

# „Besonderheiten psychiatrischer Psychotherapie“

NGaT 10.05.2014 Bad Malente

Dr.med. Uwe Bannert

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

23795 Bad Segeberg

Zum Zeitpunkt der Erstellung der Vortragsinhalte  
in folgenden Verbänden besonders engagiert:

KV-SH (dadurch gastweise KBV),  
Ärztegenossenschaft Nord, BVP-SH, BVVP,  
BVDN, BVDP, Ärztekammer SH

„Worüber man nicht sprechen kann,  
muss man schweigen.“

Ludwig Wittgenstein 1918

(Quelle: Tractatus Logico, London, 1922)

## **Einleitend**

zur Entstehung des Vortrages  
zu Grundpositionen und Zielvorstellungen

## **Teil A**

Berufspolitische Aspekte

## **Teil B**

Berufsrechtliche Aspekte

## **Teil C**

Fachliche Aspekte

## **Teil D**

Versorgungsaspekte

## **Schlussbemerkungen**

zu Wirkfaktoren in der Psychotherapie

- Dieser Vortrag hat eine lange Entstehungsgeschichte
- und ist so etwas wie die Frucht von 15 Jahren berufspolitischer Arbeit in gänzlich unterschiedlichen Gremien
- bei gleichzeitig engagierter Praxistätigkeit in einer großen fachgruppen- und methodenübergreifenden Praxisgemeinschaft mit 5 bis 7 Kollegen und etwa 900 gemeinsamen Patienten im Quartal

- Ende der 2000er Jahre begann eine bis heute andauernde lähmende Debatte (**Melchinger-Studie**) zwischen Verbänden der Psychiater und Nervenärzte auf der einen Seite und Psychotherapeutischen Verbänden auf der anderen Seite um die Mittelverteilung im Gesundheitswesen (**Teil A**);
- mit dem zunehmenden Versorgungsdruck in den letzten Jahren entwickelte sich bei mir ein eigenes besonderes Anliegen zu einer gemeinsamen Versorgungsverantwortung aller Psychotherapeuten und die Hoffnung auf Veränderung der eingefahrenen Denkgewohnheiten im Rahmen der **berufsrechtlichen Möglichkeiten (Teil B)**;

- Schon **1998** entstand der **inhaltlich/fachliche Teil C** für ein Seminar bei der NGaT (!), das ich zusammen mit dem kürzlich verstorbenen Dr. Schall abhalten sollte, das aber dann ein Fallseminar und kein Theorieseminar wurde;
- Die **Zahlen zur Versorgungslage** auf Bundesebene und für SH sind Frucht meiner langjährigen Arbeit in den Gremien, die mir Zugang zu Hintergrundinfos eröffnete, die ich exemplarisch ausgewertet und uminterpretiert habe (**Teil D**)
- Im **Schlußteil** stelle ich **eigene Überlegungen** zur Interpretation der aktuellen Versorgungsforschung zur Diskussion

- **Im Nov 2012** hielt ich diesen Vortrag schon einmal auf dem **DGPPN-Kongreß in Berlin**, dem größten deutschsprachigen Psychiater-Kongress der Welt, vor einem kleinen Teilpublikum gerafft auf 20 Min. und damals ohne jede zeitliche Diskussionsmöglichkeit;
- deshalb bin ich sehr dankbar, dieses komplexe **Thema noch einmal in mehr Ruhe darstellen** zu dürfen;

**Ziele dieses durchaus berufspolitischen Vortrages sind:**

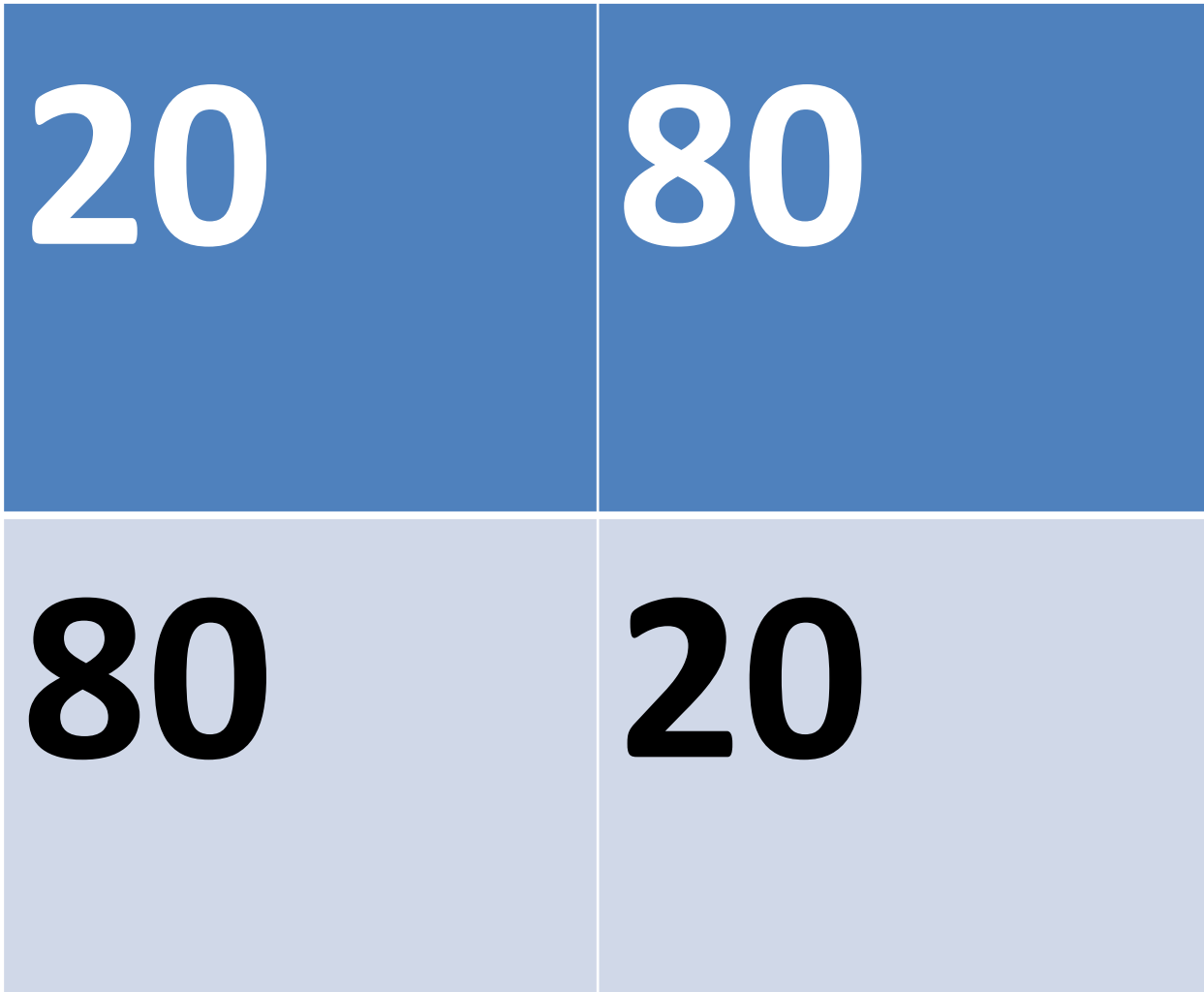
- niedergelassene **Psychiater** und **ärztliche Psychotherapeuten** in Deutschland sollen wieder **sprachfähiger** werden gegenüber dem zunehmenden **Alleinvertretungsanspruch** Psychologischer Psychotherapie;
- **Ökonomische Verkürzungen** in der Debatte sollen wieder ersetzt werden durch fachliche und inhaltliche Argumente;
- **Psychiatrie und Psychotherapie** sind kein versorgungspolitischer Gegensatz,
- sie **gehören zusammen** und ergänzen sich !



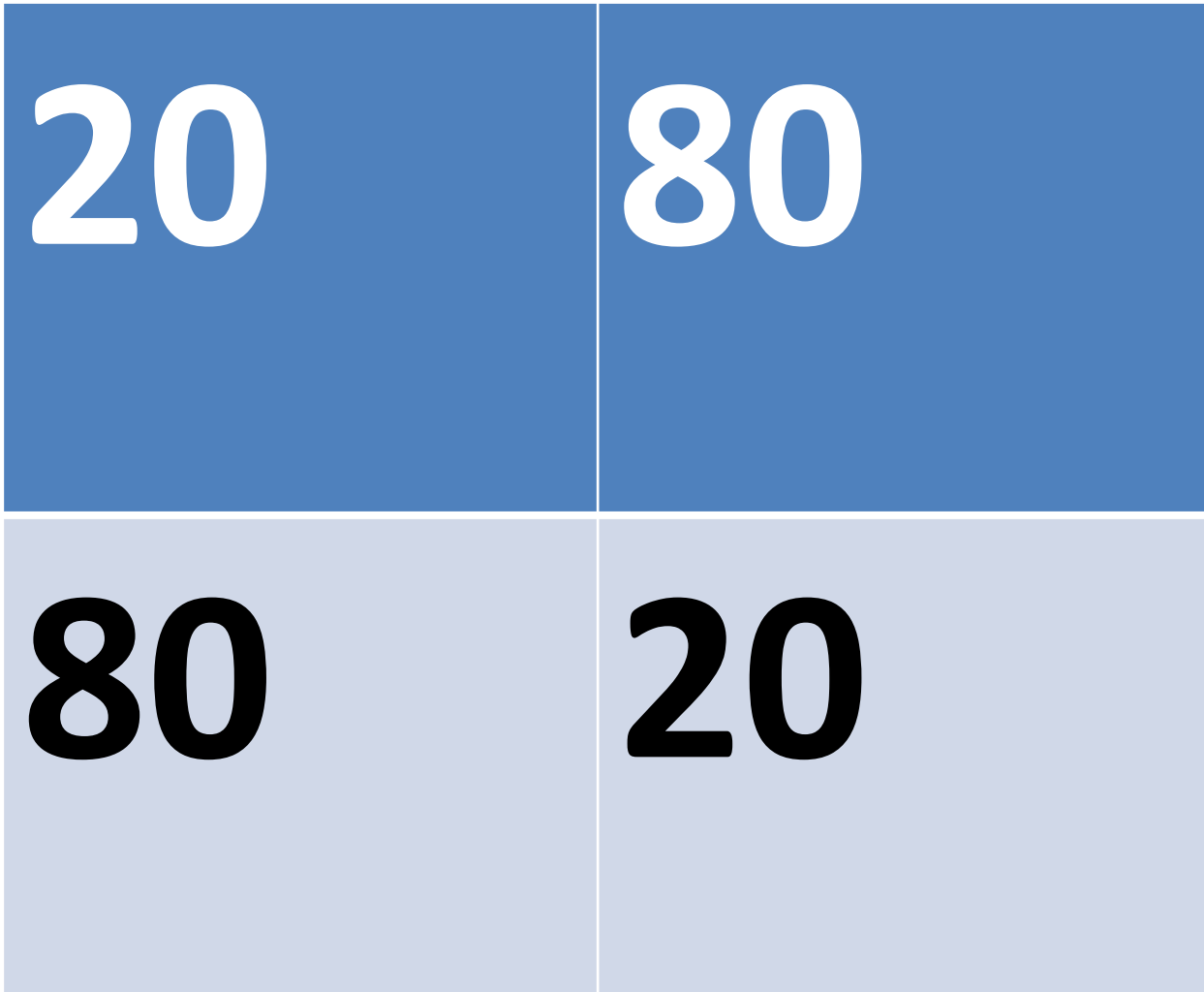
- Mein **provokantes Motto**,
- zugleich mein Wunschtraum zur besseren Versorgung aller Patienten lautet:
- **„mehr Masse statt noch mehr Klasse“**
- nicht weil es so toll, sondern weil es notwendig ist
- **Hinweis:** wenn im Folgenden von Psychiatern die Rede ist dürfen sich genauso auch Ärztliche Zusatztitler gemeint fühlen, die neben einer Versorgungspraxis im Fachgebiet auch Psychotherapie anbieten, und Psychotherapeutische Mediziner mit Sprechstunden und größeren Patientenzahlen als etwa 50.

# Teil A

## Berufspolitische Aspekte



- Dieses **Viereck** (angelehnt an Pareto) ist eine unter Ökonomen bekannte Basisfigur zur rationalen Verteilung knapper Ressourcen, seien es nun persönliche Kräfte, Geldmengen oder Zeitaufwand bei der Lösung von Aufgaben
- Eine solche Figur liegt im Grunde auch der **Melchinger-Studie** zugrunde, der Quelle diverser kontroverser Debatten auf Bundesebene
- Nach solchen Denkmustern planen Kassen und Politik das Gesundheitswesen, auch wenn sie es (noch ?) wegen der **ethischen Implikationen** nicht so offen zugeben können



# Begriffsvermischungen und Sprachverarmung

seit dem Psychotherapeutengesetz 1999 :

- Krankheit vs. Störung
- Therapeut vs. Psychotherapeut
- (Psychologischer) Psychotherapeut vs. ärztlicher Psychotherapeut
- Psychotherapie vs. Richtlinienpsychotherapie
- Behandlung vs. (kollektive) Beratung in allen Lebenslagen
- Notfallbehandlung vs. zeitnahe Erstbehandlung
- Psychotherapeutenkammern vs. Ärztekammern und KVen

## Diese Begriffsvermischungen bedrohen die Patientenversorgung durch:

- einseitige Mittelverteilungen
- falsche Leistungsanreize
- Desorientierung der Patienten und der (berufs-) politischen Öffentlichkeit
- Verlust der fachlichen Position der Psychiater
- Resignation der verbliebenen ärztlichen und psychiatrischen Psychotherapeuten und Abbau ihres Angebotes in der Versorgung

Dabei brauchen sich (ärztliche und) psychiatrische Psychotherapeuten nicht zu verstecken:

- *sie* haben erreichbare **Praxisstrukturen**;
- *sie* leisten **Erst- und Notfallversorgung**;
- *sie* **kombinieren** psychotherapeutische mit somatischen Behandlungsverfahren;
- *sie* wenden **unterschiedliche** Methoden an;



## Strukturqualität

**Psychiater** sind mit ihren Praxisstrukturen sicherlich die am besten aufgestellte Gruppe in der ambulanten Versorgung (Ambulanzen !);

## Prozessqualität

Nachteilen hinsichtlich der **Intensität** ihrer Behandlungen stehen Vorteile in der **Reichweite** gegenüber;

## Ergebnisqualität

wg. fehlender Indikatoren spekulativ:

Heilung ??? Anzahl gebesserter Lebensjahre ?  
gesparte Kosten ?

hier ist viel Raum für Vorurteile

- alle Angebote sind nachgewiesen vorteilhaft für die Patienten, solange sie qualifiziert, fachlich fundiert und in selbstkritischer Methodenbeschränkung erfolgen;
- es geht angesichts eines zunehmenden **Versorgungsnotstandes** nicht um graduelle Unterschiede zwischen den Fachgruppen
- sondern um die zukünftig **gemeinsame Sicherstellung einer Basisversorgung;**

- **Psychiater** stehen hinsichtlich ihrer Erreichbarkeit und Breite des therapeutischen Angebotes zwar einzig da –
- sind aber trotzdem in der Defensive:
  - hinsichtlich zu knapper Mittelzuteilungen
  - hinsichtlich ihrer Zeitnot für Patienten
  - hinsichtlich Anwürfen minderer Behandlungstiefe

sie brauchen aber die **tätige Unterstützung** aller psychotherapeutischen Fachgruppen und...

...sie brauchen dringend die **materielle Absicherung** ihres bedrohten Versorgungsauftrages durch Krankenkassen und KBV:

- durch Besserstellung der psychiatrischen Gesprächsleistungen allgemein
- durch Besserstellung der Erstkontakte im Krankheitsfall (gilt für alle psychotherapeutisch Tätigen)
- durch Nachwuchsförderung in den Praxen, wie im Hausarztbereich schon lange üblich;

Von den **ausschließlich psychotherapeutisch**  
tätigen Kolleginnen und Kollegen  
(seien sie nun ärztlicher oder  
psychologischer Profession)

wünschen Psychiater **keinesfalls**  
**die Hergabe von Geld** zugunsten des  
psychiatrischen Versorgungsauftrages -

Sondern sie wünschen sich von ihnen  
**mehr entlastende Versorgung für den**  
**ihnen zugestandenen Geldanteil !**

Denn

mit immer mehr und immer nur mehr  
Richtlinienpsychotherapie im **Standardverfahren**

mit 50 bis 100 Sitzungen im wöchentlichen  
Abstand sind weder die beteiligten Fachgebiete  
hinsichtlich ihrer tatsächlichen **fachlichen**  
**Möglichkeiten** angemessen abgebildet,

noch

kann die immer **wachsende Nachfrage** der  
Patienten so auch nur gesichtet, geschweige denn  
wenigstens notdürftig versorgt werden !

- es gibt ! wirksame Psychotherapie mit einem Aufwand je Fall **unter 50 Sitzungen** im wöchentlichen Abstand,  
und
- es gibt ! wirksame Gesprächsbehandlungen, die je Sitzung **kürzer als 50 Min** dauern;
- solche Verfahren werden bislang eher von ärztlichen Psychotherapeuten angewendet, weniger von Psycholog. Psychotherapeuten,
- am meisten werden sie eingesetzt von niedergelassenen **Psychiatern** und den sog. ärztlichen **Zusatztitlern** !

# Teil B

# **berufsrechtliche Aspekte**



## Niederfrequente Verfahren sehen die **Psychotherapierichtlinien** durchaus vor (**tiefenpsychologischer Blickwinkel**):

- **halbierte Probesitzungen** (ggf. auch 14 tgl. erbracht) unterstützen einen Patienten etwa  $\frac{1}{2}$  Jahr lang;
- z.B. akut oder überbrückend, wenn noch kein Therapieplatz frei ist, der sich dann nicht selten (mind.  $\frac{1}{3}$ ) sogar erübrigt;

- **niederfrequente längerfristig haltgebende Psychotherapie** (mind. 1x/Mon, auch in halbierten Sitzungen)
- begleitet Patienten nach Antragstellung für längere Zeiträume bis zu 3 Jahren,
- z.B. bei strukturellen Störungen

- **Dynamische Psychotherapie** überlässt es den Therapeuten, wie die genehmigte Stundenzahl genutzt wird,
- z.B. anfangs höhere Behandlungsfrequenz und dann wieder größere Abstände,
- lange währende aber nur vergleichsweise wenige Stunden (auch KZT) verbrauchende Behandlungen;

- **Kurztherapie und Fokalthherapie** (hier auch halbierte Sitzungen) sind anspruchsvolle analytische Verfahren,
- Verfolgen normal bis hoch-frequent aber mit niedriger Stundenzahl begrenzte Behandlungsziele in sehr kurzem Zeitraum
- so z. Bsp. Freud selbst

- **Psychosomatische Gesprächsbehandlungen**

(15 Min. Dauer)

und

- **Übende (Entspannungs-)Verfahren**

(Einzel 25 Min. Dauer, Gruppe 50 Min. Dauer, 2-10 Pat.)

- sind mögliche Alternativen  
zur genehmigungspflichtigen  
Richtlinien-Psychotherapie
- sind selbst noch Teil der Richtlinienverfahren

- **10 Minuten-Ziffern** aller Fachgruppen lassen sich zu (niedermittelfrequenten !) Gesprächsbehandlungen kürzerer Dauer (20 oder 30 Min je Sitzung) kombinieren, die ohne Limitierung der Dauer der Behandlung eine **lebensbegleitende Hilfe langfristig** absichern;
- die auch für alle **akuten Interventionen** der nichtpsychiatrischen Fachgruppen geeignet sind;

- Diese **Vielfalt therapeutischer Möglichkeiten** ist für den Psychiater gelebte Selbstverständlichkeit;
- fern von jedem Konkurrenzdenken müssen diese den Einsatz solcher verschiedener Methoden auch ihren nichtpsychiatrischen Kollegen zugestehen
- ... **wollen sie angesichts der steigenden Patientenzahlen nicht zu bloßen Rezeptmanagern für die „Patienten auf Warteliste“ verkümmern;**

# Teil C

## **fachliche Aspekte**



# Einige Aspekte psychiatrischer Psychotherapie in Ergänzung zu analytisch begründeten Verfahren

Dr.med. Uwe Bannert, Bad Segeberg, 1998, bearbeitet 2012

Diagnosegruppe	Neurose	(frühe) Persönlichkeitsstörung	Psychose, Präpsychotische Störung
Störung	unbewußte (nicht nur Trieb)-Konflikte	Struktur-Defizite, Ich-Funktionen	Ich-Erleben
Beeinträchtigung	Befriedigung eig. Wünsche	Beziehungsgestaltung	Realitätsbewältigung
Abwehr	Verdrängung	Leugnung, Spaltung	Fragmentierung
Zeitlichkeit	"vergessen", damals	"entweder/oder", hintereinander	"jetzt"
Konflikt	Kompromiß zw. Über-Ich und Es	Erhalt des bedrohten Wertgefühls	Existenz vs. Auflösung
unbew. Ziel des Pat.	Rettung des Ich	Rettung des Selbstwertes	Rettung der Identität
besondere Fähigkeit des Pat.	Vielfalt	Heftigkeit	Intuition
besonderes Setting	fester und verlässlicher Rahmen	grenzziehende Absprachen	eingeschränkte Verantwortung bei Patient
Frequenz & Zeitraum	feste Frequenz, kurz bis lang,	wechselnde Frequenz , lange Dauer	variabel in Frequenz und Dauer, sofort
Hindernisse und Risiken	Widerstand, Regression	Agieren, Entwertung, Abbruch,	Dekompensation, Auflösung,
Gegenübertragung	Interesse (Art & Intensität als Diagnostikum)	Leere / Langeweile, Vorsicht	Schreck / Angst (um, nicht vor Pat.)
Versuchung	Triebbefriedigung	Verurteilung, Beziehungsabbruch	Bemächtigung
Blickwinkel	persönliche Geschichte, eigentliche Ziele	gegenwärtige Lebenssituation	Zustandsbild, momentane Begegnung
Therapieziele	Beziehung zu unbewußten Anteilen	Beziehung zur Gesamtperson	Beziehung zu gesunden Fragmenten Kommunikation mit kranken Fragmenten
	Erlaubnis & Erweiterung	Verbindung & Begrenzung	Aushalten & Hilfs-Ich
	Vollständigkeit der Persönlichkeit	(partielle) Lebensbewältigung	Stärkung/Erhaltung der gesunden Anteile

Einige Aspekte psychiatrischer Psychotherapie  
in Ergänzung zu analytisch begründeten Verfahren (1/5)

1	2	3
Diagnosegruppe	Störung	Beeinträchtigung
Neurosen	Auswirkungen unbewusster Konflikte	Befriedigung eigener Wünsche
(frühe) Persönlichkeitsstörungen	Struktur-Defizite, Ich-Funktionen	Beziehungsgestaltung
Präpsychotische Störungen, Psychosen	Ich-Erleben	Realitätsbewältigung

Einige Aspekte psychiatrischer Psychotherapie  
in Ergänzung zu analytisch begründeten Verfahren (2/5)

4	5	6
<b>Abwehr</b>	<b>Zeitlichkeit</b>	<b>Konflikt</b>
Verdrängung	"vergessen wollen"	Über-Ich (Normen) vs.
	damals, nicht heute	Es (Wunscherfüllung)
Leugnung, Spaltung	"entweder/oder",	Wertgefühl
	hintereinander	
Fragmentierung	"hier und jetzt"	Existenz vs. Auflösung

Einige Aspekte psychiatrischer Psychotherapie in Ergänzung  
analytisch begründeter Verfahren (3/5)

7	8	9
unbewusstes Ziel	besondere Fähigkeit	besonderes Setting
Entlastung des Ich	Vielfalt	fester, verlässlicher Rahmen
		50 Min Standardsetting
Erhalt des Selbstwertes	Heftigkeit	Absprachen
		verlässliche Geduld
		25 oder 50 Min Setting
Rettung der Identität	Intuition	Rituale, eingeschränkte Verantwortung des Pat., 10 bis 25 (bis 50) Min,

Einige Aspekte psychiatrischer Psychotherapie in Ergänzung  
analytisch begründeter Verfahren (4/5)

10	11	12
<b>Frequenz &amp; Zeitraum</b>	<b>Hindernisse / Risiken</b>	<b>Gegenübertragung</b>
feste Frequenz, kurz bis (sehr) lang	Widerstand, Regression	Interesse (Art und Intensität als Diagnostikum)
wechselnde Frequenz, intermittierend, auch niederfrequent, (sehr) lange Dauer	Agieren, Entwertung, Abbruch	Leere, Langeweile Vorsicht
sofort, häufig bis selten, regelmäßig, lang (ggf. lebenslang)	Kommunikationsbruch, Dekompensation, Auflösung (Suizid)	Schreck Angst um Pat.

Einige Aspekte psychiatrischer Psychotherapie  
in Ergänzung zu analytisch begründeten Verfahren (5/5)

13	14	15
<b>Versuchung</b>	<b>Blickwinkel</b>	<b>Therapieziele</b>
Befriedigung	persönliche Geschichte	Beziehung zu unbewussten Anteilen,
	eigentliche Ziele	Erlaubnis und Erweiterung,
		Vollständigkeit
Verurteilung	gegenwärtige	innere Beziehung zur Gesamtperson
Beziehungsabbruch	Lebensbewältigung,	Verbindung, Begrenzung,
Gegen-Aggression	Beziehungsgestaltung	neue Konflikt-Strategien,
Bemächtigung	Zustand	Stärkung gesunder Anteile,
	momentane Begegnung,	Kommunikation, Aushalten,
	Entlastung	Entmächtigung kranker Anteile,
		Alltagsbewältigung

# Teil D

# Versorgungsaspekte

Psychiatrisch/Psychotherapeutische Versorgung  
Leistungsmengen KBV 2008 (1/2)

<b>Psychiatrisch/Psychotherapeutische Versorgung KBV 2008</b>				<b>grober Überschlag 1 Sitzg. = 2000 Pkt. je 60 Min.</b>
<b>Gruppe</b>	<b>Praxen</b>	<b>Fälle PT</b>	<b>Pkt.Zahl (LB)</b>	<b>abgeleitete Std.</b>
<b>1 PTM</b>	2.385	406.128	3.826.698.559	<i>1.913.349</i>
<b>2 Psychiater</b>	<b>1.955</b>	<b>2.633.475</b>	<b>6.145.735.742</b>	<b>3.072.868</b>
<b>3 Nervenärzte</b>	1.310	4.155.456	6.902.819.198	<i>3.451.410</i>
<b>4 PP und KiJuPP</b>	13.264	2.482.861	22.671.882.718	<i>11.335.941</i>
<b>5 ärztl.PT(&gt;90%)</b>	2.073	359.616	3.073.067.677	<i>1.536.534</i>
<b>1-5 Summe</b>	<b>20.987</b>	<b>10.037.536</b>	<b>42.620.203.894</b>	<b>21.310.102</b>

Quelle: KBV  
zitiert nach Medical Tribune „Neurologie & Psychiatrie“ Nr.1 Feb.2012, S. 17



Psychiatrisch/Psychotherapeutische Versorgung  
Leistungsmengen KBV 2008 (2/2)

abgeleitete Zahlen	heruntergerechnet auf 1 Durchschnittsquartal mit 13 Wo KBV 2008				
Gruppe	Versorgung Fälle/Praxis	Engagement Std/Praxis	Intensität Std/Pat	Auslastung Std/Prax/Wo	Reichweite Fälle/100 Std
1 <b>PTM</b>	43	200,56	4,71	15,43	21,23
2 <b>Psychiater</b>	<b>337</b>	<b>392,95</b>	<b>1,17</b>	<b>30,23</b>	<b>85,70</b>
3 <b>Nervenärzte</b>	793	658,67	0,83	50,67	120,40
4 <b>PP und KiJuPP</b>	47	213,66	4,57	16,44	21,90
5 <b>ärztl.PT (&gt;90%)</b>	43	185,30	4,27	14,25	23,40
Dr.med.Uwe Bannert, Bad Segeberg					

Auf Bundesebene zeigen die Zahlen der KBV aus 2008 die bekannten Zusammenhänge:

- alle **2.000 Psychiater-Praxen** zusammen behandelten knapp genauso viele (80%) Patienten wie alle rund **18.000** ärztlichen (4.450) und Psychologischen (13.300) **Psychotherapeuten-Praxen** zusammen,
  - der abgerechnete **Leistungsbedarf** der Psychiater hierfür betrug nur etwa **1/5 (17%)**
  - die aufgewendete **Zeit** lag bei etwa **1/4 (23%)**
- d.h. mind. 15% relative Schlechterbezahlung !**

<b>Gruppe</b>	<b>Therapeuten</b>	<b>Fälle</b>	<b>Sitzungen</b>
<b>1) Psychologische PT</b>	400,5	16.821	80.230
<b>2) KiJu PT</b>	79,5	2.979	18.306
<b>3) ärztliche PT (PTM &amp; 90%)</b>	146,0	7.602	33.138
<b>1-3) Alle PT-Gruppen</b>	756,0	30.402	140.432
<small>Quelle: Borchers Nov 2011</small>			
<b>4) Zusatztitler mit PT</b>	111,5	2.998	7.462
<b>5) Nervenärzte mit PT</b>	19,0	476	1.343
<b>6) Psychiater mit PT</b>	14,0	507	1.555
<b>4-6) alle Neben PT`ler</b>	144,5	3.981	10.360

Psychotherapeutische Versorgung  
KV-SH 2.Quartal 2011  
Probesitzungen und Antragspsychotherapie (2/2)

	Versorgung	Engagement	Intensität	Auslastung	Reichweite
Gruppe	Fälle / Thpt	Sitzg / Thpt	Sitzg / Pat	Sitzg/Thpt/Wo	Fälle/100 Sitzg
1) Psycholog. PT	42	200,32	4,77	15,41	20,97
2) KiJu PT	37	230,26	6,15	17,71	16,27
3) ärztliche PT (PTM & 90%)	52	226,97	4,36	17,46	22,94
1-3) Alle reinen PT-Gruppen	<b>40</b>	<b>185,76</b>	<b>4,62</b>	<b>14,29</b>	<b>21,65</b>
4) Zusatztitler mit PT	27	66,92	2,49	5,15	40,18
5) Nervenärzte mit PT	25	70,68	2,82	5,44	35,44
6) Psychiater mit PT	36	111,07	3,07	8,54	32,60
4-6) Alle „Neben“PT`ler	<b>28</b>	<b>71,70</b>	<b>2,60</b>	<b>5,62</b>	<b>38,43</b>

# Psychotherapeutische Fachgruppen in SH

## im Quartal 2-2011

- behandelten etwa **40 bis 50 Patienten**
- mit etwa 4,5 Sitzg. (**etwa 14-tgl.**) je Patient
- und wendeten dafür etwa **15-18 Stunden** pro Quartalswoche auf;
- sie erreichten damit **je 100** erbrachte Therapiesitzungen etwa **22 Patienten**

# Ärztliche Zusatztitler und Psychiater in S-H im Quartal 2-2011

- behandelten **neben ihrer übrigen Tätigkeit**
- Patientenzahlen von **30–35** (vs. 40-50) mit Psychotherapie in nur hälftiger Frequenz etwa **1x/Monat**
- und wendeten dafür etwa **5-10 Stunden** (vs.15-18) je Quartalswoche auf;
- sie erreichten damit **je 100** erbrachte Therapiesitzungen **35-40** (vs. 22) **Patienten**

- Diese **Zahlen** aus einem einzigen Quartal in SH in einer Zeit fortlaufender Veränderungen der zugrundeliegenden Regelungen  
...PT im RLV oder in einem QZV oder extrabudgetär oder doch nicht...
- sollen jetzt nicht verabsolutiert werden;
- Sie lassen jedoch erkennen, dass **Psychotherapie sehr wohl mit aktiver  
Versorgungsverantwortung kompatibel ist !**

- Wenn nur jeder Psychotherapeut **wenigstens 2-3 Std. in der Woche** so umstellen würde, daß er in dieser Zeit 20-Min-Termine an Patienten in 2-wöchigem Abstand ( oder 30 Minuten Termine in 4 wöchigem Abstand) erbringt und außerdem **eine Probesitzung pro Woche für Neupatienten** zur Vorbereitung einer solchen bloß überbrückenden oder auch schon ausreichenden Versorgungsweise, dann würde die Zahl der **versorgten Patienten sich um etwa 75 % erhöhen!**
- Der aktuelle **Versorgungsnotstand** im psychiatrisch / psychotherapeutischen Versorgungsgebiet **wäre dann sofort beendet !**
- Die Zahl der zu versorgenden Patienten könnte für **Psychiater um bis zu 200 geringer** ausfallen, sie würde bei Psychotherapeuten **um etwa 20 zunehmen**



# Schlussbemerkungen

## zu psychotherapeutischen Wirkfaktoren

**A)** Studien zur ***Placebowirkung*** belegen, dass 30 % bis 40 % aller Effekte auf unspezifischen Wirkfaktoren beruhen, die weder substanzbedingt noch methodenspezifisch sind, die sich aber überaus heilsam auswirken.

**Placeboeffekte** gelten gemeinhin als Störfaktoren: sie **behindern**

- naturwissenschaftliche Erkenntnis,
- die Zuordnung pharmakologischer Wirksamkeit,
- die ökonomische Kontrolle

Wenn sich hinter diesen **Placebo-Effekten**  
jedoch Grundkräfte der menschlichen Natur  
wie

**Glaube, Liebe, Hoffnung**

verbergen,

die in der **therapeutischen Beziehung**

Ausdruck finden,

so sind sie das wertvollste Gut, das wir als  
Therapeuten haben !

**B)** Inzwischen zahlreiche Studien zu **Wirkfaktoren** in der Psychotherapie belegen die Bedeutung der vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung, noch **vor Fachlichkeit und Methode;**

Diese **persönliche therapeutische Beziehung** lässt sich **nicht ersetzen** durch

- leitliniengerechte Manuale,
- fachliche Vertretungen im Team
- Versuche zur qualitätsgemanagten  
Uniformierung des Therapeuten (QM)

Psychiater und Psychotherapeuten sind vor allem eins: sie sind geübt in der **Kunst der Begegnung**:

- sie stellen eigene Interessen hintan  
(Professionalität);
- sie schaffen eine neutrale Vertrauensgrundlage durch geschützte und erreichbare Räume  
(Strukturqualität);
- sie errichten Brücken zwischen zerbrochenen Welten und gesellschaftlicher Normalität  
(Prozessqualität);
- sie geben dadurch Halt und Orientierung  
(Ergebnisqualität)

- Dies findet
  - in jeder Beratung,
  - in jeder Rezeptverschreibung und
  - in jedem Gespräch gleich welcher Dauer statt
  - und lässt sich **nicht technisch ersetzen**
  - ist aber auch **nicht Monopol** einer speziellen **psychotherapeutischen Technik**

**C) Studien zum *Therapieerfolg* von Psychotherapien belegen übereinstimmend, dass die Häufigkeit und die Dauer eingetretener Besserungen mit der **Länge der Behandlungen** zunehmen**

Nicht untersucht ist, ob der Erfolg mit der Anzahl von **Sitzungsminuten** zunimmt, oder mit der Dauer der begleiteten **Lebenszeit** des Patienten

Mit anderen Worten:

- die Dauer der **Behandlungszeit** und
- die Dauer der bestehenden **Beziehung**

sind bislang hinsichtlich ihres Beitrags zum Therapieerfolg nicht voneinander unterschieden worden !



- Ich persönlich bin nach 20 Berufsjahren in der Niederlassung überzeugt,
- dass eine verlässliche, langjährige niederfrequente , ggf. je Sitzung eher kurze Behandlungsweise von 15 bis 30 Min deutlich stabilisierende und lebensverändernde Effekte hat;
  - und dass diese Behandlungsweise weitaus mehr ist als ein Notbehelf anstelle einer eigentlich notwendigen RiLi-Psychotherapie

- Dies will keinesfalls bezweifeln,  
dass längere und intensivere Behandlungen mehr bewirken,
- aber es soll den immer nur gleichen Forderungen nach immer mehr und immer mehr psychotherapeutischen Behandlungsplätzen im immer gleichen Standardverfahren etwas zur Seite gestellt werden:
  - die Ermutigung, **mehr Vielfalt** anzubieten und nicht bloße Richtlinienpsychotherapie...,  
... um den **gemeinsamen Sicherstellungsauftrag** für die psychisch Kranken überhaupt nur annäherungsweise erfüllen zu können !

## Fazit:

niedergelassene Psychiater können trotz aller **Anwürfe** , „**Masse statt Klasse**“ zu erbringen, **stolz sein** auf die gewachsenen Möglichkeiten ihres Fachgebietes,

sie müssen aber wie alle psychotherapeutisch Tätigen fachlich und versorgungspolitisch **begrifflich ausdrücken können**,  
was sie immer alles gerade so tun,

denn sonst wäre die Konsequenz:

„Worüber man nicht sprechen kann,  
muss man schweigen.“

(L.Wittgenstein)

(und wird dann natürlich auch nicht gehört !)

**Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit !**