

**„Zwischen allen Stühlen und mittendrin“ –  
Vortrag anlässlich des 25. Jubiläums des Bundesverbands der  
Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp) am 19.09.2019 in Berlin**

**Referent: Norbert Bowe, Beratendes Mitglied des bvvp  
Bundesvorstands**

**Ein Blick zurück:**

Zwischen allen Stühlen und mittendrin – dieser gesellschaftliche Platz der Psychotherapie spielt für die Entstehung und Lebendigkeit des bvvp eine entscheidende Rolle. Zwischen allen Stühlen befand sich die Psychotherapie nach der Wiedervereinigung in den wirtschaftlichen Flauten der 90er Jahre, als mit einem Psychotherapeutengesetz PP und KJP zur Kassenbehandlung zugelassen werden sollten und gleichzeitig mit Spargesetzen die Ausgaben für das Gesundheitswesen gedeckelt wurden. Innerhalb der Kven waren die ärztlichen Psychotherapeuten und die Delegationspsychotherapeuten als Minderheit ohne Stimme zwischen den Blöcken der Hausärzte und Fachärzte. Wen von den KV-Mächtigen interessierte es schon, dass die Psychotherapeuten beim Hamsterrad-Drehen der Ärzteschaft unter die Räder geraten mussten? Denn Stundentakt der Gesprächsleistungen und fehlende Leistungsdelegation boten keine Möglichkeiten, die Abrechnung zu optimieren. Es ging für die Psychotherapie ums Überleben. Die sinnstiftende Überzeugung, mit der psychotherapeutischen Arbeit mittendrin zu sein, an den Entstehungsbedingungen seelischen Leidens ansetzen zu können und Wertvolles für Patienten und Gesellschaft leisten zu können, gab Kraft und Anstoß zum Zusammenschluss im bvvp über Berufsgruppengrenzen und Verfahrensgrenzen hinweg. Der damals als integrativer Verband gegründete bvvp war auch überlebensnotwendig: Er erkämpfte bei der kleinen und großen EBM-Reform jeweils deutliche Punktzahlerhöhungen und er führte bundesweit Klageverfahren gegen die existenzvernichtende Honorierung psychotherapeutischer Leistungen – mit dem entscheidenden Erfolg des sogenannten 10-Pfennig-Urteils vor dem Bundessozialgericht, das zumindest ein wirtschaftliches Überleben am untersten Rand der Einkommensskala sicherte.

Es war ein gefährliches zeitliches Zusammentreffen, dass in diesen Zeiten zugleich die Kassenzulassung von PP und KJP erkämpft werden musste. Die Ärzteschaft fürchtete unter einengenden Budgetbedingungen einen Schwall neuer Kostgänger, die Psychologen die Unterjochung in den KV-Strukturen. Auch hier war der Einsatz des bvvp als integrativer Verband rettend: Er

konnte abwenden, dass sich die Psychotherapie in zwei konkurrierenden Organisationen aufspaltete. Er konnte zwischen Ärzten und Psychotherapeuten, zwischen Erstattungspsychotherapeuten und Kassenzugelassenen sowie zwischen den Vorstellungen der politischen Parteien vermittelnd tätig werden. Er konnte mit unermüdlicher Überzeugungsarbeit dafür sorgen, dass die Politiker von CDU und SPD nicht die Lust an der Verabschiedung des PTG verloren angesichts konträrer Forderungen der Psychologenverbände. Er konnte dazu beitragen, dass die Psychotherapierichtlinie auch für die zu integrierenden Psychotherapeuten Geltung behielt. Das war von hoher Bedeutung: denn nur die Psychotherapierichtlinie garantierte, dass die Behandlungskontingente der Krankenbehandlung vorbehalten blieben – bei den zu integrierenden Erstattungspsychotherapeuten gab es keine sichere Abgrenzung zu Beratung und rein psychosozialen Interventionen.

Führt man sich vor Augen, dass damals die Gesundheitskosten durch Zuzahlungen und durch eine Einteilung der Kassenleistungen in vier Kategorien gedrückt werden sollten und die Psychotherapie in der dritten Kategorie als Kassenleistung, das heißt nicht zwingend erforderlich, gehandelt wurde, so kann es gar nicht hoch genug veranschlagt werden, dass die psychotherapeutische Versorgung durch Integration in die KV-Strukturen und damit durch Fortbestand der Psychotherapie-Richtlinie verteidigt werden konnte. Und der bvvp war auch maßgeblich daran beteiligt, dass es nicht zu der, mit dem Psychotherapeutengesetz geplante, Zuzahlung von 10,- DM je Psychotherapiesitzung kam. Diese hätte die Psychotherapie zum Luxusgut für Wohlhabende pervertiert und zum Einfallstor für die geplante Entsolidarisierung bei den zu finanzierenden Krankheitslasten gemacht.

Der bvvp als integrativer Verband befand sich seinerseits ständig zwischen all den Stühlen der Partialinteressen der großen Psychotherapeutengruppen. Aber dieser Platz entspricht ja genau dem der Psychotherapie, deren Fortbestand erstes Satzungsziel in § 2 Abs. 1a des bvvp ist: „Erhalt und Weiterentwicklung psychotherapeutischer Praxistätigkeit, Erhalt der Vielfalt psychotherapeutischer Methoden und Praxisstrukturen unter besonderer Berücksichtigung der Richtlinien-Psychotherapie“.

Das Verweisen auf den Platz zwischen den Stühlen ging mit der Integration der PP und KJP selbstverständlich weiter. Es begann die Phase der Rechenkünste des Bewertungsausschusses, nach der Maßgabe, mit kreativen Ideen die Gebote des BSG-Urteils zur angemessenen und verteilungsgerechten Vergütung zu unterlaufen, erst seitens der Honorarabteilung der KBV, ab der extrabudgetären Vergütung 2013 seitens der Krankenkassen. Wieder war es der bvvp, ab jetzt allerdings nicht mehr

alleine, der in zahlreichen erneuten Klageverfahren bis mehrmals hoch zum BSG diesen Rechenkünsten Grenzen setzen musste. Diese Phase währt bis heute.

### **Ein Blick auf gegenwärtige Entwicklungen und dem Platz der Psychotherapie:**

Wir befinden uns gerade in einem großen gesellschaftlichen Umbruch. Erarbeitetes Wissen und Erfahrung, das heißt, das, was jeder von uns von den Vorfahren ererbt, auf seinem Lebensweg erlebt, erarbeitet und innerlich verarbeitet hat, scheint rapide an Wert zu verlieren. Stattdessen sind wir einer unendlichen Informationsflut, die mehr und mehr unser angeeignetes Wissen verzichtbar erscheinen lässt, und Algorithmen ausgesetzt, die uns zunehmend lenken und angeblich unsere Bedürfnisse besser zu lesen wissen als wir selbst. Künstliche Intelligenz – losgelöst vom Körper, seinen inneren Botschaften und Bedürfnissen – soll uns als scheinbar bessere Selbststeuerung und Wunscherfüllung von außerseelisch aufgepfropft werden. Dabei wird vollmundig eine revolutionäre Verbesserung der Gesundheitsversorgung versprochen. Und, folgt man beispielsweise Jens Naumann in seinem Artikel im bvvp-Magazin 4/18, so reißen sich alle Player, zu Deutsch: Spieler, wie Krankenkassen, Pharmabranche, die Medtech-Branche, die IT-Industrie, sowie Apple und Amazon um die Daten. Im selben Atemzug behauptet der Autor, dass die aktuell starke Fokussierung z.B. auf die ePA auf der Erkenntnis basiere, dass sich mit der Hoheit über seine „Echtzeit“-Behandlungsdaten das Selbstverständnis des Patienten „vom Objekt zum Subjekt“ verschiebe. Mit der Digitalisierung beschleunige sich die Emanzipation des Patienten. Arme Patienten: Ihnen wird Subjektwerdung und Emanzipation von der Abhängigkeit von den Ärzten vorgegaukelt, indem sie intime Behandlungsdaten, über die sie auch jetzt schon verfügen können, in digitaler Form aufbereitet zum großen Geschäft der Gesundheitsindustrie spenden dürfen – oder künftig gar ungefragt müssen. Welch seltsamer Genuss, seine Gesundheitsdaten oder besser Krankengeschichten immer mit sich herumtragen zu können – quasi als Krankheitsdaten-Selfie - allzeit bereit für narzisstische oder hypochondrische Selbstbeschäftigung. Dabei weiß jeder, der Erfahrungen über eine Hausarzt- oder Psychotherapeutenpraxis hat sammeln können: Einer der größten Krankheitsfaktoren ist die Armut. Und 50 bis 70 Prozent der Hausarzt-Patienten leiden an psychischen bzw. psychisch mitbedingten Leiden. Sie haben nicht einfach die eine sauber abgrenzbare Krankheit, sondern komplex verursachte Störungen, die somatische, psychische, psychosoziale und lebensgeschichtliche Wurzeln aufweisen – vergleichbar den Patienten der Psychotherapeuten. Da sind wir in der Mitte der Medizin und der Psychotherapie angelangt. In unseren Therapien erfahren wir, wie auch gute Hausärzte oder

Gynäkologinnen, wie Menschen unter Leben-verändernden Krankheiten, Verlusterlebnissen, Traumatisierungen, schlimmen familiären oder Beziehungskonstellationen, schweren Misshandlungs- und Missbrauchserlebnissen so leiden, dass Ihnen nichts ferner liegt, als in der eigenen elektronischen Krankenakte zu stöbern. Sie suchen einen hinreichend kundigen Arzt oder Psychotherapeuten, der ihnen zuhört, nachfragt, auch wahrnimmt, wo die Auslassungen, die Brüche im Berichten sind, wo sich Hinweise finden auf das, was noch nicht gesagt werden konnte. Sie brauchen die ganze Aufmerksamkeit des Gegenübers, der auch leichte Veränderungen in Mimik und Gestik wahrnimmt, der über Takt verfügt, warten kann, bis Vertrauen und Dialog soweit sich entwickelt haben, dass schwierige Probleme bearbeitet werden können. Psychotherapeuten müssen dabei gelernt haben, sich einerseits emotional auf ihr Gegenüber einzulassen ohne andererseits den Modus fachlichen Analysierens aufzugeben. Sie müssen es hinbekommen, abtinent zu sein, das heißt, eigene Interessen und Bedürfnisse – nicht nur sexuelle, sondern viel häufiger narzisstische nach Bestätigung, nach Besserwissen etc. – beherrschen zu lernen, absichtslos die Patienten ihre Mitteilungen entwickeln lassen, ohne therapeutische Ziele aus dem Auge zu verlieren. Sie dürfen den Patienten nicht die Verantwortung abnehmen, müssen aber auch erkennen, wann in einer Krise aktives ärztlich/psychotherapeutisches Handeln notwendig ist. Diese therapeutischen Haltungen sind keineswegs banal. Sie ermöglichen aber, etwas von den Hintergründen und verdrängten Aspekten der Personen und der sie umgebenden sozialen und gesellschaftlichen Gefüge zu erfahren. Hier an diesem Platz ist Psychotherapie mittendrin, in personalen, familiären und gesellschaftlichen Zusammenhängen.

Das dem psychotherapeutischen Handeln zugrundeliegende Menschenbild unterscheidet sich diametral von dem skizzierten einer digitalen Gesundheitswirtschaft. Von letzterer bekommt man den Eindruck vermittelt, alles sei machbar, berechenbar, als könne das Leid algorithmisch aufgelöst werden, als könne man seine Gesundheit managen (lassen) und alles sei durch den Wettbewerb der Spieler (um das große Krankenkassengeld) erreichbar. Man fühlt sich an vergangene Blasen erinnert und sieht förmlich die Dollarzeichen in den Augen der Player.

Ärzte und Psychotherapeuten hingegen, die zuhören, wissen um die Begrenztheit der eigenen Mittel, sie wissen, dass der Mensch in seinem Bedürfnen, Streben, Handeln, seinen Zweifeln, seinem Leiden und Sterben, in seiner Einmaligkeit des Gewordenseins nicht vollständig ergründbar ist. Sie haben Respekt vor dem, was unplanbar aus dem Inneren der Leibseele aufsteigt, Respekt vor verdrängt-Unbewusstem wie vor dem grundsätzlich leiblich-Unbewusstem, gründend in der langen Entwicklungsreihe der Lebewesen, der Menschlichen Wesen, der Menschheitsgeschichte und der

menschlichen Kultur. Sie verstehen sich als Dienende, nicht als Dienstleister in einer Welt, wo Algorithmen dahinterliegende Wertungen und Absichten verschleiern und deren Vermarkter sich anheischig machen, den ‚Menschen Arzt‘ für den ‚Menschen Patient‘ überflüssig machen zu können, das KI-Produkt an die Stelle von Erfahrung und Einfühlungsvermögen setzen zu können.

Doch hat schon vor der digitalen Entwicklung die pharmakologische und technische Entwicklung das Selbstverständnis der Medizin verändert. Diese Entwicklungen sind dabei Segen und Fluch: Bei gründlicher Indikation helfen sie, wirksam Krankheitszustände zu behandeln. Andererseits verführt der vorhandene Maschinenpark dazu, schon auf erste Stichworte des Patienten hin, ohne geduldiges anamnestisches Ermitteln der Leidenshintergründe, die Maschinerie in Gang zu setzen – was vordergründig Zeit spart, Geld einbringt und davor schützt, sich tiefer vom Leid des Patienten affizieren zu lassen. Ähnliches lässt sich auch über den Einsatz von Medikamenten sagen; oft werden Symptome behandelt, der sie hervorbringende krankmachende Hintergrund übergangen – es muss eben schnell zugehen und machbar sein. Und damit komme ich wieder zur Psychotherapie zurück, die einerseits über einen Kern verfügt, der sich den technischen Verführungen widersetzt, in der und an der aber andererseits fast übermächtige Kräfte und Koalitionen herumwerkeln und sie einem verdinglichenden technischen Verständnis unterzuordnen versuchen. Komplexe seelische und kommunikative Vorgänge sollen zu dinghaft vereinheitlichten Interventionen verkürzt und so angewandt werden. Diese Kräfte haben den Vorteil, den gesellschaftlich gängigen und von Kapital- und Industrieseite eingeträufelten Vorstellungen über das, was Mensch zu sein hat und wie Erfolg zu produzieren und zu messen sei, relativ nahtlos zu entsprechen. Ich fange mit der Universitätspsychologie an: Seit nunmehr 20 Jahren werden gebetsmühlenartig die niedergelassenen Psychotherapeuten bezichtigt, nicht die von ihr tausendfach evidenzgeprüften Interventionen anzuwenden, Patienten daher falsch und zu lange zu behandeln. Erst jüngst fasste ein Wissenschaftsjournalist – Psychologe Joachim Retzbach – eine neuere Übersichtsarbeit von Psychologen der University of Sheffield wie folgt zusammen: Es seien die Dosis-Wirkungs-Beziehungen für psychodynamische Therapie, kognitive Verhaltenstherapie und integrative Verfahren untersucht worden und über alle Studien zeichne sich eine optimale Dauer einer Psychotherapie zwischen 4 und 24 Sitzungen ab. Nach dieser Zeit sei bei mindestens der Hälfte der Patienten eine deutliche Verbesserung der Symptome eingetreten. Es gebe eine nur geringe Evidenz dafür, dass Langzeittherapien von über 30 Sitzungen sinnvoll seien. Man höre und staune: nicht der Patient macht eine Psychotherapie, sondern er bekommt von einem Therapeuten, der schon weiß, was er ‚hat‘, eine optimale Dosis Psychotherapiesitzungen verabreicht. Und dürfen Patienten auch mehr erwarten, als dass sich bei der Hälfte eine Symptombesserung

einstellt? Welch erbärmlich verdinglichende Auffassung vom Menschen, dessen Leiden nur soweit interessieren, als deren Anzeichen sich technisch reduzieren lassen. Das ist nicht Einzelmeinung sondern wird als fortschrittliche und besonders effektive Psychotherapieausrichtung von Forscherseite fast durchgängig in der Öffentlichkeit und gegenüber der Politik angepriesen. Längerfristiger Patientennutzen, Hilfe für störungsbedingende innere Probleme, sekundärpräventive Sicherung des Behandlungserfolgs – eher Fehlannonce. Denn als relevant wird erklärt, was sich effektiv = anhand schneller Effekte statistisch am einfachsten nachweisen lässt. Dass Effekte nicht gleich Patientennutzen sind, interessiert weniger. Die wissenschaftlich-statistische Methode bestimmt somit den Untersuchungsgegenstand. Beim Faktencheck zeigt sich, für wie wenige Patienten die so gewonnenen Erkenntnisse nachgewiesenen Nutzen haben: Jonathan Shelder kam 2015 zu dem Ergebnis, dass angesichts der überwiegenden Komorbidität der Psychotherapiepatienten und der begrenzten Langzeitwirkungen evidenzgeprüfter Interventionen nur ca. 11 Prozent nachgewiesenermaßen von diesen störungsspezifischen Interventionen länger profitieren: Eigene Berechnungen 2013 ergaben mit 10 Prozent Vergleichbares. Dabei sind die überwiegend komorbiden Patienten die tendenziell schwerer Kranken, deren Behandlungen aber leider weniger methodisch sauber auf Effektivität überprüft werden können.

Auch von einer anderen Seite des Psychotherapiespektrums wird die ambulante Psychotherapie schlecht geredet: So behauptet Manfred Lütz, Psychiatrie-Klinikchef in Köln, dass das Versorgungssystem ein Selbstbedienungsladen, ein Millionengeschäft sei, die Behandlung von Gesunden fördere, und dreist-manipulativ öffentlich eine hohe Patientenzufriedenheit behauptet werde. Und Uni-Psychiatriechef Klaus Lieb aus Mainz repliziert im aktuellen Interview im selben Tenor, was von anderen schon hundert Mal vorgebracht wurde: Die ambulanten Psychotherapeuten könnten sich aussuchen, wen sie behandelten. Und selbstverständlich würden sie eher jemanden mit Burn-out aufnehmen als jemanden, der unter schweren Depressionen oder Schizophrenie leide. Auch hier zeigt der Fakten-Check ganz anderes: Psychotherapeuten behandeln mittelschwer bis schwer kranke Patienten, vergleichbar krank wie stationäre Patienten, mit in der Regel zwei und mehr Störungsdiagnosen – so TK Studie und die DEGS. Sie heilen meist in so kurzer Zeit wie proklamiert wird, das heißt größtenteils innerhalb 25 Sitzungen, nur in 2 – 4 Prozent der Fälle mit analytischen Langzeittherapien – so die KBV-Versorgungsstudie. Und sie behandeln mit vergleichbarer Erfolgsquote von 50 Prozent wie Laborstudien, dabei zu einer hohen Patientenzufriedenheit von fast 90 Prozent – so die ambulante Versorgungsstudie von Albani et al.. Burn-Out-Patienten, Aussuchen von leichten Patienten – das sind Fantasieprodukte, befördert von Konkurrenz- und Neidgefühlen. Wo Selektion unterstellt wird, finden de facto ganz

überwiegend adäquate Indikationsstellungen statt – so auch die TK-Studie. Dennoch ist die psychotherapeutische Versorgung zwischen verschiedenen Lehrstühlen und Interessen ständig von einem generellen Verriss bedroht.

### **Ein Blick auf das Kommende:**

Wenn angesehene Professoren so ständig in der Polit-Öffentlichkeit vermitteln, dass Psychotherapeuten die Falschen mit viel zu langen Therapien ohne Evidenz behandeln, muss es einen nicht wundern, dass Krankenkassen und Politik auf den Plan gerufen werden. Krankenkassen sind schon lange daran, die schützenden Psychotherapierichtlinien zurechtzustutzen, schon nach 12 Behandlungsstunden neue Hürden einzubauen und die Behandlungen möglichst unter Dauerkontrolle zu stellen. Und durchsetzungsfreudige Politiker wie Jens Spahn lassen sich auch durch eine große Petition von 220.000 Menschen nicht von ihrem Plan abbringen, im SGB V eine Art Behandlungsbedarf-Zuteilung verordnen zu lassen – diagnoseorientiert und Leitlinien entsprechend. Interessiert es denn gar nicht, dass Leitlinien eben nur für einen geringen Prozentsatz der Psychotherapiepatienten, nicht für die meisten komorbid Erkrankten aussagekräftig sind? Und darf sich Politik über die Tatsache hinwegsetzen, dass für die therapeutischen Prozesse, Therapiedauern und -ergebnisse nicht die ICD-Diagnosen, sondern diagnoseunabhängige Charakteristika der Patienten viel relevanter sind? Zum Beispiel: Bindungsstil, kulturelle und weltanschauliche Orientierungen, Coping-Stile, Präferenzen von therapeutischen Methoden, Verhältnis zu Religion und Spiritualität, sexuelle Orientierung und Ebenen des psychosozialen Funktionsniveaus – wie Wampold, Buchholz und Kächele betonen.

Vor diesem geschilderten Hintergrund ist auch das Ringen um das Ausbildungsreformgesetz zu betrachten: Was liegt nicht näher, als die psychotherapeutische Ausbildung in die Hände derer zu legen, die unter dem Label der Wissenschaftlichkeit schon lange verkünden, die effektivsten, schnellsten und bestgeprüften Methoden entwickelt und in Leitlinien für die Praxis zusammengefasst zu haben? Hier sehe ich die ambulante Psychotherapie, die in den publizierten Versorgungsstudien ein gutes Zeugnis ausgestellt bekommen hat, in großer Gefahr, wenn es nicht gelingt, dass geschlossene System von Beforschung forschungsgerecht zugeschnittener Kurztherapien und deren Propagierung als einzig richtige Psychotherapie zu durchbrechen. Die Sicherung der Breite psychotherapeutischer Verfahren, ihrer unterschiedlichen Verstehensweisen von psychischer Entwicklung, Störungsentstehung und -verlauf, ihre unterschiedlichen therapeutischen Zugänge und Methoden, gelehrt von Anwendern dieser Verfahren, sowie die Sicherung der Weiterbildung in den Verfahren ist der wesentliche Punkt, an dem sich Zukunft oder Veröden der bewährten psychotherapeutischen Praxis entscheiden wird.

Ich komme zum Schluss: Die Psychotherapie-Richtlinie, erstmals von psychoanalytischen Therapeuten entwickelt, hat etwas ermöglicht, was in anderen Ländern so nicht gelungen ist: Einen notwendigen potentiell nutzbaren Raum für die individuell erforderlichen psychotherapeutischen Prozesse bereitzustellen, eine Verkürzung auf reine Diagnose- und damit Symptomorientierung zu verhindern, die Bedeutung der vielen psychosomatischen, psychosozialen, interpersonellen Einflüsse zu berücksichtigen und so Barrieren gegen die Verkürzungen gemäß Zeitgeist und Forschungsmainstream zu verhindern. Diese Errungenschaft gilt es auch für die Zukunft zu sichern und zu verteidigen – und da sehe ich den bvvp als Verband an vorderster Front: Seine Satzung ist da zukunftsweisender Auftrag.

Einige Literaturhinweise:

Jens Naumann, Projekt Psychotherapie (2018; 4: 22 - 23)

Sebastian Eder, Interview mit Klaus Lieb, FAZ.NET 15.07.2019

Jonathan Shelder, Journal of Psychological Therapies in Primary Care (2015; 4:47 - 59)

Norbert Bowe, Gesundheit und Pflege (2013; 4: 136 - 141).