

Janssen P, Kächele H, Rüger U, Schneider W (1997) Nach-Denken tut Not. Gegendarstellung zum Positionspapier der DGPPN. Stellungnahme DGPM. *Psychotherapeut* 42: 244-255

Nach-Denken tut Not

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft
für Psychotherapeutische Medizin

verfaßt von

P.L. Janssen, H. Kächele, U. Rüger, W. Schneider

Bezug:

„Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland - Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung,, Springer-Verlag 1997

Einleitung

Ende 1996 wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) die vorläufige Fassung einer Denkschrift ‚Zur zukünftigen psychiatrisch-psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung in Deutschland‘ vorgelegt. In dieser Entwurfsfassung, die einigen Fachgesellschaften und Verbänden zugeleitet wurden, war im Titel auch die psychosomatische Versorgung enthalten. Dies ist in dem Titel der Endfassung nicht mehr der Fall, obwohl sich im Positionspapier weiterhin der Anspruch auf die Behandlung bei psychosomatischen Erkrankungen entnehmen läßt, die nach Auffassung der DGPPN häufig fehletikettierte Störungen sind (S. 5).

Bei den Leitlinien zur künftigen Behandlung psychischer Erkrankungen, die die somatopsychischen wie die psychosomatischen mitumfaßt, heißt es: „Sie beziehen psychosomatische Krankheitsbilder mit ein, weil psychische Erkrankungen überlappende Bereiche eines bis in die Somatik hinreichenden Störungsspektrums darstellen, deren Diagnostik und Behandlung in jedem Fall ein mehrdimensionales Vorgehen erfordert, das nur in der Koordination und Kooperation qualifizierter Therapie- und Versorgungsangebote voll zum Tragen kommen kann,, (Seite 30).

An einer anderen Stelle spricht das Positionspapier von der „Remedikalisierung von Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,, (S. 33) und erhebt damit versorgungspolitisch den Anspruch auf die Versorgung von Kranken mit psychischen Störungen, psychosomatischen bzw. somatoformen und somatopsychischen Störungen.

Inhaltlich geht es der DGPPN nicht nur um eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, sondern um eine Umstrukturierung auch der psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung in Deutschland. Damit wird seitens der DGPPN ein Gestaltungsanspruch auf einen Versorgungsbereich erhoben, an dessen Aufbau sie nicht beteiligt war. Selbstverständlich hat die DGPPN nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, zur zukünftigen psychiatrischen Versorgung in Deutschland Stellung zu nehmen; ein weitgehender Alleinvertretungsanspruch für den Bereich der Psychotherapeutischen und Psychosomatischen Medizin kann aber vor dem Hintergrund einer in dieser Beziehung sehr dünnen Tradition Erstaunen hervorrufen. Insofern aber in unserer me-

dienwirksamen Zeit häufig Anspruch mit Legitimation verwechselt wird, könnte dem DGPPN-Positionspapier durchaus Erfolg beschieden sein. Um diesen in angemessenen Grenzen zu halten, tut Nach-Denken Not! Dies geschieht im folgenden im Rahmen von zehn Thesen. Die Verfasser beschränken sich dabei weitgehend auf den Bereich der Psychotherapeutischen und Psychosomatischen Medizin. Zur zukünftigen psychiatrischen Versorgung in Deutschland soll nicht Stellung genommen werden.

1. Das gesundheitspolitische Programm umfaßt nicht nur den gesamten Bereich der Psychiatrie, sondern auch den der Psychotherapeutischen und Psychosomatischen Medizin.

Das Positionspapier kommt zu einem Zeitpunkt, in dem es um eine Umstrukturierung des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik im ambulanten und stationären, wie auch im rehabilitativen Bereich geht. Die sozioökonomischen Ressourcen werden neu verteilt. Darum werden die Kämpfe der einzelnen Fachgruppen gegeneinander schärfer und unerbittlicher. Das Ziel, eine ökonomisch günstigere Ressourcenteilung zu erreichen, läßt sachliche und wissenschaftliche Positionen zurücktreten.

In dem Positionspapier entwickelt die DGPPN Versorgungsleitlinien für psychische Störungen, die an den Rahmenplan zur Versorgung psychisch Kranker der DGPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde) aus dem Jahre 1971 anknüpfen. Dieser Rahmenplan nahm Einfluß auf den Enquêtebericht der Bundesregierung (1975) zur Lage der psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung. Im Positionspapier nimmt die DGPPN Bezug auf die Reform der Approbationsordnung, die Organisation der Hochschulmedizin, die neuen Strukturen im Gesundheitswesen, die Weiterbildungsordnung. Dadurch drängt sich der Eindruck auf, daß hier eine Dominanz über den gesamten Versorgungsbereich für psychisch und psychosomatisch Kranke angestrebt wird und der bisher eigenständige Versorgungsbereich der Psychosomatik und Psychotherapeutischen Medizin unter Kontrolle gebracht werden soll. Die gesundheitspolitische Zielrichtung scheint in einer völligen Umstrukturierung des bisherigen Versorgungssystems und in einer Umverteilung ökonomischer Ressourcen zu liegen.

So soll die im Jahre 1992 durch den 95. Deutschen Ärztetag festgeschriebene Richtung der Differenzierung eines psychiatrischen und eines psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems rückgängig gemacht werden. Auf diesem Ärztetag stimmten die Delegierten nicht nur der neuen Gebietsbezeichnung ‚Psychiatrie und Psychotherapie‘ zu, wie das Positionspapier der DGPPN glauben machen will, sondern auch der Gebietsbezeichnung ‚Psychotherapeutische Medizin‘. Beide Beschlüsse, um die auf der einen Seite die psychiatrischen und auf der anderen Seite die psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Berufsverbände gestritten hatten, befriedigten nach jahrelanger Diskussion die Verbände. Die verfaßte Ärzteschaft (Ärztetag) erkannte die Erweiterung der Psychiatrie um die Psychotherapie an, womit sie der besonderen Stellung der Psychotherapie in der Psychiatrie Rechnung trug. Mit der Gebietsbezeichnung ‚Psychotherapeutische Medizin‘ erkannte sie den historisch gewachsenen, eigenständigen Versorgungszweig der psychotherapeutischen und psychosomatischen Medizin an.

Schon 1975 hatte der Bericht der Bundesregierung zur Lage der psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung die Einführung eines Gebietsarztes für Psychotherapie/Psychosomatik gefordert. Dies war ein Meilenstein in einer jahrzehntelangen Diskussion. Nach dem 2. Weltkrieg sind in mehreren Phasen immer wieder Forderungen nach einem Facharzt für Psychosomatik/Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erhoben worden (vgl. Janssen 1993).

Erst nach der ‚Wende‘, die eine Angleichung der Weiterbildungsordnungen der östlichen und westlichen Länder erforderlich machte, kamen in den Jahren 1990 bis 1992 die fachlichen Diskussionen zu einem Abschluß. Auf dem Ärztetag setzte sich die Konzeption einer differenzierten Versorgungsstruktur durch:

- Die psychosomatische Grundversorgung wurde in alle Gebiete mit klinischem Bezug integriert.
- Die Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin wurde neu eingeführt.
- Die Gebietsbezeichnung Psychiatrie und Psychotherapie wie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurden inhaltlich neu definiert.

- Die Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Psychoanalyse wurden inhaltlich neu formuliert.

Historisch bedeutsam in diesen damaligen Entscheidungen war, daß der psychosomatisch-psychotherapeutische Gesichtspunkt über die Weiterbildungsordnung verstärkt in der Medizin verankert wurde und damit eine jahrzehntelange Diskussion um die Stellung der Psychosomatik und Psychotherapie als eigenes Gebiet zu Ende kam.

In der Folgezeit wurden die Beschlüsse des Ärztetages in allen Landesärztekammern umgesetzt, d.h. alle Delegiertenversammlungen der Landesärztekammern sind den Beschlüssen des Ärztetages 1992 mehrheitlich gefolgt. Sie sind also wirksame Qualifikationskriterien in der Weiterbildungsordnung. Ende 1996 führen nach der offiziellen Statistik der Bundesärztekammer 1392 Ärzte die Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin.

Erst seit dem Zeitpunkt der Beschlüsse des Ärztetages und ihrer Umsetzung erhebt die DGPPN den Anspruch auf eine Alleinvertretung für alle psychischen und psychosomatischen Störungen. Dieser Anspruch ist in der 50-jährigen Nachkriegsgeschichte einmalig.

Die ausgesprochen restaurativen Forderungen der DGPPN-Schrift würden sich bei Umsetzung in die Realität nicht nur auf die ärztliche Weiterbildungsordnung und auf die Versorgungsstrukturen auswirken, sondern auf aktuelle gesundheitspolitische Probleme, z. B. Schaffung eines neuen Heilberufes, den des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Des weiteren nimmt die DGPPN eine einseitige Position bei den anstehenden gesundheitspolitischen Entscheidungen zur Krankenhausplanung und zur Bedarfsplanung im niedergelassenen Bereich ein. An entsprechender Stelle wird in den zehn Thesen näher darauf eingegangen.

2. Das Positionspapier verleugnet die historische Entwicklung einer Fächerdifferenzierung im Bereich der Versorgung der psychisch und psychosomatisch wie somato-psychisch Erkrankten.

Um die Jahrhundertwende war die Psychiatrie im Wesentlichen eine Anstaltspsychiatrie. Aus den Irrenanstalten hatten sich Heil- und Pflegeanstalten entwickelt, die eine Verbesserung der Therapie in einer „totalen Institution,, anstrebten. Die Einrichtung von entsprechenden Anstalten war bis zum 1. Weltkrieg sprunghaft angestiegen, so daß etwa eine Viertelmillion Patienten dort untergebracht waren. Kraepelin gelang es, für die Psychiatrie ein naturwissenschaftliches Paradigma zu formulieren, das in der Folgezeit, insbesondere die deutschsprachige Psychiatrie dominierte. Nur vereinzelt wurden auch in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts psycho- und soziotherapeutische Ansätze integriert (vgl. Winkler 1982).

Insgesamt blieb die Psychiatrie auch nach dem 2. Weltkrieg lange Zeit stark administrativ und bezogen auf den Patienten custodial orientiert; von der Mitte des Jahrhunderts an wurde die Pharmakotherapie ihr therapeutisches Paradigma. Bis heute wird der institutionelle Aspekt durch die Überbetonung des stationären Versorgungsbereiches und der Unterbewertung überwiegend ambulant zu versorgender Krankheitsbilder deutlich. Die naturwissenschaftlich-biologische Grundposition wird durch die Nachordnung der Psychotherapie deutlich. Eine eigenständige Existenzberechtigung im Rahmen der Versorgung wird der Psychotherapie abgesprochen.

Demgegenüber ist die Entwicklung der Psychosomatik und Psychotherapie, die historisch gesehen in besonderer Weise auf der Freud'schen Psychoanalyse begründet ist, als eine Art Gegenbewegung auf das naturwissenschaftliche Programm der Medizin zu verstehen (Meyer 1997).

Breuer und Freud „Studien zur Hysterie,, (1895) können als Beginn der wissenschaftlichen Psychotherapie aufgefaßt werden. Als Freud im ausgehenden 19.Jahrhundert die Paradigmen der Psychoanalyse formulierte, entfernte er sich von der psychiatrischen Wissenschaft. Am Anfang seiner wissenschaftlichen Karriere war er mit der medizinischen Grundlagenforschung, mit mikroskopischer Anatomie, der Physiologie des Nervensystems, also mit überwiegend neurophysiologischen Themen beschäftigt. Seit der Begegnung mit Charcot in Paris und seinem älteren Kollegen Josef Breuer, wandte er sich dem psychodynamischen Verständnis bestimmter Störungen zu.

Hirschmüller (1991) führte diesen Bruch auf die Tätigkeit Freud's als Assistentenarzt in der zweiten Psychiatrischen Universitätsklinik in Wien bei Theodor Meynert im Jahre 1883 zurück und sieht hier gewissermaßen die Schnittstelle einer divergenten Entwicklung von Psychiatrie und Psychoanalyse: Die einen an der Hirnthese von Griesinger orientiert, die anderen an einem verstehenden psychodynamischen Zugang. Obwohl es kurzzeitig eine Annäherung gab, die in der Schweiz und in Amerika eine längere Geschichte hatte (Sabshin 1985) blieb der psychodynamisch verstehende Zugang in der deutschen Psychiatrie, wie noch einmal das Positionspapier zeigt, von geringer Wirkung in der Konzeptionalisierung von Diagnostik und Behandlung.

Die psychoanalytisch orientierte Psychosomatik und Psychotherapie betonte die Beziehungsdimension, stellte das erlebende Subjekt in den Vordergrund und die unbewußten Anteile des menschlichen Erlebens und Verhaltens. Freud begründete also die wissenschaftliche Anerkennung der Beziehungsdimensionen und der unbewußten Dimension im menschlichen Verhalten und Erleben auch als krankheitsverursachend. Damit wurde ein Paradigma geschaffen, welches für alle Formen von psychoanalytischer Psychotherapie ein konstitutives Element ist (vgl. Rudolf 1993, Kächele und Buchheim 1996). Seit den 70er Jahren wurde die Verhaltenstherapie neben der Psychoanalyse wichtig, so daß sie auch in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt wurde.

Die Psychotherapie ist nur als ein im Konsens vollziehbares Geschehen möglich. Sie erfordert von Patienten die Bereitschaft, Probleme zu lösen, die Entwicklung einer Bindung und die Entwicklung problemlösender Einstellungen als Folge der therapeutischen Arbeit. Das Konzept der therapeutischen Arbeitsbeziehung ist weit mehr als die in der somatischen Medizin notwendige Compliance. Sie ist das A und O der therapeutischen Arbeit. Diese Vorgehensweisen, nach der in der Psychotherapie Strategien entwickelt und entworfen werden, um innerseelische oder psychosoziale Probleme zu lösen, unterscheiden sich grundsätzlich von der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise in der Etablierung einer therapeutischen Situation.

Ein weiterer Weg wurde von von Uexküll (1992) beschritten, der es für selbstverständlich fand, daß jeder Arzt psychosoziale Grundkenntnisse und Kompetenzen neben der Anatomie, Physiologie und Pharmakologie erwerben müsse, um wirklich adäquat die medizinische Versorgung zu betreiben. Er

nannte schon sehr früh diesen Weg „integrierte Psychosomatik,,. Er wird heute insbesondere in der neu definierten Allgemeinmedizin bzw. hausärztlichen Medizin im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung verwirklicht (vgl. Janssen 1993 b, 1997).

3. In dem Positionspapier wird die Institutionalisierung des psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereiches ignoriert.

Auch nach der Zeit des Nationalsozialismus und dem zweiten Weltkrieg - die Zeit kann hier nicht ausführlich dargestellt werden - blieb die Grundorientierung der deutschen Psychiatrie biologisch orientiert. So bestanden nach dem zweiten Weltkrieg auf Seiten der Psychiatrie weiterhin erhebliche Widerstände gegen die Integration psychotherapeutischer Ansätze, zum Teil aus inhaltlichen, zum Teil aus praktischen Erwägungen. Psychotherapie und Psychosomatik nahmen daher zwangsläufig eine eigenständige Entwicklung, deren Marksteine hier nur kurz skizziert werden können.

- 1946 Gründung des Zentralinstitutes für psychogene Erkrankungen der Versicherungsanstalt Berlin (W. Kemper und H.Schultz-Hencke). Diese Einrichtung hatte Pioniercharakter für die ambulante Versorgung; hier erfolgten auch die ersten wissenschaftlichen Überprüfungen über die Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen (Dührssen 1962, Dührssen und Jorswieck 1965), die wesentliche Grundlage für die Aufnahme psychotherapeutischer Leistungen in die kassenärztliche Versorgung 1967 wurden (s.u.).
- Ab 1950 erste Etablierung von psychosomatischen Kliniken, z. B. in Berlin (Wiegmann), Heidelberg (Mitscherlich), Freiburg (Clauser), Tiefenbrunn (Kühnel/Schwidder).
- 1967 Einführung der Richtlinien-Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung und Entwicklung einer Zusammenarbeit von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Dieses System prägte in der Folgezeit in der alten BRD, insbesondere den gesamten ambulanten therapeutischen Versorgungsbereich. In Ostdeutschland (ehemalige DDR) stand seit den 70er Jahren ebenfalls ein funktionierendes psychotherapeutisches

Versorgungssystem über den Zweitfacharzt für Psychotherapie zur Verfügung (Geyer 1994).

- 1970 Einführung des Pflichtfaches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in die ärztliche Approbationsordnung.
- 1975 Enquêtebericht der Bundesregierung zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung mit Festschreibung eines zweiteiligen Versorgungsstranges: dem psychiatrischen und dem psychotherapeutisch-psychosomatischen.
- Ausbau der Krankenhausabteilung für Psychosomatik und Psychotherapie und Ausbau der Rehabilitationseinrichtung für Psychosomatik und Psychotherapie (Potreck-Rose et al 1994)^.
- Zunehmende Integration der Verhaltenstherapie in die stationäre und ambulante Versorgung (vgl. die Darstellung der Entwicklung in Meermann und Vandereycken 1997).
- 1992 Einführung der Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin und Integration der psychosomatischen Grundversorgung in alle klinischen Fachgebiete in der Weiterbildungsordnung.

Unter günstigen historischen und sozioökonomischen Bedingungen hat sich ein Versorgungssystem entwickelt, das einmalig in der Welt ist (vgl. Meyer et al 1991). In der DGPPN-Schrift findet diese Entwicklung keinerlei Erwähnung (vgl. These 9).

4. In dem Positionspapier wird der erfolgreiche bundesrepublikanische Weg einer psychotherapeutischen Versorgung abgewertet.

In der Schrift wird die geforderte Umstrukturierung auch mit der internationalen Entwicklung begründet. Tatsächlich gibt es nur in den deutschsprachigen Ländern, insbesondere in Deutschland selber, aber auch in der Schweiz und in Österreich neben der Psychiatrie eine selbständige Psychosomatik und Psycho-

therapie. In der Schweiz läuft dieses Gebiet unter dem Terminus psychosoziale Medizin. In Österreich sind andere Bezeichnungen verbindlich. In Italien, Frankreich und in England gibt es nur sehr geringe Ansätze für eine selbständige Psychosomatik.

In den USA wird die Psychosomatische Medizin vielfach als Zweig der Psychiatrie verstanden. Die amerikanische Psychiatrie hat jedoch auch eine psychoanalytisch-psychodynamische Tradition (vgl. Redlich und Freedman 1966, Kernberg 1975, Frosch 1990, Gabbard 1990), was in der hiesigen Diskussion meist nicht berücksichtigt wird.

Gleichzeitig entwickelte sich in den USA eine nicht-ärztlich geprägte Psychotherapie. Nach Kächele und Buchheim (1996) gibt es neben den Psychiatern etwa die 6fache Anzahl von Psychotherapeuten mit psychologischen, sozialarbeiterischen oder anderen Grundausbildungen. Dabei dürfte der ursprüngliche Alleinvertretungsanspruch für Psychotherapie durch die amerikanische Psychiatrie mit zu dieser Entwicklung beigetragen haben, insofern sich inzwischen unter den ökonomischen Bedingungen des US-Gesundheitssystems ärztliche Psychotherapie kaum mehr durchführen läßt. Nach unserer Einschätzung würde auch die ärztliche Psychotherapie in Deutschland ein ähnliches Schicksal nehmen und mittelfristig aus dem ärztlichen Bereich verschwinden, wenn sie ausschließlich in dem von der DGPPN - Schrift vorgeschlagenen Rahmen ausgeübt werden könnte. Ärztliche Psychotherapie außerhalb der Psychiatrie würde es dann nicht mehr geben.

Statt den in der Allgemeinversorgung sehr unbefriedigenden amerikanischen Weg zu propagieren und die deutsche Entwicklung abzuwerten, sollte die DGPPN die Vorteile der letzteren akzeptieren und sie als mögliches Modell auch für andere Industrienationen verstehen.

5. In dem Positionspapier wird ein einseitiger Krankheitsbegriff und ein einseitiges ätiologisches Modell vertreten.

Der Krankheitsbegriff ist zur Abgrenzung von heilkundlicher und nicht-heilkundlicher Tätigkeit notwendig. Es liegen verschiedene Definitionen vor, so z. B. die der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die des Bundesgerichtshofes und der Sozialgesetzgebung. Die Medizin kennt keinen allgemeinen Krank-

heitsbegriff. Der Mensch ist nicht allgemein krank, sondern er leidet unter bestimmten Symptomen, Beschwerden, Behinderungen, Störungen, d.h. diese zusammen machen die „Krankheit“, aus. Die Notwendigkeit eines allgemeinen Krankheitsbegriffes ergibt sich aus der Rechtssprechung und der Leistungspflicht der Versicherungen und Krankenkassen. Im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung ist Krankheit „ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat, (zitiert nach Meyer et al 1991, Seite 26).

In diesem rechtlichen Zusammenhang hat die Psychosomatik und Psychotherapie maßgeblich dazu beigetragen, einen Krankheitsbegriff zu differenzieren, der den verschiedenen Krankheitskonzepten gerecht wird. Er hat Eingang gefunden in die Psychotherapie-Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen in der Neufassung vom 03.07.1987 (vgl. auch Faber und Haarstrick 1994).

Danach geht es nicht nur bei seelischen Erkrankungen um Symptome, sondern auch grundsätzlich um die zugrundeliegenden gestörten seelischen und körperlichen Strukturen und Funktionen:

„Seelische Krankheiten sind krankhafte Störungen der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, daß sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind. Krankhafte Störungen können durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht werden; sie werden in seelischen und körperlichen Symptomen und den krankhaften Verhaltensweisen erkennbar, denen aktuelle Krisen seelischen Geschehens, aber auch pathologische seelische und körperliche Strukturen und Funktionen zugrundeliegen können.

Seelische Strukturen werden verstanden als die anlagemäßig disponierenden und lebensgeschichtlich erworbenen Grundlagen seelischen Geschehens, das direkt beobachtbar oder indirekt erschließbar ist. Auch Beziehungsstörungen können Ausdruck von Krankheit sein; sie können jedoch nur dann als seelische Krankheit gelten, wenn ihre ursächliche Verknüpfung mit einer krankhaften Veränderung der erwähnten seelischen oder körperlichen Strukturen und Funktionen eines Menschen wahrscheinlich ist“.

In der psychiatrischen Diagnostik wird mit der Einführung der operationalisierten Diagnostik der Begriff der psychischen Erkrankungen zugunsten des Störungsbegriffes aufgegeben.

Diagnostik orientiert sich fast ausschließlich an der symptomatologischen Ebene unter Einbeziehung von Schwere- und Verlaufscharakteristika (Kap. 2 des Positionspapiers). In dieser Folge wurden programmatisch alle ätiologischen Konzeptbildungen ausgegrenzt. Die „Internationale Klassifikation der Störungen,, (ICD- 10) und das „Diagnostische und Statistische Manual,, der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (DSM-IV) sind operationalisierte und deskriptive Klassifikationssysteme für Manifestationsformen von psychischen Störungen. Solche Klassifikationssysteme sind nützlich, um zu einer nationalen und internationalen terminologischen und diagnostischen Vereinheitlichung zu kommen; diese unterliegt aber häufig dem politischen Zwang, sich auf einen kleinsten gemeinsamen Nenner zu einigen (vgl. Sartorius 1996).

Die ätiologische Gewichtung im DGPPN-Positionspapier von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bei den neurotischen Störungen, wie z. B. Zwangsstörungen und Depressionen fällt einseitig zugunsten der biologischen Aspekte aus, denen der relevanteste ursächlichste Anteil am Krankheitsgeschehen zugesprochen wird. Entsprechend wird als einziges ätiologisches Konzept, das in der Schizophrenieforschung etablierte Vulnerabilitäts-Stress-Konzept (Zubin u. Spring 1977) berücksichtigt. Danach werden sowohl die depressiven Störungen, die schizophrenen Störungen, die Zwangsstörungen, die Suchterkrankungen abgehandelt. Am Schluß dieses Kapitels heißt es: „Ohne der Neurobiologie gegenüber den psychosozialen Aspekten eine Dominanz zuordnen zu wollen, ist jedoch zu erwarten, daß gerade in diesem bisher nur begrenzt fruchtbaren Forschungsgebiet die nächsten Jahre entscheidende Impulse für Verständnis und Behandelbarkeit psychischer und psychosomatischer Erkrankungen erbringen werden. Jeder Reduktionismus ärztlicher Sicht - und Handlungsweise auf nur eine Dimension, wie die der Psychotherapie, wäre mit der Abkopplung von dem bereits jetzt sich überzeugend darstellenden Entwicklungsprozeß verbunden,, (S. 20).

Eindeutiger kann die einseitige neurobiologische Orientierung des Positionspapiers nicht formuliert werden. Ein Konzept, das für die Klärung der Entstehungsbedingungen von schizophrenen Psychosen durchaus von Nutzen ist, wird allen anderen Störungen übergestülpt. Umgekehrt werden ätiologische Konzepte psychologischer, psychodynamischer oder psychosomatischer Provenienz nicht erwähnt, selbst wo diese durchaus in Bezug zu neurobiologischen Konzepten stehen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden nachfolgend einige wichtige Konzepte stichwortartig aufgeführt:

- In den psychodynamischen Theorien die ätiologischen Konzepte vom unbewußten Konflikt, vom Funktionieren auf verschiedenen Ich-Funktions-ebenen, weitere ich-psychologische, insbesondere aber objektbeziehungpsychologische und selbstpsychologische Modelle der Entstehung von Störungen.
- In der Lernpsychologie klassische und moderne Lerntheorien wie assoziations-theoretische Modelle, Lernen durch Konsequenzen, Modell-Lernen, kognitive Lerntheorien, die in das therapeutische Stufenmodell der Verhaltenstherapie eingehen.
- Die systemischen und familiendynamischen Theorien abgeleitet aus den Kommunikationswissenschaften.
- Die ethologischen und psychoanalytischen Bindungstheorien,
- Die neurobiologischen Konzepte entwickelt aus der Psychoendokrinologie, Psychophysiologie und Psychoimmunologie.
- Das Konzept der Bewältigung von Erkrankungen im Sinne des Coping-Konzeptes, das besonders für die somato-psychischen Erkrankungen und Störungen bedeutsam ist.

Zur umfassenden Darstellung sei auf die entsprechenden Lehrbücher verwiesen (Hoffmann und Hochapfel 1995, Thomä und Kächele 1996, von Uexküll et al 1996, Rudolf 1993, Reinecker 1987, Ermann 1995, Meyer et al 1996, Ahrens

1997, Schüssler 1995, Meermann und Vandereycken 1997, Reimer et al 1996, Heigl-Evers et al 1997, Senf und Broda 1996, Margraf 1996, Kanfer et al 1991).

Mit der Entwicklung der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) steht mittlerweile ein diagnostisches Instrument zur Verfügung, das stärker systematisiert auch psychodynamisch relevante psychologische Konstrukte diagnostizierbar macht. Über den Weg der Operationalisierung dieser Konzepte wird auch die empirische Überprüfung psychodynamisch orientierter Konzepte möglich (OPD 1996). Mit der Verhaltensanalyse weist die Verhaltenstherapie ebenfalls ein gut untersuchtes diagnostisches Vorgehen auf.

Um in der ätiologischen Frage eine Präzisierung zu erreichen und die Patientenzielgruppe der Psychotherapeutischen Medizin zu definieren, akzentuiert Schepank (1995) die Begriffe psychisch versus psychogen. Er unterscheidet die Manifestationsformen (Symptomatik) psychisch und somatisch von den Ursachen psychogen und somatogen. Psychogene Ursachen können psychische Manifestationsformen haben, z. B. Ängste, Depressionen oder somatische z. B. Tachykardien und Eßstörungen. Im wesentlichen sind die o.g. ätiologischen Theorien solche für psychogene Erkrankungen.

Wesentlich für jede Form von Psychotherapie ist, daß sie auf einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens gründet. Die oben genannten Theorien sind solche, die sowohl zur Psychologie wie auch zur Biologie einen Bezug haben, aber nicht ausschließlich neurobiologisch orientiert sind. Die ätiologischen Modelle und Konzepte belegen die Eigenständigkeit der Psychotherapeutischen und Psychosomatischen Medizin, wie es auch in der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin zum Ausdruck kommt. Das biologisch orientierte psychotherapeutische Einheitskonzept der DGPPN würde diese Vielfalt zunichte machen. Dazu gibt es aus wissenschaftlicher und versorgungspolitischer Sicht keinerlei Begründung.

6. In dem Positionspapier wird keine plausible Definition von Psychotherapie gegeben, so daß ein zentraler Begriff ungeklärt bleibt.

Die deutsche Psychiatrie hat, wie bislang dargelegt, schwerpunktmäßig eine biologische Orientierung sowohl bezüglich der Krankheitskonzepte wie der Behandlungsmodelle. Diese

Ausrichtung hatte sich in den letzten Jahren verändert. Das Facharztprofil des Psychiaters wurde sicher auch in Reaktion auf die Forderung nach einer Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin verändert. Dieser Prozeß ist nicht nur sachlich begründet - aus der Erkenntnis der Handlungsrelevanz psychotherapeutischer Maßnahmen - sondern auch durch fachpolitische Interessen determiniert. Für uns ist eine Integration psychotherapeutischer Inhalte in die Psychiatrie begrüßenswert, wie wir ebenso gerade zu diesen Fragen zu einer wissenschaftlichen, klinischen und ausbildungsbezogenen Kooperation bereit und motiviert sind.

In der DGPPN-Schrift wird akzeptiert, daß neben der psychiatrischen Kompetenz auch eine für Psychotherapie erworben werden muß. Allerdings findet sich in der gesamten Schrift keine plausible Definition von Psychotherapie und es wird keine der üblichen Definitionen übernommen. Damit vermeidet die DGPPN das Spezifische in der psychotherapeutischen Versorgung darzulegen (vgl. auch These 10).

Hier sei noch einmal auf die nach wie vor gültige Definition von Psychotherapie von Strotzka (1975, Seite 4) hingewiesen:

„Psychotherapie ist ein bewußter und geplanter interaktioneller Prozeß zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und / oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig,„

Nach dieser Definition ist die Psychotherapie als wissenschaftliche Disziplin zu verstehen, die Krankheits- und Leidenszustände behandelt, sie gründet auf einer Theorie des Erlebens und Verhaltens und setzt einen Konsens zur Behandlung mit Patient, Therapeut und Bezugsgruppe

voraus. Psychiatrische Psychotherapie wurde bisher als Behandlungsform für psychiatrische Erkrankungen verstanden und folgte in der Regel einem mehrdimensionalen Therapieansatz (vgl. Helmchen et al 1982).

In der DGPPN-Schrift wird mit dieser Tradition gebrochen: Einerseits wird der Anspruch auf den Gesamtbereich der Psychotherapie erhoben, andererseits werden nur mehrdimensionale Therapieansätze vertreten. Die Kombination von Psychopharmakotherapie und Psychotherapie gilt generell auch für die „neurotischen,, Störungen, z. B. die Angststörungen, bei denen die Gewichtung psychopharmakologischer Ansätze im Gesamttherapieplan sehr hoch angesiedelt ist ebenso wie für die Depressionen (Klerman et al 1984). So haben die jeweiligen psychotherapeutischen Methoden in der Denkschrift nur eine zweitrangige Bedeutung gegenüber der medikamentösen Therapie. Als psychotherapeutische Ansätze werden dann störungsspezifische Maßnahmen gegenüber den störungsunspezifischen oder - übergreifenden Ansätzen favorisiert.

Die Grundannahme von den Vorteilen einer störungsspezifischen Psychotherapie durchzieht das gesamte Positionspapier. Dabei gibt es, was jedem Kliniker bekannt ist, kaum reine Störungen und damit kaum eine rein störungsspezifische Therapie. Darüberhinaus befinden sich die Konzepte störungsspezifischer Psychotherapie noch im Stadium experimenteller Effektivitätsüberprüfung und sind noch nicht von allgemeiner, versorgungspraktischer Relevanz.

In der DGPPN-Schrift werden diese Ansätze überpointiert und bei ihrer biologischen Grundorientierung kann Psychotherapie dann nur einen nachgeordneten Charakter haben. Inwieweit dies Versorgungsrelevanz haben kann, wird allerdings auch von den Patienten entschieden. In diesem Sinne fordern Kächele und Kordy (1992), daß das psychotherapeutische Versorgungssystem zunehmend Gegenstand der Forschung werden muß.

Bisher ist noch nicht hinreichend belegt, daß störungsspezifische Verfahren hier eine größere Effizienz erbracht haben (vgl. z. B. Lambert und Bergin 1994).

Wir sind daher der Meinung, man sollte zwar störungsorientierte Psychotherapien entwickeln, jedoch die Person des Patienten hinter seiner Störung nicht außer acht lassen. Im übrigen haben praktizierende Psychotherapeuten schon immer störungsorientierte Psychotherapien durchgeführt, so z. B. bei der Psy-

chotherapie der Zwangsstörungen, der Borderlinestörungen, der Depressionsstörungen, der Suchtstörungen u.a. (vgl. Literatur in These 5, S. ..).

7. Das Positionspapier zwingt die Psychotherapieforschung in das Modell der Pharmaforschung und offenbart damit Unverständnis für das auch in der Forschung Psychotherapie-Spezifische

Die Verfasser der DGPPN-Schrift sind mit der speziellen Psychotherapieforschung entweder nicht vertraut, oder nicht einverstanden. Sie rezipieren keineswegs die verschiedenen Stadien der Psychotherapieforschung, z. B. die Legitimationsforschung, die evaluative Psychotherapieforschung, die differentielle Psychotherapieforschung und die prozessuale Psychotherapieforschung (vgl. Kächele und Kordy 1992). Auch die Ergebnisse der Psychotherapievergleichsforschung, die vielfältigen Metaanalysen, z. B. (Grawe et al 1994, Bergin und Garfield 1994), werden ungenügend und tendentiös im Positionspapier behandelt. Nimmt man das DGPPN-Memorandum zur Psychotherapieforschung (1996) hinzu, dann werden insbesondere die Forschungskonzeptionen bemängelt, die sich nicht an dem Modell der Pharmaforschung orientieren.

Das Modell der Pharmaforschung scheint das Forschungsparadigma der Psychiatrie zu sein. Als Standard gilt hier die randomisierte Studie. Diese führt allerdings zwangsläufig zu einer einseitigen Auswahl der überprüften Verfahren und Krankheitsbilder. Die Praxisrelevanz solcher Studien ist meist eingeschränkt. Psychotherapieforscher wie z. B. Strupp und Howard (1992), Kächele und Kordy (1992) und Rudolf (1996) fordern darum eine zunehmende Ausrichtung der Psychotherapieforschung auf Praxis und Versorgung und sprechen sich dafür aus, „das Laboratorium der randomisierten Studien mit oft einschneidenden Selektionskriterien zu verlassen, um mehr alltagsweltliche, naturalistische Studien durchzuführen,, (Kächele und Kordy 1992, Seite 522). Für eine „zukünftige Versorgung,, muß vornehmlich die klinische Relevanz von Forschungsergebnissen maßgebliches Kriterium sein. Die Aussagekraft der Untersuchungen von speziellen therapeutischen Ansätzen für das alltägliche therapeutische Handeln ist insbesondere durch Folgendes eingeschränkt: Viele in einer spezifischen Psychotherapierichtung ausgebildeten Therapeuten nehmen unter dem Druck und den Erfahrungen des Alltags in ihrem tatsächlichen

therapeutischen Vorgehen oft weitgehende Veränderungen vor. Dieses Phänomen wird allgemein hin als „Praxisshift“, bezeichnet. Dabei scheint sich insbesondere auch ein eklektizistisches Vorgehen zu akzentuieren (Garfield und Bergin 1994). Zusammenfassend gilt auch heute noch eine Begrenzung der Aussagekraft empirischer Studien für die psychotherapeutische Praxis.

Die „State of the Art“, der Psychotherapie ist immer noch vieldeutig oder widersprüchlich und die Diskussionen werden allzuoft ideologisiert geführt. Dies gilt auch für das Positionspapier der DGPPN. Psychodynamische und beziehungsorientierte Psychotherapieverfahren sind nicht obsolet, wie die Schrift glauben lassen möchte. Die Verhaltenstherapie ist nicht nur reine Methoden-anwendung, sondern auch ein ganzheitliches Psychotherapieverfahren, das Beziehungsaspekte berücksichtigt. Die in der Schrift favorisierten Methoden, die kognitiv-behavioralen passen sich allerdings klinisch und wissenschaftlich reibungsloser in die biologische Perspektive ein. Aktuell angemessener wäre eine Offenheit für verschiedenartige therapeutische Ansätze, die sich in Feldstudien für die unterschiedlichen Anwendungsbereiche dann als problemgerecht erweisen könnten.

8. Die Leitlinien zur Versorgungsstruktur sind ein Anspruch, der in der Praxis nicht eingelöst werden kann

Die Leitlinien für die Versorgung orientieren sich teilweise an tradierte psychiatrische Behandlungsprinzipien, teilweise sind überhöhte Ansprüche zu erkennen. Insbesondere muß bezweifelt werden, ob der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Nervenfacharzt den Anspruch einlösen kann, psychosomatische Krankheitsbilder fachgerecht zu behandeln; ein Anspruch der in der Schrift an verschiedenen Stellen vertreten wird (siehe Einleitung). Gegen die Prinzipien der Gleichstellung psychischer und somatisch Kranker kann kein Einwand erhoben werden, ebenso gegen eine patientenorientierte, individualisierte Behandlung, freie Institutions- und Therapeutenwahl, wohnortnahe Versorgung, ambulante vorstationäre Therapien, Koordination und Kooperation multiprofessioneller Behandlungsangebote. Dies gilt auch für den psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereich. Jedoch ist für die Erfüllung der verschiedenartigen Aufgaben sowohl die Verbesserung der

hausärztlichen Versorgung notwendig, wie die Verbesserung einer differenzierten fachärztlichen Versorgung durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenärzte, Fachärzte für Neurologie und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin. Die DGPPN-Schrift fordert eine Dominanz-Kontroll- wie Zuweisungsfunktion des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie. Eine solche Hierarchisierung ist dysfunktional. Patienten suchen in der Primärversorgung nicht den Psychiater auf und lassen sich auch, außer bei psychiatrischen Erkrankungen im engeren Sinne, nur schwer zum Psychiater überweisen.

Auch wenn der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie nach dem Curriculum (vgl. Berger und Hohagen 1993) eine psychotherapeutische Qualifikation erworben hat, so ist diese jedoch im Vergleich zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin (vgl. Janssen und Hoffmann 1994) im Hinblick auf die zu erwerbenden Kenntnisse verschiedener therapeutischer Verfahren eingeschränkter. Der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin kann mit Recht den Anspruch erheben, der Spezialist für Psychotherapie in der ärztlichen Versorgung zu sein. Dies bekämpft die DGPPN mit allen Mitteln. Der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin vertritt die

Psychotherapie als Fachgebiet in der Medizin. Er versteht sich als Facharzt, der kooperativ mit anderen Gebieten zusammenarbeitet und die psychosozialen Probleme der Patienten diagnostiziert und therapiert. Er baut auf die in die Fachgebiete integrierte psychosomatische Grundversorgung auf und übernimmt die spezialistische psychotherapeutische Versorgung.

Abb. 1 einfügen.

Der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin hat zu den verschiedenen ärztlichen Disziplinen unterschiedliche Schnittmengen, wie beispielhaft in der Abbildung 1 ersichtlich. Er vertritt die psychosomatischen und psychotherapeutischen Aspekte in der Inneren Medizin, Neurologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie, Orthopädie, Chirurgie, Augen-Heilkunde, Gynäkologie und anderen Gebieten. Er diagnostiziert und behandelt in Kooperation mit den betreffenden Fachärzten.

Die DGPPN-Schrift legt nahe, daß der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in diesem Kontext zunächst tätig wird und der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin nachgeordnet ist. Dies ist ein der bisherigen Weiterbildungsordnung völlig fremder Anspruch. Es gibt kein Gebiet, was einem anderen übergeordnet ist. Zum einen ist der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie nicht dafür weitergebildet, zum anderen ist bei den großen Versorgungsaufgaben der Psychiatrie diese Dominanz gänzlich unrealistisch.. Darüber hinaus wäre durch seine fachliche und rechtliche Konzentration auf seine psychiatrischen Patientengruppen sehr bald der jetzige psychosomatische Konsiliar- und Liaisondienst in Frage gestellt. Einen psychosomatisch-psychotherapeutischer Konsiliardienst muß es daher neben einem psychiatrischen Konsiliardienst geben.

Die DGPPN-Schrift kritisiert auch die bisherige psychosomatische Grundversorgung, die 1986 über die Psychotherapie-Richtlinien in die vertragsärztliche Versorgung eingeführt wurde (vgl. Janssen 1993). Ziel der psychosomatischen Grundversorgung ist, die diagnostische Kompetenzen aller Arztgruppen für psychosomatische, psychoneurotische und somato-psychische Störungen zu verbessern. Die DGPPN-Schrift fordert hier eine Erweiterung der Kompetenz, um den Umgang mit psychiatrischen Krankheitsbildern im engeren Sinne. Es ist selbstverständlich nicht von der Hand zu weisen, daß Hausärzte auch Kenntnisse vom Umgang mit Suchtkranken, ebenso wie mit schizophrenen und affektiven Psychosen haben müssen. Dies war jedoch bisher nicht Gegenstand und Zielsetzung der psychosomatischen Grundversorgung.

Es wäre daher angezeigt, neben der psychosomatischen Grundversorgung eine psychiatrische Grundversorgung einzuführen.

Nach unserer Erfahrung muß im Interesse einer bedarfsgerechten Ressourcenallokation und der Nutzung aller psychotherapeutischen Kompetenzen in unserem Gesundheitssystem der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie neben dem Facharzt für Psychotherapeutische Medizin etabliert sein. Des weiteren ist eine Integration der psychosomatischen bzw. auch psychiatrischen Grundversorgung in das hausärztliche Versorgungssystem zu fördern. Darüber hinaus müssen die Kooperationsformen mit den psychologi-

schen Psychotherapeuten weiterentwickelt werden. Ein Superfacharzt, wie der von der DGPPN geforderte „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin,, wäre wenig versorgungsrelevant und fachlich überfordert und benötigte eine 7- bis 8jährige Weiterbildung. Bei der zunehmenden Spezialisierung in der Medizin sind solche ‚Superfachärzte‘ nicht mehr in der Lage, den aktuellen Stand des Wissens auch therapeutisch umzusetzen.

9. Bei den künftigen Versorgungsstrukturen wird nur die psychiatrische Versorgung und nicht die bestehende psychosomatische-psychotherapeutische Versorgung erwähnt.

In dem Positionspapier werden die schon erwähnten und tradierten psychiatrischen Versorgungsstrukturen bei der schon herausgearbeiteten Dominanz des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie verbindlich für die gesamte psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Dabei sollen wohl die bisherigen Strukturen der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung aufgelöst und in die psychiatrische integriert werden. Wie dies gelingen soll, wird nicht angegeben. Auch wird nicht begründet, warum das überhaupt nötig ist.

Schon in These 2 wurde darauf hingewiesen, daß günstige historische, ökonomische und sozialrechtliche Bedingungen zur Entwicklung eines eigenständigen psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgungsbereichs geführt haben. Dieser hat eine einmalige Entwicklung genommen, wobei die Bedingungen in den neuen Bundesländern noch nicht angemessen berücksichtigt werden können.

Für die ambulante vertragsärztliche Versorgung legt die Kassenärztliche Bundesvereinigung jährlich aktualisierte Zahlen über die teilnehmenden Psychotherapeuten, über die Anzahl der Behandlungsfälle und die Verteilung dieser Behandlungsfälle auf unterschiedliche Behandlungsverfahren vor. Die an der Kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sind in Abbildung 2 und 3 getrennt nach tiefenpsychologisch/analytischen Psychotherapeuten und Verhaltenstherapeuten aufgeführt. Die Entwicklung seit 1989 macht deutlich, wie die Anzahl der

ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen ist, und zwar dies mehr im tiefenpsychologisch/ analytischen als im verhaltenstherapeutischen Bereich. Insgesamt praktizieren zur Zeit in der vertragsärztlichen Versorgung ca. 15 600 Psychotherapeuten, darunter 8 900 ärztliche und 6 700 psychologische Psychotherapeuten. Der Anstieg von 1994 auf 1995 betrug 7,6%, jedoch weniger als noch vor Jahren, als die Anstiegsrate um 10% bis 20% lag. Es handelt sich also um einen expandierenden Bereich für die vertragsärztliche Versorgung. Ebenso ist die Zahl der Behandlungsfälle permanent gestiegen. Auffällig ist, daß bei den tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Psychotherapien die Kurzzeitverfahren (25 Sitzungen) gegenüber den Langzeitverfahren überwiegen. Für die mehr als 220 000 Behandlungsfälle werden über 500 Mio. ausgegeben. Bei der Erhebung von Meyer et al (1991) aus dem Jahre 1989 lag dies noch bei 305 Mio. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist von 1988 bis jetzt die Ausgaben in DM pro Mitglied für Psychotherapie in den gesetzlichen Krankenkassen von 7,48 DM auf 15,01 DM gestiegen, d.h. die Ausgaben haben sich pro Mitglied verdoppelt. Nach neuesten Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beträgt der Anteil der Ausgaben für Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung über 2 %. Die Psychotherapie ist also im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ein formal wie qualitativ definierter Bereich.

Die Zahlen belegen ebenfalls, daß Psychotherapie ihre Dominanz im ambulanten Bereich hat. Die Daten und Fakten werden in der DGPPN-Schrift nicht erwähnt oder allenfalls abgewertet. Daraus leiten sich manche Irrtümer ab. Eine realistische Zukunftsplanung kann an der geschilderten Entwicklung des psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereichs in unserem Gesundheitssystem nicht vorbeigehen.

Wenn auch der Schwerpunkt der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung im ambulanten Bereich liegt, ergibt sich dennoch nach der bisherigen fachlichen Einschätzung eine Indikation zur stationären psychotherapeutischen Behandlung bei psychogen erkrankten Patienten. Die stationären Behandlungen erfolgen entweder kurzfristig zur Vorbereitung einer ambulanten Behandlung oder auch längerfristig bei bestimmten Patientengruppen. Sie erfolgen nicht in den psychiatrischen Kliniken oder nur zu einem sehr geringen Teil, wie die Statistiken ausweisen, sondern überwiegend in Krankenhäusern der

psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung bzw. auch in den psychosomatischen Rehabilitationskliniken. Nach der Fachabteilungsstatistik des Statistischen Bundesamtes gibt es in der Psychosomatik 61 Abteilungen in der Akutversorgung mit 2 632 Betten (Stand 1995). Nach der Erhebung von Potreck-Rose et al (1994) gibt es 2 517 Betten im Akutbereich in 55 Krankenhäusern und 6455 Betten im Rehabilitationsbereich in 46 Kliniken, d.h. die Betten in der psychosomatischen Rehabilitation überwiegen. Durch die aktuelle Gesundheitsgesetzgebung kann jedoch damit gerechnet werden, daß ca. 30% der bisherigen Behandlungskapazität in der psychosomatischen Rehabilitation eingespart werden muß.

Nach der Bundespflegesatzverordnung (1995) sind die Abteilungen für Psychosomatik/Psychotherapie für die Krankenhausplanung vorgesehen. Wie dieser Bereich weiterentwickelt wird und strukturiert werden könnte und wie diese Abteilungen ausgestattet werden sollten, werden an anderer Stelle dargelegt (Janssen et al 1997).

In der DGPPN-Schrift wird in dem psychiatrischen Versorgungssystem nach wie vor der institutionellen und stationären Behandlung Vorrang eingeräumt. Es ist auffällig, daß trotz des Slogans ‚ambulant vor stationär‘ die stationäre Versorgung in der Denkschrift ganz im Vordergrund steht. So wird nach wie vor für die stationäre Versorgung 0,6 bis 1,0 Betten pro 1000 Einwohner gefordert. Für die psychosomatischen Abteilungen werden wesentlich weniger Betten angestrebt, nach jüngsten Berechnungen von Franz für ein wissenschaftliches Gutachten (Janssen et al 1997) liegt die Bettenmißziffer bei 0,2 pro 1 000 Einwohner. Die DGPPN-Schrift lehnt dagegen psychosomatische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern ab, da dies eine Konkurrenz für die psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern wäre. Sie will allenfalls einen psychosomatischen Konsiliardienst einrichten. In dem Positionspapier wird nicht mit Kritik über die stationäre psychosomatische-psychotherapeutische Versorgung gespart, dabei werden die guten Behandlungsergebnisse geleugnet (vgl. Janssen 1987, Bassler 1993, Bassler und Hoffmann 1994, Becker und Senf 1988, Deter et al 1986, Junge und Ahrens 1996, Kordy et al 1983, Lamprecht et al 1987, Lamprecht und Schmidt 1990, Liedtke et al 1990, 1991, Meyer 1994, Rudolf et al 1988, 1994, Rüger 1991, Schmidt 1991, Senf 1986, Strauß u. Burgmeier-Lohse 1994, Tschuschke 1993, Wilke et al 1988, Zielke 1993).

Das in der DGPPN-Schrift vertretene undifferenzierte Stufenprogramm bei der Behandlung psychischer Störungen (Abb. 3, S. 33) bleibt argumentativ unplausibel gegenüber dem differenzierten Versorgungsmodell einer gestuften psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung. Hier könnte eine Abstimmung wesentliche Annäherungen bringen. Im übrigen ist dieses Modell nach Rössler u. Salize (1996) ausschließlich für psychiatrische Erkrankungen im engeren Sinn entworfen worden und nicht für den Indikationsbereich der Psychotherapeutischen Medizin. Rössler und Salize schreiben in der Zusammenfassung (Seite XIV): „Chronisch psychisch Kranke im Erwachsenenalter stellen eine der zentralen Problemgruppen im Bereich der psychiatrischen Versorgung dar. Bei ihnen handelt es sich um die in der Vergangenheit am stärksten vernachlässigten Patienten. Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich deshalb hauptsächlich auf chronisch psychisch Kranke und Behinderte im Erwachsenenalter (Diagnosen nach ICD-9: Ziffern 295 bis 298). Dies umschließt vor allem die funktionellen Psychosen mit den Hauptgruppen der schizophrenen und affektiven Psychosen. Andere Patienten- bzw. diagnostische Gruppen werden wegen ihres zum Teil deutlich abweichenden Versorgungsbedarfs aus der vorliegenden Analyse ausgeklammert,„.

10. Das Positionspapier spiegelt insgesamt mehr das traditionell administrative Denken der Psychiatrie wieder und weniger ein in der Psychotherapietradition stehendes beziehungsorientiertes Denken.

Perspektive der Schrift ist die der Experten. Dagegen ist nichts einzuwenden, wenn nicht der Patient zu kurz kommt. Bei einer solchen Analyse müßte man berücksichtigen, daß nicht alle Patienten eine primär pharmakologische Behandlung annehmen, sondern diese eher ablehnen. Des weiteren müßte man bedenken, daß viele Patienten mit psychischen Problemen eher zum Internisten, zum Gynäkologen, zum Allgemeinmediziner oder zum Psychotherapeuten gehen.

Es ist ein gewachsener Teil der Identitätszuschreibung in der Bundesrepublik, mit dem realistische Gesundheitsplaner rechnen müssen.

Die Psychiatrie wird immer noch mit der Vergangenheit in Verbindung gebracht, aber auch mit Zwangsmaßnahmen, Unterbringungsmaßnahmen,

Machtausübung usw. Große Bevölkerungsgruppen würden deswegen nicht einen Psychiater aufsuchen; nehmen aber ein psychosomatisch-psychotherapeutisches Behandlungsangebot an.

Die Betonung der Krankenhausbehandlung zeigt die überwiegend administrative, legalistische Philosophie der DGPPN. Daß Psychotherapie auch etwas mit Beziehung zu tun hat, bleibt zwangsläufig unerwähnt. Wie bereits ausgeführt, hat die Psychiatrie in Deutschland keine sehr breite psychotherapeutische Tradition. Die therapeutische Grundhaltung des Psychiaters war immer ganz wesentlich auch - und zwar notwendigerweise - custodial bestimmt, insofern häufig Verantwortung für den Patienten übernommen werden mußte; sie war darüber hinaus nicht unerheblich durch ein administratives Denken geprägt, das die für besonders schutzbedürftige Kranke notwendigen institutionellen und juristischen Rahmenbedingungen zu gewährleisten hat; schließlich ist seit Mitte dieses Jahrhunderts die therapeutische Haltung weitgehend am Paradigma der Pharmakotherapie ausgerichtet.

Mit dieser Handlungstradition unterscheidet sich der Psychiater von der Grundhaltung des Psychotherapeuten; denn dieser ist in der Tendenz ‚mehr wahrnehmungssensibel, rezeptiv, mitfühlend- und individuumorientiert - nicht so sehr normorientiert und handlungsbezogen. Ein aktiv-zupackender Gestaltungswille scheint selten zur Berufswahl des Psychotherapeuten zu führen‘ (von Rad 1996, Seite 84). Dieser Widerspruch läßt sich auch nicht ohne weiteres durch eine Doppelqualifikation lösen, da es sich hier um gegensätzliche und im Rahmen der jeweiligen Vorgehensweise notwendige therapeutische Haltung handelt.

So notwendig der eine wie der andere Weg sein kann, so wenig lassen sie sich durch politischen Beschluß integrieren. Am ehesten scheint es noch sinnvoll zu sein, historisch eigenständig gewachsene Traditionsstränge hinsichtlich ihrer Berührungspunkte und Schnittstellen zu überprüfen und so zu erfahren, wo der eine vom anderen lernen kann. Dies setzt allerdings die gegenseitige Akzeptanz einer professionellen Eigenständigkeit voraus, einer professionellen Identität auf der einen wie der anderen Seite (vgl. Rüger 1997).

Zusammenfassung

Im Jahre 1997 wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) ein Positionspapier zur Behandlung psychischer Erkrankungen vorgelegt. Inhaltlich geht es in der Schrift nicht nur um eine Neuordnung der psychiatrischen Versorgung, sondern um eine Umstrukturierung der eigenständigen psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung in Deutschland. Damit wird seitens der Psychiatrie ein Gestaltungsanspruch für einen Versorgungsbereich erhoben, an dessen Aufbau sie nicht beteiligt war. Selbstverständlich hat die DGPPN nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, zur zukünftigen psychiatrischen Versorgung in Deutschland Stellung zu nehmen; jedoch berechtigt dies nicht, auch die Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin völlig neu zuordnen.

Die zentralen Positionen und Aussagen des DGPPN-Positionspapiers, insbesondere die Gesamtkonzeption wurden kritisiert und diskutiert. Dabei springen insbesondere folgende Punkte ins Auge, die thesenhaft zusammengefaßt werden :

1. Das gesundheitspolitische Programm des Positionspapiers umfaßt nicht nur den gesamten Bereich der Psychiatrie, sondern auch die Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, die in einem umstrukturierten Versorgungssystem völlig neu organisiert werden soll.
2. Die historische Entwicklung einer Fächerdifferenzierung im Bereich der Versorgung der psychisch und psychosomatisch wie somato-psychisch Erkrankten wird verleugnet.
3. Die Institutionalisierung des psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsbereiches wird ignoriert.
4. Der erfolgreiche bundesrepublikanische Weg einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung wird abgewertet.

5. Es wird ein einseitiges ätiologisches, überwiegend neurobiologisches Modell der Entstehung von Erkrankungen vertreten.
6. Es wird keine plausible Definition von Psychotherapie gegeben.
7. Die Psychotherapieforschung wird in das Modell der Pharmaforschung gezwängt und damit das Unverständnis für das auch in der Forschung Psychotherapie-Spezifische deutlich.
8. Die Leitlinien zur Versorgungsstruktur sind ein Anspruch, der in der Praxis nicht eingelöst werden kann.
9. Bei den künftigen Versorgungsstrukturen wird nur die psychiatrische Versorgung und nicht die bestehende psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung erwähnt.
10. Das Positionspapier der DGPPN spiegelt insgesamt mehr das traditionelle administrative Denken der Psychiatrie wieder und weniger ein in der Psychotherapietradition stehendes beziehungsorientiertes Denken.

Literatur

- Ahrens, St. (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin, Schattauer, Stuttgart 1997
- Arbeitskreis OPD (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik-Grundlagen und Manual. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Bassler, M., Hoffmann, S.O. (1994): Trends in der empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie. *Psychotherapeut* 39, 174-176
- Becker, H., Senf, W. (1988): Praxis der stationären Psychotherapie, Thieme, Stuttgart
- Berger, M., Hohagen, F., (1993): Vorschlag eines detaillierten Weiterbildungscurriculums für den Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, *Spektrum* 5, 163-166
- Bergin, A.E., Garfield, S.L. (Hrsg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, J. Wiley u. Sons 1994, New York, 4. Edition
- Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung (Bundestag Drucksache 7/4200 und 7/4201 = Psychiatrie Enquête (1975)
- Breuer, J.: Studien über Hysterie, Deuticke, Leipzig, Wien 1985 (Nachdruck)
- Deter, H.C., Sameith, W., Maroska U. (1986): Katamneseergebnisse von 64 Patienten - 5 Jahre nach der stationären psychosomatischen Behandlung *Zsch. Psychosom. Med.* 32, 231-248
- DGPPN: Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland - Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung, Springer-Verl. Heidelberg 1997
- DGPPN-Memorandum : Zur Verbesserung der Psychotherapieforschung in Deutschland, *Nervenarzt* 67 (1996) 707-709
- Dührssen, A. (1962): Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie, *Zsch.psychosom. Med.* 9, 94-113
- Dührssen, A., Jorswieck, E. (1965): Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung *Nervenarzt* 36, 166-169
- Ermann, M.(1995): Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, Kohlhammer, Stuttgart
- Faber, R.R., Haarstrick, R. (1994): Psychotherapie-Richtlinien/-Kommentar 3. Auflage, Jungjohann Verlagsges. Neckarsulm-Stuttgart

- Frosch, J. (1990): Psychodynamic Psychiatry: Theory and Practice Vol. I, II, Int. Universities Press Inc. Madison, Connecticut
- Gabbard, G.O.(1990): Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, Am. Psychiatric Press, Inc Washington, London 1990
- Garfield, S.L., Bergin, A.E.(1994): Introduction and historical overview, In: Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change (Hrsg. A.E. Bergin, S.L. Garfield), 4. Auf. John Wiley and Sons, 3-18
- Geyer, M. (1994): Krankheit im Kontext neuer Orientierungen und Verluste im Deutsch- deutschen Vereinigungsprozeß, In: Buchheim, P., Cierpka, M., Seifert, Th. (Hrsg). Lindauer Texte, Springer Berlin, Heidelberg, New York, 227-242
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession, Hogrefe Göttingen, Bern, Toronto, Seattle
- Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J., Rüger, U. (1997): Lehrbuch der Psychotherapie, G. Fischer, Stuttgart
- Helmchen, H., Linden, M., Rüger, U. (1982): Psychiatrische Psychotherapie. In: Helmchen, H., Linden, M., Rüger, U.: Psychotherapie in der Psychiatrie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 1-10
- Helmchen, H., Linden. M., Rüger, U. (1982): Psychotherapie in der Psychiatrie, Springer Berlin, Heidelberg, New York
- Hirschmüller, A.(1991): Freuds Begegnung mit der Psychiatrie - von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre, Edition Diskord Tübingen
- Hoffmann, S.O., Hochapfel, G.(1995): Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, Compact-Lehrbuch, Schattauer, Stuttgart, 5. Auflage
- Janssen, P.L.: (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik, Klett-Cotta Stuttgart
- Janssen, P.L. (1993 a): Von der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie,, zur Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin,, , Zsch. Psychosom.Med. 39, 95-117
- Janssen, P.L. (1993 b): Psychosomatische Grundversorgung in Deutschland. Zur Geschichte in den westlichen Ländern, Psycho 19, 543-550 Württemberg 1997
- Janssen, P.L.(1997): Die Psychosomatische Medizin kommt nicht ohne Spezialisten aus - zur Gegenwart und Zukunft der Psychotherapeutischen Medizin, In: Psychosomatische Medizin - Ankunft in der Praxis (Hrsg. Franz, M., Tress, W.) VDR Frankfurt 1997 (im Druck)
- Janssen, P.L., Hoffmann, S.O. (1994): Das Profil des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeut 39, 195-201

- Janssen, P.L., Franz, M., Herzog, A., Heuft, G., Paar, G., Schneider, W.: Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für den Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin, erstattet im Auftrag des Landes Baden-Württemberg
- Junge, A., Ahrens, St.(1996): Stationäre psychosomatische Behandlung - Patientenmerkmale und Behandlungserfolg, Psychoth. Psychosom. med. Psych. 46 (1996) 430-437
- Kächele, H., Kordy, H. (1992): Psychotherapieforschung und therapeutische Versorgung, Nervenarzt 63, 517-526
- Kächele, H., Buchheim, P.(1996): Zur Professionalisierung der Psychotherapie in unserer Gesellschaft, Psychotherapie 1, CiP Medizin, München, 12-21
- Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D., (1991): Selbstmanagement-Therapie, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio, Springer Verlag
- Klerman, G.L., Weissmann, M.M., Rounsaville, B., Chevrön, E. (1984): Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT), New York: Basic Book
- Koch, U., Potreck-Rose, F. (1994): Stationäre psychosomatische Rehabilitation - Ein Versorgungssystem in der Diskussion, In: Psychoanalytische Psychosomatik (Hrsg. B. Strauß u. A.E. Meyer), Schattauer Stuttgart, New York, 193-212
- Kordy, H., von Rad, M., Senf.(1983): Success and failure in psychotherapy. Hypothesis and results from the Heidelberg follow-up- Project. Psychother.Psychosom.40, 211-227
- Lambert, M.J., Bergin, A.E.(1994): The effectiveness of psychotherapy, In: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Hrsg. A.E. Bergin, S.L. Garfield), 4. Ausgabe John Wiley a Sons, 143-189
- Lamprecht, F., Schmid, P., Bernhard, P. (1987): Stationäre Psychotherapie. Kurz- und Langzeiteffekte. In: Quint, H., Janssen,P.L. (Hrsg.): Psychotherapie in der psychosomatischen Medizin. Springer Verlag, Heidelberg, New York, 149-155
- Lamprecht, F., Schmidt, J. (1990): Das Zaubenberg-Projekt zwischen Verzauberung und Ernüchterung. In: Ahrens,St. (Hrsg.): Entwicklungen und Perspektiven der Psychosomatik in der Bundesrepublik Deutschland. Springer Verlag Heidelberg, New York, 97-115.
- Lorch Würtemberg 1995
- Liedtke, R., Künsebeck, H.W., Lempa, W. (1990): Änderung der Konfliktbewältigung während der stationären Psychotherapie, Zsch. psychosom. Med. 36, 79-88
- Liedtke, R., Lempa, W., Künsebeck, H.W. (1991): Abwehrverhalten und Symptomatik ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie, Zsch. psychosom. Med. 37, 47-61

- Margraf, J.(1996): Lehrbuch der Verhaltenstherapie Bd. 1 und 2, Springer Berlin Heidelberg
- Meermann, R. und Vandereycken, W. (Hrsg.): Verhaltenstherapeutische Psychosomatik, Schattauer Verlag, 2. Auflage 1997
- Meyer, A.-E., Richter, R., Grawe, K., Schulenberg, Graf v.d., Schulte, B. (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Hamburg 1991
- Meyer, A.E.(1994): Über die Wirksamkeit psychoanalytischer Therapien. In: Strauß, B., Meyer A.E. (Hrsg.); Psychoanalytische Psychosomatik, Schattauer Stuttgart, 137-151
- Meyer, A.E., Freyberger, H., Kerekgarto, M.v., Liedtke, R., Speidel, H.(1996), Jores - Praktische Psychosomatik, Einführung in die Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin, 3. Auflage, Huber Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1996
- Meyer, A.E.(1997): Historische Entwicklung des Fachgebietes Psychosomatik/Psychotherapie in Deutschland, In: Lehrbuch der Psychotherapeutischen Medizin, Hrsg. St. Ahrens, Schattauer, Stuttgart, New York, 2-7
- Potreck-Rose, F., Matthey, K., Neun, H.(1994): Psychosomatische Einrichtungen in der Übersicht: Bettenkapazität, Ausstattung und Versorgungsstruktur, In: Psychosomatische Einrichtungen (Hrsg. H. Neun), Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, Zürich, 121-132
- Rad, M.v. (1996):Psychotherapie als Beruf, Psychother. Psychosom. Med. Psychol. 46, 83-89
- Redlich, F.C., Freedman, D.X.(1966): The Theory and Practice of Psychiatry, 3rd edn Basic Books, New York
- Reimer, Ch., Eckert, J., Hautzinger, M., Wilke, E.(1996): Psychotherapie, Lehrbuch für Ärzte und Psychologen, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Reinecker, H. (1987). Grundlagen der Verhaltenstherapie, Psychologie-Verlags-Union, München, Weilheim
- Rössler, W. Salice, H.J. (1996): Die psychiatrische Versorgung chronisch psychisch Kranker - Daten, Fakten, Analysen, Bd. 77 Schriftreihe des BMG, Nomos Verlagsges. Baden- Baden
- Rudolf, G., Grande, T., Porsch, U. (1988): Die Berliner Psychotherapiestudie - Indikationsentscheidung und Therapierealisierung in unterschiedlichen psychotherapeutischen Praxisfeldern, Zschr. Psychosom. Med. 34, 2-18c
- Rudolf, G., Manz, R., Oeri C (1994): Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. Zsch. Psychosom. Med. 40, 25-40
- Rudolf, G. (1996): Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis, Psychother. Forum 4, 124-134

- Rudolf, G.(1993): Psychotherapeutische Medizin, Enke-Verlag Stuttgart
- Rüger, U. (1991): 7-Jahres-Katamnese nach Abschluß analytischer Gruppenpsychotherapie, Zsch. Psychosom. Med. 37, 361-374
- Rüger, U. (1997): Psychotherapie in der Psychiatrie. In:Mund: Ch., Linden, M., Barnett, W.: Psychotherapie in der Psychiatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York (in Druck)
- Sabshin, M. (1985) Psychoanalysis and psychiatry. Models for future relations. Am Psychoanal Assoc 33:473-491
- Sartorius, N. (1996): Diagnostics and classification as a basis for the international communication in mental health care and research. 1.Internationaler Kongreß Operationalisierung psychodynamischer Diagnostik psychischer und psychosomatischer Störungen, 26.9.- 28.9.1996, Göttingen
- Schepank, H.: Psychisch versus psychogen, Eine notwendige Begriffserklärung, Psychosom. Med. 41 (1995), 101-107
- Schmidt, J. (1991): Evaluation einer psychosomatischen Klinik. VAS Frankfurt
- Schüssler, G.(1995): Psychosomatik/Psychotherapie, systematisch, Uni-Med-Verlag AG Lorch/Württemberg
- Senf, W. (1986): Behandlungsergebnisse bei 111 Patineten mit stationär-ambulanter psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. In: Heimann, H., Gaertner, H.J. (Hrsg.): Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 329-336
- Senf, W., Broda, M.(1996) (Hrsg.): Praxis der Psychotherapie, Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, Thieme, Stuttgart
- Strauß, B., Burgmeier-Lohse, M.(1994): Stationäre Langzeitgruppenpsychotherapie, Asanger, Heidelberg
- Strupp, H., Howard, K. (1992): A brief history of psychotherapy research. In: Freedheim, D. (eds) A history of psychotherapy. American Psychological Association, Washington DC
- Strotzka, H. (Hrsg.): Psychotherapie, Grundlagen,Verfahren, Indikationen,Urban- Schwarzenberg, München 1975
- Thomä, H., Kächele, H.(1996): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 1 und 2, 2. Aufl. Springer Heidelberg
- Tschuschke, V. (1993): Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie, Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
- Uexküll, Th.v.(1992): Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik, Schattauer Stuttgart, New York, 2. Auflage
- Uexküll, Th.v. et al(1996): Psychosomatische Medizin, Urban & Schwarzenberg, München, 5. Auflage

- Wilke, St., Grande, T., Rudolf, G., Porsch, U. (1988): Wie entwickeln sich Patienten im Anschluß an eine stationäre Psychotherapie ?, Zsch. Psychosom. Med. 34, 107-124
- Winkler, W.Th. (1982): Zur historischen Entwicklung der Beziehung zwischen Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland seit 1900 unter besonderer Berücksichtigung der Psychoanalyse, in: Helmchen H., Linden, M., Rüger, U.: Psychotherapie in der Psychiatrie, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 11-25
- Zielke, M. (1993): Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Psychologie Verlags-Union Weinheim
- Zubin, J., Spring, B. (1977): Vulnerability - a new view of schizophrenia. J. Abnorm. Psychol. 86, 103-126

Für die Verfasser

Prof. Dr. Paul-L. Janssen
Vorsitzender der DGPM
Marsbruchstraße 179
44287 Dortmund