erfolgreich zu beenden ist, sondern dass da neue Episoden kommen. Und ich denke, da haben wir so viele Systemprobleme immanent, wo, glaube ich, wir auch nicht nur das untereinander lösen können, sondern auch im Grunde mehr im Sinne von shared decision making, Lotsenfunktion, Patienteninformation, wirklich auch mal dran denken müssen, den Patienten auch gut in das System reinzubringen und auch gut wieder rauszulotsen, sodass der Patient auch wirklich etwas mitnehmen kann, und sei es denn auch nur ein sinnvoller Bericht für den weiterbehandelnden Psychosomatiker oder Psychiater. Und das hat man in der Regel gar nicht mal. Also ich glaube, in diesem System stecken so viele elementare Unklarheiten und Fehler drin, die aber dadurch bedingt sind, dass natürlich jeder nur mit einem bestimmten Segment dieses Systems zu tun hat. Und ehrlich gesagt, das sind für mich die vordringlichen Fragen. Ich habe ja vorhin gesagt, natürlich sind wir dabei. Das hat ja auch PD Raschke gesagt. Natürlich entwickelt sich in der Psychosomatik im Moment viel, Sie haben es ja auch angesprochen. Natürlich sind wir dabei, uns auch noch mal über unsere Weiterbildungsordnung Gedanken zu machen, um unsere Ausrichtung. Aber ich glaube, das muss immer auch vor dem Kontext des Ganzen passieren, und das ist halt eben wirklich letztendlich die Patientenversorgung.

Herr 4: Ich möchte zum Begriff doch noch etwas sagen, aufgrund Ihres Stichwortes. Wer ist denn der Adressat des Begriffes „Ärztliche Psychotherapie“? Also bevor ich damit wissenschaftlich oder berufspolitisch hantiere, sollte klar sein, wer der Adressat ist. Spreche ich also von Ärztlicher Psychotherapie oder von Psychotherapie durch Ärzte? Und das ist ein wesentlicher Unterschied. Im Grunde ist die Beschreibung der Versorgungslandschaft gar nicht so schwierig. Wir haben einen großen Bereich von definierter Psychotherapie, sprich Richtlinie. Das wird gemeinsam versorgt durch Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten. Wenn ein Arzt sich entschließt, ausschließlich Richtlinien-Psychotherapie zu machen, muss er dabei seine ärztliche Erfahrung nicht einsetzen. Ob es einen Unterschied macht, ob ein Arzt eine analytische Psychotherapie macht oder ein Psychologe, ist nicht untersucht, wissen wir nicht, kann man endlos drüber diskutieren. Deshalb halte ich mich eigentlich gar nicht mit dieser Unterscheidung auf. Das ist ein Bereich, der ist definiert und da haben wir gar keine Probleme. Der andere Bereich ist auch nicht so schwierig zu differenzieren. Die Psychiatrie hat ihre eigene Geschichte, ihre wissenschaftliche, ihre historische und ihre politische Geschichte. Sie hat einen ganz viel tiefer fundierten Background in der kollektiven Erinnerung. Sie ist etabliert seit, man kann sagen, vielen hunderten oder tausenden Jahren. Das heißt, sie hat eine Identität hervorgerufen, ein äußerliches Bild, was man auch gar nicht so schnell wird ändern können. Wenn die Psychiatrie bei dem Begriff, bei ihrer Selbstdefinition bleiben will, dann wird sie das halt tun. Was aber fehlte, war, und das knüpft an das an, was Herr Rüger gesagt hat, dass wir noch in den sechziger, siebziger Jahren etwas vermissten, sowohl in der Allgemeinen Medizin als auch in der Psychiatrie. Und das konnte man suchen entweder in der Psychologie, wo man nicht fündig wurde, oder in der Psychotherapie. Und damals war die Psychoanalyse die einzig seriöse und wirksame Psychotherapieform. Und dann wurde man Psychoanalytiker. Und einige sind Psychoanalytiker geblieben, andere haben sich weiterentwickelt zu Psychosomatikern, und zwar mit Rücksicht auf die Selbstdefinition der Patienten. Die ist hier noch gar nicht thematisiert worden. Denn der Patient selbst bestimmt, wohin er geht und lässt sich beraten. Und viele Patienten, heute umso mehr, sind sehr kundig. Und der Begriff Psychosomatische Medizin ist für eine große Gruppe von Patienten, die früher nicht definitiv versorgt wurden, weder von der Allgemeinen Medizin, weil sie zu objektivistisch-naturwissenschaftlich ausgerichtet war, und auch nicht von der Psychiatrie. Und

deshalb ist hier ein Angebot gemacht mit dem Fach Psychosomatische Medizin, das sich an diesen großen Bereich von somatoformen Störungen richtet, und auch von psychosomatischen Störungen. Und insofern finde ich die gegenseitige Respektierung eigentlich kein Problem, wenn man sich diese Differenzierung klar macht.

Dr. med. Monika Nothacker: Vielen Dank, noch mal ein Statement für die Psychosomatik. Aber auch noch mal die Frage Ärztlicher Psychotherapie. Frau Goesmann, die Bundesärztekammer fördert ja dieses Projekt, vielleicht können Sie den Begriff noch mal erläutern? Also Psychotherapie von Ärzten ist gemeint, oder?

Dr. Cornelia Goesmann: Also für mich wäre Psychotherapie, die verschiedenen Verfahren, die es da gibt, eine Technik oder Methode, die Ärzte ebenfalls, eben wie auch die Psychologen, anwenden, um eben in spezifischen Krankheitskonstellationen dem Patienten eben mit einer Methode oder Technik weiterzuhelfen, die eben nicht in der somatischen Therapie beruht, sondern wo er eben ein Plus bekommt, das ihm hilft, seine neurotischen Strukturen, oder was da alles dahinter stehen mag, eben entsprechend auch im Gespräch zu behandeln. Aber ich denke, die Ärztliche Psychotherapie gehört immer eingebettet in ein Gesamtkonzept. Das ist ja das, was wir heute gesagt haben, dass das nichts ist, was ich alleine mache. Es gibt natürlich schon Psychotherapeuten, niedergelassen, die dann nur noch Antragspsychotherapie machen. Aber für mich ist das Interessante eben die Kombination der verschiedenen Behandlungsmethoden durch Ärzte für Patienten, die eben auch eine differenzierte Therapie brauchen. Und das so zu kombinieren, dass es passgenau eben für den einzelnen Patienten hinkommt. Und was ich heute gelernt habe, wenn ich das noch mal sagen darf, weil wir ja auch bald am Ende sind, also das eine ist: Wir müssen, glaube ich, noch verstärkt in der Öffentlichkeit alle zusammen, und dann eben auch als Bundesärztekammer, als KBV klar machen, dass es Ärztliche Psychotherapie überhaupt gibt. Psychotherapie wird zunehmend eben attribuiert an die Psychologischen Psychotherapeuten, weil sie eben da auch eine entsprechend gute Öffentlichkeitsarbeit machen. Aber dass wir es überhaupt im Konzept unserer Behandlungsmethoden haben, das müssten wir doch, denke ich, noch sehr viel mehr nach außen darstellen. Wir müssen, das hab ich gelernt, in der Ausbildung – und da können wir nur alle insgesamt eben auf die Verantwortlichen für Studierendenausbildung Einfluss nehmen – da noch sehr viel stärker drauf hinarbeiten, dass eben psychosoziale Kompetenzen und Fähigkeiten den Studierenden beigebracht werden. Und dass sie auch lernen: Es gibt Ärztliche Psychotherapie. Denn ich denke, wenn heute ein junger Mensch nicht schon vorher, bevor er ein Studium anfängt, erfährt, es gibt Ärztliche Psychotherapie, dann wird er doch, wenn in Zukunft sogar noch das Direktstudium entsteht, sagen: Also ich will Psychotherapeut werden, ich mache mal das Direktstudium oder ich studiere Psychologie. Dass man das auch als Arzt erwerben kann, ist den meisten jungen Leuten nicht bekannt. Und daher, denke ich, sollten wir in der Hinsicht auch in den Schulen oder wo auch immer noch mehr Öffentlichkeitsarbeit machen. Interessant fand ich Ihren Aspekt, dass Sie gesagt haben: Unsere ärztlichen Weiterbildungsassistenten haben ja viel schwierigere Start- oder Weiterbildungsbedingungen, wenn sie Psychotherapie machen wollen, weil sie eben durch die Notdienste und Bereitschaftsdienste und so eben nicht permanent auf Station sind. Das war mir gar nicht klar. Ich denke, das ist etwas, was die Bundesärztekammer auch noch mal mitnehmen muss: Wie können wir die Weiterbildungsstrukturen in diesem Bereich so verbessern oder umorientieren, dass man da auch adäquate Bedingungen hat, eben die psychotherapeutische Weiterbildung vernünftig abzuschließen und machen zu können, wenn man diese ganzen stationären Bedingungen

auch noch mit berücksichtigen will? Und was ich noch wichtig finde, was wir vielleicht zu wenig heute bedacht haben, was aber noch ein Punkt ist: Wie bringen wir jetzt draußen durch ein adäquates Beratungsangebot den Patienten genau da hin, wo er eigentlich hingehört? Wie können wir passgenau garantieren, dass jeder Patient mit einem entsprechenden Beratungsangebot eben das bekommt, was er braucht? Das ist etwas, was wir noch nicht besprochen haben, aber was mir sehr wichtig wäre noch zu klären für die Zukunft.

Dr. med. Monika Nothacker: Vielen Dank. Sie haben einen Teil der Zusammenfassung schon vorweggenommen. Die Frage am Schluss: Wie machen wir das mit dem Patienten? Ich glaube, das ist wirklich so komplex, das sprengt auch diese Veranstaltung. Das muss vielleicht auch begleitet werden durch entsprechende Forschung oder Fokusgruppen oder so. Jetzt habe ich noch drei potenzielle Wortmeldungen. Frau Herpertz, Sie sind zum Schluss die Verantwortliche, wie soll ich vorgehen, bleiben wir in der Zeit? Okay, vielen Dank. Dann Sie, Herr Matzat und Herr Herpertz. Herr Herpertz verzichtet, das ist sehr nett. Dann Herr Hohagen kurz und dann Herr Matzat.

Prof. Dr. Fritz Hohagen: Nur ganz kurz noch mal einen Punkt, der vielleicht noch ergänzt, was eben Frau Goesmann gesagt hat und was Herr Herpertz kurz angesprochen hat. Ich glaube, dass wir für die Ärztliche Psychotherapie vor allem auch im universitären Bereich werben müssen. Und da wird es zunehmend schwierig, psychotherapeutisch orientierte Kollegen auf Lehrstühle zu berufen, weil die Fakultäten sehr stark naturwissenschaftlich geprägt sind und fragen, wie jetzt der SFB XY durch einen neurobiologischen Forscher mit seinen Knock-out-Mäusen sozusagen ergänzt werden kann. Und da hat es ein Psychotherapieforscher natürlich wirklich schwierig, sodass da die Bundesärztekammer vielleicht auch mal im Diskurs mit den Universitäten die Notwendigkeit der Psychotherapie auch in der universitären Landschaft noch mal verstärken könnte, weil da nämlich die Medizinstudenten ausgebildet werden. Und wenn die nichts hören und dann keine Lehrstuhlinhaber mehr da sind, die das vertreten, dass das dann eben auch schwierig ist zu vermitteln.

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat: Ich kann da gut anschließen, weil ich wollte in meinem Schlusstatement auch nicht was dazu sagen, wie Sie sich besser den Patienten verkaufen können, sondern die Nachwuchsfrage, die mir auch große Sorgen macht. Mein Votum – ich hoffe, dass ich das hab deutlich machen können –, ist ja, dass es eine möglichst große Pluralität von Angeboten für Patienten geben soll. Ärzte sollen Psychotherapie machen und Psychologen sollen Therapie machen. Es soll Kurzberatungen und Krisenintervention geben, und es soll Psychoanalyse geben. Es soll VT geben und Psychodynamik. Es soll Einzel und Gruppe usw. geben, immer in der Hoffnung, dass es uns irgendwann immer besser gelingt, auch das Richtige für den richtigen Patienten zuzuordnen. Im Moment gelingt es vielleicht nicht so gut. Aber deswegen plädiere ich für diesen gepflegten Wildwuchs, sagen wir mal.

Dr. med. Monika Nothacker: Statt dem Psychodschungel ein gepflegter Wildwuchs.

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat: So ist es. Gepflegt heißt kultiviert. Und das geht eben nur, wenn Sie es schaffen, innerhalb der Ärzteschaft, des Nachwuchses, der Studenten entsprechende Kader heranzuzüchten, wie man im Osten gesagt hätte. Und dazu ende ich mit einer Frage, man muss ja hier oben nicht nur Antworten geben. Und zwar, auf der Fahrt hierher habe ich eine Untersuchung gelesen über Psychotherapeuten oder angehende Psychotherapeuten, die sich darüber beklagt haben, sehr zu meiner Überraschung, dass in ihrer Ausbildung zu wenig Selbsterfahrung war, zu

wenig Selbsterfahrung. Und jetzt kommt das Verblüffende. Wer hat am meisten geklagt? Die VTler. Das hat mich nun dazu geführt: Wo kommt das eigentlich in den Facharztausbildungen unter? Ich persönlich wäre nun der Meinung, es ist nicht so gut, die Selbsterfahrung beim eigenen Chefarzt oder Oberarzt zu machen. Das muss man irgendwie auslagern. Da sind jetzt doch die Institute vielleicht ... Wie stark man sie auch immer idealisiert, aber die Institute haben da, glaube ich, doch nach wie vor eine bleibende Bedeutung. Und wer finanziert das eigentlich? Das wäre meine Schlussfrage. Und falls Sie mir jetzt antworten: Das finanzieren die selber. Dann bitte ich dringend für Abhilfe.

Synopse und Verabschiedung

Dr. med. Monika Nothacker:

Vielen Dank. Vielleicht ganz kurz noch mal zu dem, was wir erarbeitet haben in der Diskussion. Also auf Nachwuchsmangel, Aus-, Fort- und Weiterbildung will ich jetzt nicht eingehen. Frau Goesmann, das haben Sie schon sehr schön noch mal zusammengefasst. Positivdefinition von Psychotherapie bei Ärzten ist: Sie haben medizinisches Wissen, sie kennen sich auch mehr mit Komorbiditäten aus. Sie können verschiedene Methoden kombinieren. Sie können pharmakologisch arbeiten. Aber auch der Mangel: Was ist außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie an Methodik vorhanden? Und da habe ich ein großes Bedürfnis wahrgenommen, das weiterzuentwickeln, gerade bei chronisch Kranken, Akut-Interventionen. Dort muss es also mehr geben. Das würde das Selbstverständnis von psychotherapeutisch tätigen Ärzten stärken. Das würde aber auch voraussetzen, dass wir mehr Evaluation haben, was wir jetzt nicht haben, auch von den unterschiedlichen Methoden, gerade die außerhalb der Richtlinien-Therapie, mehr forschen auch in dem Bereich. Und da will ich jetzt auf die politischen Schwierigkeiten nicht eingehen. Zum Schluss noch, aus Sicht der Patienten mag es häufig egal sein, ob es jetzt Ärzte oder Psychologen sind, in manchem Spektrum, in manchen eben nicht. Es kann sein, ein Patient sucht sich einen Hausarzt und einen Psychotherapeuten oder andere Ärzte. Da wäre einfach noch die Frage, und das muss weiterentwickelt werden, das haben wir heute in der Tat nicht diskutiert: Wie kann man die Patienten besser informieren? Vielen Dank, und ich übergebe an Frau Herpertz.

Prof. Sabine Herpertz:

Ganz herzlichen Dank, ich denke, Ihnen ist gelungen, hier ein sehr interessantes, anregendes Diskussionsforum zu entwickeln und damit natürlich auch uns jetzt als Projektträger, die, die das Projekt durchführen, wir das auch mitnehmen können und uns stärken wird in unserer Arbeit. Ich würde gern jetzt auch kurz zusammenfassen, was ich jetzt vor allem aus dieser Diskussionsrunde mitnehme, wobei sich das schon damit deckt, was Sie, Frau Nothacker, gerade zusammengefasst haben. Also für mich wurde zum einen deutlich, dass die Medizin die Psychotherapie braucht, was allerdings bedeutet, dass diese psychotherapeutische Basiskompetenz bereits früh im Studium, also nicht erst in der Weiterbildung, sondern allen Ärzten in der Ausbildung zugute kommen muss. Also dass psychotherapeutische Basiskompetenz schon einen zentralen Raum im Studium innehaben muss, wo ich nicht ganz zustimme, dass das schon sehr weit so wäre. Als ich denke, da ist durchaus noch Besserungsbedarf. Dann im Weiteren, ja, Ärztliche Psychotherapie schon mehr als Psychotherapie durch Ärzte. Ich denke, die höchsten Gemeinsamkeiten haben wir diskutiert in der Richtlinien-Therapie, wo sich eher die Berufsgruppen weniger unterscheiden, es aber jenseits der Richtlinien-Therapie dann spezifische Eigenschaften gibt, die auch durch den ärztlichen Beruf geformt werden, in seiner Sozialisation als Arzt. Und eben, wie Sie eben auch sagten, mit diesem vor allem multimodalen Ansatz, stärker störungsorientierten Ansatz. Und dass wir hier aber besonderen Forschungsbedarf haben und ich hier auch unser Projekt ja genau da auch aufstelle, zu erfahren: Was wird jenseits der Richtlinien-Psychotherapie psychotherapeutisch getan? Und wie hoch ist auch dort die Qualität und wo gibt es auch Verbesserungsbedarf in der Qualität? Dann sind wir im Grunde bei der Weiterbildung. Hier brauchen wir spezifischere Wege der Weiterbildung, weil gerade in dieser zuletzt genannten Ärztlichen Psychotherapie auch besondere Anforderungen auf den Ärztlichen Psychotherapeuten bei schwerkranken, bei chronisch kranken Patienten zukommt. Und wie können wir diese Form der Weiterbildung in den Kliniken; da auch den Raum schaffen für unseren Nachwuchs? Da habe ich besonders aufgehorcht als Klinikleiterin, wo ich auch immer wieder denke, dass da auch unser Anspruch als Chef immer sehr hoch ist an den Universitätsklinika. Wir wollen forschende Mitarbeiter, wir wollen aber auch sehr gerne Mitarbeiter mit hoher psychotherapeutischer Kompetenz. Ich weiß, was die Assistenten da auszuhalten haben. Und was ich auch mitnehme, das war gerade bei Ihrem Beitrag, Herr Matzat, so, dass ich da doch einen großen Gegensatz erlebt habe, mit einmal einem sehr differenzierten Versorgungsangebot in Deutschland, und auf der anderen Seite einem Patienten, der diese Unterschiede in der Qualifikation im Grunde nicht kennt. Und dass da eben die Frage ist: Wer kann hier stärker eine Lotsenfunktion übernehmen? Da fiel der Begriff des psychotherapeutischen Lotsen. Also auch hierüber könnten wir in unserem Projekt noch mal nachdenken. So weit für mich so das Wichtigste, neben allem anderen vielem Wichtigem, was ich mitnehme. Und ganz herzlichen Dank noch mal fürs Kommen, und ich übergebe an dich, Stephan.

Prof. Stephan Herpertz:

Jetzt gebe ich Ihnen einen ganz kleinen Einblick in familiäre Konstellationen. Das Integrative ist ja weitgehend jetzt gesagt worden, das brauche ich nicht zu sagen. Wir sind aber heute alle auch sehr, sehr liebevoll miteinander umgegangen. Und ich will noch einmal, das ist ein Anliegen von mir, Folgendes herausstellen. Was ist meine Motivation zum Beispiel für mein Engagement hier und auch für die Gestaltung des heutigen Tages gewesen? Es ist Folgendes. Der Patient nebenan in der Onkologie, der ist 60 Jahre alt, der hat seit 10 Jahren eine chronisch lymphatische Leukämie, und bekommt die Diagnose eines Blastenschubs. Der Patient ist gebildet, er weiß über seine Krankheit Bescheid, und weiß auch, dass mit dieser Diagnose, die ihm hochwissenschaftlich vermittelt wird, er ganz klar das Ende seines Lebens auch damit gesagt bekommt. Er bekommt es natürlich nicht gesagt. Er beginnt zu weinen. Und dann verlässt die Gruppe der Visiteure sofort das Zimmer, und der Psychologe, nämlich aus der Psychoonkologie, wird gerufen. Vorweg, ich habe überhaupt nichts gegen Psychologen. Ich arbeite sehr gerne mit Psychologen zusammen, das ist sehr wichtig, solche Gräben mag ich überhaupt nicht. Aber was da passiert in der Medizin, ist, dass eben eine klare Trennung gemacht wird, zum Beispiel in dem Fall zwischen Affekten und Körper. Der Arzt, der Onkologe, versteht sich als zuständig für halt eben die Beckenstanze und für die Vermittlung des Ergebnisses, was er in der Stanze gesehen hat. Und alles Weitere, was passiert, und was mit der Befindlichkeit des Patienten zu tun hat, dafür ist dann in dem Fall der Psychologe zuständig. Das finde ich nicht gut. Und dazu, finde ich, müssen wir auch Psychotherapie durch Ärzte oder Ärztliche Psychotherapie; müssen wir da letztendlich auch unsere Kompetenz haben. In dem Sinne nämlich, denke ich auch, wenn man das weiter ausführt, ist es schon manchmal auch befremdlich, das ist heute nicht geschehen, dass sich Psychiatrie und Psychosomatik ziemlich beharkt. Und ich finde, das ist meine Meinung, dass als Oberstes gelten sollte, dass wir gemeinsam die Ärztliche Psychotherapie oder Psychotherapie durch Ärzte; dass das letztendlich unser Job ist und wir da in manchen Fragen und mehr Fragen auch mehr Solidarität von beiden Seiten zueinander zeigen sollten. Letzte Sache, auch wo wir uns da sehr liebevoll mit bewegt haben, Richtlinien-Psychotherapie. Mein alter Analytiker vor vielen Jahren – ich bin selber Psychoanalytiker – hat mal gesagt: Das Ende der Psychoanalyse kommt vielleicht dadurch, weil die Psychoanalyse eine Staatsreligion viele, viele Jahre war, und es verpasst – ich würde fast heutzutage sagen, verpasst hat –, innovativ weiterzudenken. Wenn man mal einfach so sieht: Welche Denker gibt's denn noch in der Psychoanalyse, die einfach die Psychoanalyse vorantreiben? Und manchmal habe ich auch Angst, dass einfach die Psychoanalyse ersetzt worden ist durch die Richtlinien-Psychotherapie. Das heißt also, wir haben zwei Verfahren, die auch eben Staatsreligion geworden sind. Das heißt, beide Verfahren werden nicht weiter hinterfragt. Das hat auch alles seinen Sinn, aber eben seinen politischen Sinn. Aber es bremst und bremst auch aus gegenüber innovativen Fragen. Und ich denke, gerade in der Psychotherapie – jetzt bin ich noch mal beim Thema Forschung – ist es einfach ganz wichtig, auch über den Tellerrand zu gucken und eben zu sagen: Was gibt es jenseits auch von Richtlinien-Psychotherapie. Ansonsten, wir haben es ja ein bisschen mit Spannung auch heute betrachtet, wir hatten ja nicht viele Vorläufermodelle: Wie wird das heute sein? Ich denke, es hat uns sehr viel gebracht, wir haben auch fleißig notiert. Und ich denke, es werden für unser Projekt auch Ihre Anregungen, sehr wichtig sein. Und ich danke noch mal allen Referentinnen und Referenten, dass sie gekommen sind, und auch Sie, ans Auditorium, für Ihre Beiträge und dass Sie gekommen sind. Vielen Dank.

Dr. Christa Schaff:

(...) Frau Lehmkuhl auch so ein bisschen: Wir sind das kleine Fachgebiet, wir sind die Kleinen. Ein bisschen hat sich das heute Vormittag auch abgebildet. Wie Frau Lehmkuhl zurecht in der Pause etwas erobert angemerkt hat, kamen die Kinder und Jugendlichen eigentlich kaum vor. Ich denke, das hat sich heute Nachmittag ein bisschen zurechtgerückt, aber es sieht so aus, als ob wir immer so ein bisschen hinterherlaufen. Das klang auch so, Frau Lehmkuhl, als Sie jetzt zurecht angemahnt haben, dass wir eben noch nicht überall Pflichtfach in der Ausbildung sind, in der ärztlichen Weiterbildung. Das ist ein Skandal, und das muss man hier noch mal so ganz laut betonen, denke ich. Und aus dieser Sicht sind wir da wirklich immer wieder so das letzte Rad am Wagen. Aber ich denke, es ist heute auch sehr deutlich geworden, dass wir eigentlich auch manches voraus haben. Vielleicht nicht ganz deutlich, aber ich will es jetzt noch mal betonen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie lebt davon, dass sie integrativ arbeitet. Es ist ein integratives Fach, deswegen liebe ich die Kinderpsychiatrie. Ich bin auch Nervenärztin und Psychosomatikerin und Psychoanalytikerin. Aber niemand wird mich davon abhalten, Kinder- und Jugendpsychiatrie zu machen, weil das wirklich die gelebte Integration ist von somatischen Erfahrungen, sozialen Interventionen, Psychotherapie, aber auch Psychoedukation. Und vor allem die Arbeit mit dem System im Leben des Kindes und an der Entwicklung. Es gibt eigentlich nichts Schöneres, als die Kinder in dieser Weise, und die Familien, zu begleiten. Also ich meine, das Integrative, was hier immer wieder so anklang und als großes Ziel dargestellt wurde, haben wir schon ein Stück. Da sind wir vielleicht sogar ein bisschen voraus. Was ich auch noch mal betonen möchte, als Sie die Folien vielleicht zum Teil auch jetzt aufnehmen konnten, auf die wir ganz stolz sind, die Frau Roth-Sackenheim vorgestellt hat und an denen wir natürlich weiter auch versuchen werden, die Situation in der ambulanten Versorgung zu analysieren, es wurde sehr deutlich, dass die Kinder- und Jugendpsychiater sehr viele Behandlungsfälle haben. Ich weiß nicht, ob Ihnen das als Bild noch klar ist. Wir sind etwa ein Viertel der Menge der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Also 780 sind im Moment, glaube ich, Kinder- und Jugendpsychiater niedergelassen, und etwa 2400-2500 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Aber wir behandeln etwa die dreifache Menge an Behandlungsfällen. Natürlich will ich das nicht miteinander direkt vergleichen, weil wir nicht nur Richtlinien-Psychotherapie machen, aber wir sind ausgesprochen versorgungsrelevant, obwohl wir eine geringere Zahl haben. Und daran wird wieder deutlich, dass wir nicht immer wieder argumentieren können mit den Zahlen der Psychotherapeuten, sondern damit: Was wird denn da wirklich versorgt? Und das, denke ich, wird durch die Folien ein bisschen offener, und das hat mich auch gefreut. Es ist auch deutlich geworden, dass wir sehr viele komplexe Fälle haben, dass wir sehr viele Diagnosen pro Fall haben. Und da ist jetzt auch im Podium noch mal deutlich geworden, dass wir nach Möglichkeit eben ein breites Spektrum an Angeboten haben sollten, um eine individuelle Lösung für den Patienten, aber auch für seine Familie zu finden. Und das ist ein wichtiger Auftrag, den wir versuchen in der Kinderpsychiatrie auch umzusetzen. Und ich möchte noch schließen mit der Evidenz der psychotherapeutischen Arbeit oder psychiatrischen Arbeit. Wir haben aus einer Studie, die ich vorhin schon erwähnt habe, die 2005/2006 gelaufen ist bei Prof. Matthejat in Marburg, eine Analyse gemacht bezüglich vier Krankheitsgruppen – der depressiven Kinder, der Angststörung, des hyperkinetischen Syndroms und der Störung des Sozialverhaltens. Und aus dieser Analyse ist rausgekommen, dass wir eine gute Evidenz in dem Treatment as usual, als in der allgemeinen kinderpsychiatrischen Behandlung, die nicht weiter differenziert war, für Angststörungen und für

ADHS haben, nicht aber für depressive Störungen und Störungen des Sozialverhaltens. Das ist ein schönes Ergebnis, weil das eine Versorgungsstudie war, die wirklich in der Realität gemacht worden ist, und so viele gibt es davon noch gar nicht. Aber natürlich nehme ich heute mit: Wir müssen, wenn wir unsere psychotherapeutische Arbeit als Psychiater außerhalb der Richtlinie weiter, immer wieder auch in ihren psychotherapeutischen Qualitäten auch verteidigen wollen, unbedingt eben weitere gezielte Studien da machen, störungsspezifisch und aber eben auch mit integrativen Ansätzen. Und das vor allem beschreiben und laut nach draußen sagen. Vielen Dank.

Dr. med. Monika Nothacker:

Dann darf ich Sie jetzt nach Hause entlassen, einen schönen Nachmittag noch, einen schönen Abend und vielen Dank.