



Programmatisches Interview

Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler zur psychotherapeutischen Versorgung

Das Interview führten Jürgen Doebert (bvvp) und Dieter Best (DPtV)

Unser bvvp-Vorstandsmitglied Jürgen Doebert und der Vorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), Dieter Best, sind als die erfahrensten honorarpolitischen Interessenvertreter der Psychotherapeuten auf Bundesebene bekannt. Am Gründonnerstag haben sie ihre Rolle als Fordernde und Verhandelnde gewechselt und als Fragende und Zuhö-

rende ein Interview mit dem Vorsitzenden der KBV, **Dr. Andreas Köhler**, geführt. Entstanden ist ein Rundblick über viele für die Psychotherapeuten wichtige Themen und ein Ausblick auf ein Arbeitsprogramm für mindestens zehn Jahre. Bei dieser Gelegenheit konnten sich unsere beiden Jung-Reporter auch gleich noch einen Überblick darüber verschaffen, welche Spuren der In-

tegrationsprozess der Psychotherapeuten und nicht zuletzt ihr eigenes Wirken in den Einschätzungen des KBV-Vorsitzenden hinterlassen hat.

Außerdem waren Dr. Roland Stahl, Dezernent für Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit der KBV, und Ursula-Anne Ochel, Journalistin und Pressereferentin der DPtV, anwesend.

„Für die psychotherapeutische Versorgung muss man sich andere berufspolitische Denkweisen aneignen als für die ärztliche“

Doebert: *Heute ist Gründonnerstag und viele machen schon frei. Sie geben uns dankenswerterweise heute dieses Interview. Daher wollten wir fragen, ob Sie denn auch einmal Urlaub machen?*

Köhler: Ich mache jetzt eine Woche, aber nur, weil ich den Kölner Kommentar schreiben muss. Das ist mein Privatvergnügen, sonst komme ich kaum dazu. Deswegen haben wir jetzt auch die Satzungsänderung laufen. Mit zwei Vorständen kann man gar nicht alle Termine bestücken. Ich finde es zunehmend nicht mehr lustig, wenn ich jetzt Termine für Dezember vergebe. Wir sind als Vorstand in so vielen Gremien. Der GKV – Spitzenverband, das kriegen Sie ja mit, kann auf eine ganz andere Ressource zurückgreifen, und die DKG (Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft, die Red.) hat auch massiv aufgerüstet, und wir haben Schwierigkeiten bei GBA und Bewertungsausschuss, wo unsere Präsenz erforderlich ist.

Doebert: *Also ein Plädoyer für ein weiteres Vorstandsmitglied?*

Ja, das ist eine reine Ressourcenfrage, was wir jetzt auch in einer Sonderversammlung beraten werden. Wir hatten insgesamt 2.300 Sitzungen im Haus, ich selbst habe an über 700 Sitzungen teilgenommen. Das geht einfach nicht. Irgendwie muss man das entkrampfen, und dafür brauchen wir einen dritten Vorstand, auch um mehr Präsenz im KV-System zu haben. Es ist nun mal leider so, dass man manchmal auf der per-

sönlichen Ebene mehr erreichen kann als in diesen ganzen unzähligen Gremien.

Doebert: *Ein Psychotherapeut wird da nicht sitzen? Als Dritter?*

Wenn die in der letzten Vertreterversammlung in ihren Grundsätzen beschlossene Satzungsänderung durchgeht, gibt es nicht mehr eine Grundsatzressortierung für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich. Es gibt eine rein funktionale Ressortierung nach den Aufgaben, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat. Insofern wäre dieses früher einmal diskutierte Grundmodell „ein Hausarzt, ein Facharzt, ein Psychotherapeut“ nicht mehr das, was in unserer Satzung verankert wäre. Damit ist offen, wer die drei Vorstandsmitglieder sind, ob sie aus den jeweiligen Versorgungsbereichen kommen. Was heißt, und da bitte ich mich richtig zu verstehen, das kann auch ein Psychologischer Psychotherapeut sein, es könnte aber auch ein Jurist sein, es könnte auch ein Pfarrer sein. Ob das so kommt, wird man in der nächsten Vertreterversammlung sehen.

Best: *Für uns ist noch die Frage, wie die Vertretung der Psychotherapeuten in den Strukturen der KBV verbessert werden könnte. Gibt es da Vorstellungen Ihrerseits?*

Wir haben den Beratenden Fachausschuss für die psychotherapeutische Versorgung. Der spielt schon eine Rolle als Diskussions-

gremium und hat eine gewisse Bedeutung, weil wir da ja alle Methoden und alle Gruppierungen drin haben. Er hat für jemanden wie mich insbesondere die Bedeutung, dort Stimmungen und Meinungen erfassen zu können. Er berät nicht immer, weil er so heterogen und zerstritten ist, und kommt deswegen nicht immer seiner gesetzlichen Funktion nach. Und dann haben wir – ich sehe das jetzt mal ganz objektiv – bei der Größe der Gruppe der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die vergleichbar ist mit der Größe der Internisten im System, meiner Meinung nach eine außerordentlich starke Repräsentanz in vom Vorstand ernannten Gremien und im GBA. Das kann man nicht leugnen. So kann man sich schon die Frage stellen, ob ich noch ein zusätzliches Instrument brauche. Und ich hätte durchaus eine Affinität dafür, dass es einen – das ist jetzt ein Arbeitsbegriff, nicht dass er sich verfestigt, denn das ist leider häufiger so, wenn ich ihn einmal geäußert habe – Vorstandsbeauftragten für die psychotherapeutische Versorgung gibt. Und zwar in der Funktion der Koordination des Geschehens im GBA, in der gemeinsamen Selbstverwaltung, bei den Bundesmantelverträgen und in Fragen natürlich der Honorierung. Der wäre aber letztendlich ein vom Vorstand Beauftragter, der diese aufgabenübergreifende Koordinationsfunktion hätte und der auch in Richtung Vorstand beratend tätig wäre.

Doebert: Können Sie Ihre Vorstellung von dessen Aufgaben noch etwas genauer erläutern?

Ja, es ist doch immer noch so – das lässt sich nicht leugnen –, dass psychotherapeutische Versorgung die Besonderheit hat, dass man sich andere berufspolitische Denkweisen aneignen muss als für die ärztliche Versorgung. Das ist keine Wertung im Sinne von richtig oder falsch. Ich musste auch lernen, dass die Gruppen, die Sie repräsentieren, mitunter andere Denk-, Verhaltens-, Behandlungs- und diagnostische Strukturen haben als Ärzte, und es könnte durchaus Sinn machen, eine solche Stabsabteilung beim Vorstand zu gründen mit einem Vorstandsbeauftragten, den man vielleicht dann aus dem Beratenden Fachausschuss für psychotherapeutische Versorgung heraus auch legitimiert; dies deshalb, weil es dann eine Kontinuität gäbe. Und im Moment werden ja einige Dinge – Sie wissen das genauso gut wie ich – im Gemeinsamen Bundesausschuss mit essenziellen Aspekten beraten. Im Moment befasse ich mich intensiv und hoffentlich auch konstruktiv mit dem Gutachterverfahren, sprich mit der Wertigkeit der Psychotherapie-Richtlinien.

Best: Was motiviert Sie denn, dieses Thema anzugehen?

Ein Thema, das wir überhaupt nicht diskutieren, ist die Frage: Wie gehe ich mit der aus meiner Sicht ungebremsten Nachfrage nach Psychotherapie um? Wie kann ich die Indikation sichern? Das steht schon jetzt an, mal grundlegender zu diskutieren. Dann steht natürlich im Raum für mich – und das finde ich eine ganz schwierige und spannende Diskussion – das ganze Thema der Delegation. Wenn wir über Delegation ärztlicher

Leistung sprechen, müssen wir natürlich auch die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit in die Diskussion einbeziehen, ohne dass ich irgendeine Entscheidung präformieren will. Ich kenne ja die Forderungen dieser Gruppierungen auch, und das sind Dinge, die man jetzt, glaube ich, in den nächsten fünf bis zehn Jahren lösen muss. Dann spielt ganz entscheidend eine Rolle die Umstellung der Bedarfsplanung. Das ist auch gerade für die psychotherapeutische Versorgung aus meiner Sicht eines der spannenderen Themen. Und von daher fände ich gut und richtig, wenn es einen Zuständigen in der KBV gäbe, hätte dann aber auch die Erwartungshaltung, dass es ein Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut wäre. Ja, das sage ich auch ganz bewusst, weil das bisher nicht so einfach war mit der Rekrutierung dieser Berufsgruppe für Tätigkeiten bei der KBV.

Best: Ich habe noch eine Nachfrage zur Delegation, weil unsere Leser nicht verstehen werden, wie Sie das meinen. Wie könnte man hier Psychotherapeuten einbeziehen?

Wir geraten definitiv in einen Arztmangel. Ich bin auch dankbar, dass die Politik das jetzt erkennt und nicht mehr so polarisierend diskutiert, nach dem Motto, das ist nur eine Chimäre. Wir haben bis 2015 einen Ersatzbedarf von 40.000 Ärzten ambulant und stationär, bis 2020 schon 80.000 – das sind harte Fakten. Die kommen aus dem Medizinstudium nicht nach. Das heißt, ich habe eine Lücke von 30.000 Ärzten, die in der ambulanten Versorgung nicht mehr nachbesetzt werden können. Bei unserem An-

spruch einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung kommen wir zwangsläufig in die Diskussion, was ich an ärztlichen Leistungen delegieren kann. Da diskutieren wir das immer sehr stark in Richtung Pflege, in Richtung nichtärztliche Profession, aber es ist dann vielleicht auch der Zeitpunkt gekommen, schon mal zu fragen, ob bestimmte Funktionen ärztlichen Handelns auch von der Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten übernommen werden können. Die Diskussion müssen wir führen. Es wäre unehrlich, wenn wir sie ohne die betroffenen Gruppen führen oder wenn wir sie gar nicht führen.

Best: Meinen Sie die Diskussion zu einer Erweiterung der Befugnisse bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten?

Das sind eben Fragen wie die nach den Überweisungsmöglichkeiten, ob man da mal den Mut hat, in eine Diskussion einzutreten. Ich will das nicht sofort und das kann nicht das umfassende Programm sein, was Ihre Verbände fordern. Da bitte ich auch um Verständnis. Aber wir werden, wenn wir die Diskussion um eine flächendeckende Versorgung ehrlich führen, an bestimmten Öffnungsdiskussionen nicht vorbeikommen. Und die würde ich gerne auch mit den Betroffenen führen und nicht ohne sie, weil wir sonst aneinander vorbeilaufen. Und das sind spannende Themen. Das hat aber die Notwendigkeit eines kontinuierlichen Meinungsbildungsprozesses und geht nicht in quartalsweise stattfindenden Gremiensitzungen.

Doebert: Sie sind also relativ viel mit Psychotherapie beschäftigt. Am Anfang

„Wir geraten definitiv in einen Arztmangel“

„Wir haben viele Patienten mit psychischen Erkrankungen, und deswegen brauchen wir diese Versorgungsstruktur“

haben Sie immer gesagt, da verstehen Sie gar nichts von. Haben Sie denn inzwischen irgendwie ein inneres Bild von dem, was sich in so einem Behandlungszimmer abspielt? Zurzeit läuft in 3sat eine Serie mit dem Titel „In Treatment“.

Köhler: Ich fang mal damit an, dass ich mich immer schon gefragt habe: Haben wir viele Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, weil wir viele psychisch Kranke haben, oder haben wir viele psychisch Kranke, weil wir viele Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten haben? Ich war mir zu Beginn meiner Beschäftigung hier in der KBV in subalternen Funktion nicht immer ganz klar, ob hier das Angebot auch die Nachfrage weckt. 15 Jahre später würde ich heute ganz klar sagen, wir haben viele Patienten mit psychischen Erkrankungen, und deswegen brauchen wir diese Versorgungsstruktur. Das heißt für mich noch nicht, dass ich ein intimer Kenner der diagnostischen und therapeutischen Fähigkeiten und Fertigkeiten bin – das wäre vermessen, dafür werden Sie ausgebildet, und mich hat man dafür nicht ausgebildet. Aber ich habe eine Vorstellung davon, wie diese Versorgung stattfinden soll, und vor allem habe ich gelernt – und das möge man nicht als Provokation nehmen –, wie die Gruppe, die Sie vertreten, tickt. Und das ist eine wesentliche Voraussetzung für den konstruktiven Dialog, und da unterscheiden Sie sich von Ärzten ganz klar. Ich meine nicht die – sagen wir mal – professionelle Deformation von Berufspolitikern. Da haben Sie sich in einem hohen Grad assimiliert an die Expertenstruktur, wie wir sie in all diesen Verbänden haben. Das ist immer das, was ich bewundere. Sondern es geht mir darum zu verstehen, zu lernen und hoffentlich auch

mittlerweile gelernt zu haben, wie der Kontakt zum Patienten stattfindet. Dass es da andere Instrumente gibt, dass Langwierigkeit und Kontinuität eine ganz entscheidende Rolle spielen, dass der Behandler mit seiner Persönlichkeitsstruktur eine Rolle spielt. Und – das ist tatsächlich ein Prozess der letzten zwei Jahre – das Nebeneinander der verschiedenen Verfahren und Methoden, die man nicht isoliert betrachten soll. Ich muss das jetzt als Bild bezeichnen. Wir haben ein Gesamtgebäude „Psychotherapie“ und das wird getragen von den Säulen der Verfahren – das klingt jetzt sehr pathetisch, aber das muss man verstehen. Bei Medizinern gibt es ja immer klassisch – wenn man mal die Lehrbücher durchforstet – drei Möglichkeiten im diagnostischen Instrumentarium, die sind klar abgegrenzt. Darin liegt ja die diagnostische Kompetenz, die richtige Möglichkeit zu finden. Und das ist in der Psychotherapie eben nicht so. Und das muss man verstehen, wenn man Versorgung aus Sicht eines Organisators verstehen will. Das sind ganz andere Herangehensweisen, wobei ich das jetzt nicht vergleiche mit der heuristischen Herangehensweise eines Hausarztes. Das ist noch mal eine andere Entität. Und das finde ich eigentlich auch so spannend, dieses immer in einem Organisationsmodell zusammenzubringen. Das gebe ich zu, da habe ich Lernprozesse hinter mir, die allerdings nicht so weit gegangen sind, dass ich immer verstehen würde, was in der Interaktion zwischen Psychotherapeut und Patient stattfindet.

Doebert: „In Treatment“ haben Sie jedenfalls noch nicht gesehen?

Noch nicht. Ich schaue immer „Dr. House“, da gibt es auch einen Bezug, weil der auch

in die Psychiatrie eingewiesen wurde. Aber ich habe von „In Treatment“ gehört. Das scheint wohl in Amerika relativ erfolgreich zu sein.

Best: Herr Köhler, Sie haben gesagt, die Assimilation der Psychotherapeuten sei für Sie überraschend schnell vonstatten gegangen. Wie haben Sie denn den ganzen Prozess der Integration der beiden Berufsgruppen so im Nachhinein erlebt? Gelungen oder nicht gelungen? Wo fehlt es noch? Sie haben den Prozess ja von Anfang an begleitet.

Also man muss sich ja immer fragen, hätte es andere Wege gegeben, zum Beispiel eigenständige Psychotherapeuten-KVen? Wenn ich daran denke, welche Schwierigkeiten wir heute noch haben beim Thema ambulanzstationär mit klaren Sektorengrenzen. Wir hätten heute einen ständigen Sektorenstreit, wenn man sich damals anders entschieden hätte – machen wir uns nichts vor. Und von daher war es richtig, zwar kontrovers in der Ärzteschaft diskutiert so um 1998/99, aber es war der richtige Schritt, die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in die Körperschaft des KV-Systems zu übernehmen. Wir hatten Schwierigkeiten. Das lag aber zum Teil daran, dass die Mitgift, die die Gruppe mitgebracht hat ...

Doebert: ... die BSG-Rechtsprechung ...

... nicht dem entsprach, was wir gebraucht hätten, um eine angemessene Vergütung zu erreichen, und dann ist natürlich nachfolgend durch die BSG-Rechtsprechung eine Sonderstellung in der Vergütung in der Gruppe der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten entstanden. Aber wenn

„Haben wir viele Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, weil wir viele psychisch Kranke haben, oder ist es umgekehrt?“

ich jetzt die Frage der Versorgung betrachte, dann ist doch die Integration gelungen. Was Vergütung angeht, haben wir eben mit dieser schlechten Mitgift zu kämpfen – das ist ja kein Geheimnis. Trotzdem sage ich auch, dass wir das in den Griff kriegen werden. Es sind jetzt zehn Jahre um, und ich würde heute im Rückblick sagen: Es war richtig, es ist gelungen. Wir haben noch Restanten: Bedarfsplanung, Vergütung – ganz klar. Aber es ist allemal besser, als eine Trennung zwischen Ärztlicher Psychotherapie und Psychotherapie der Psychologischen Psychotherapeuten zu erleben – das wären mehr Schwierigkeiten. Und ich spüre auch in den letzten zwei, drei Jahren – es sind ja zwei Seiten. Wie empfinden das die Psychologischen Psychotherapeuten und wie empfinden das die Ärzte? Erstaunlicherweise entwickelt sich ein gemeinsames Verständnis und eine Akzeptanz, und ich höre heute auch schon mal, dass man sagt, man sollte gerade diese BSG-Rechtsprechung doch eher für die Ärzteschaft nutzen, als immer dagegenzulaufen. Das ist noch keine Mehrheitsmeinung, wie Sie aus der Gremienberatung wissen, aber da entwickelt sich was.

Best: Jetzt sind wir schon bei den Honoraren angelangt. Die angemessene Vergütung ist ja immer noch ein Problem. Wir hinken da immer hinterher, müssen klagen, gehen vor die Gerichte und so weiter. Ist denn für Sie absehbar, dass das irgendwann so geregelt wird, dass zeitnah unsere Honorare denen der Vergleichsgruppen angeglichen werden? Das sollte jetzt mit der Währungsreform eigentlich passieren, aber die ist ja auch erst mal aufgeschoben.

Ich glaube schon, dass man mittlerweile so

weit ist, dass man akzeptiert, was die BSG-Rechtsprechung im Ergebnis bedeutet – bitte: im Ergebnis. Und ich denke, man wird das zum 1. Januar 2011 auch machen oder vielleicht auch zum 1. Oktober 2010. Das hat was mit den Arbeitsabläufen im Bewertungsausschuss zu tun, dass wir es jetzt nicht zum 1. Juli, wie ich es ursprünglich vorhatte, zusammen mit der Währungsreform machen können. Das eigentliche Problem der BSG-Rechtsprechung ist, dass sie auf Grundlagen fundiert, über die man diskutieren und streiten kann. Nach wie vor – ich weiß, dass das dem 6. Senat missfallen wird, was ich jetzt sage – glaube ich, dass diese BSG-Rechtsprechung auf falschen Grundlagen erfolgt ist.

Doebert: Aber sind wir nicht sowieso dabei, uns davon zu entfernen?

Das ist der Punkt. Wir müssen die Diskussion führen, ob bei gleicher Auslastung und gleicher zeitlicher Beanspruchung nicht der gleiche Ertrag möglich sein muss. Aber die Diskussion der BSG-Rechtsprechung ist über eine Kostendiskussion geführt worden. Das ist das, was bis heute dem Ganzen nachhängt. Hätten wir die Diskussion wie heute über Vergleichserträge geführt und mal diese Kostendiskussion subsidiär geführt, wäre das, glaube ich, ein Selbstläufer. Aber so habe ich natürlich immer wieder – berechtigt oder nicht – ein gefühltes Unverständnis für die proklamierten Kosten, die nicht den realen Ist-Situationen entsprechen. Weil darauf basierend letztendlich die angemessene Vergütungsregelung erfolgt ist, haben wir Schwierigkeiten. Da bitte ich auch einmal die andere Seite zu verstehen in der Ärzteschaft, die sagt, es kann doch nicht stimmen.

Best: Wenn man die Arbeitszeiten vergleichen will, müssten sie auch vergleichbar sein. Aber das ist doch ein Problem. Psychotherapeuten arbeiten quasi nach dem Stundenlohnprinzip, ein Arzt quasi nach dem Akkordlohnprinzip. Die Kalkulationszeiten liegen zwar fest, aber die echten Arbeitszeiten können Ärzte ja unter- oder überschreiten. Das sind ja schwer vergleichbare Dinge.

Ich bedaure ja fast, dass wir diese Diskussion in einem Interview führen. Aber wenn man doch grundsätzlich mal darüber spricht: Der Hauptunterschied ist für mich, und das nutzen Sie als Argumentation fast nie, dass Sie nicht delegieren können. Ein Arzt kann zum Zeitpunkt X mehrere Leistungen gleichzeitig abrechnen, weil er bestimmte Teilprozesse oder vollständige Prozesse an nicht-ärztliche Mitarbeiter delegieren kann. Ein Ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut kann dies definitiv nicht. Das heißt, die Ungerechtigkeit ist, wenn man eine logische Sekunde nimmt, genau dieses Phänomen. Übrigens ist das genau das gleiche Problem, das in etwas abgeschwächter Form ein Psychiater oder ein Kinder- und Jugendlichen-Psychiater oder ein Nervenarzt hat. Und man müsste eigentlich mal betrachten, was kann ein Arzt in der ausschließlich Arzt-Patienten-gebundenen Zeit erwirtschaften. Und der Anspruch wäre für mich, dass jemand, der Richtlinien-Psychotherapie macht, das in gleichem Umfang erwirtschaften können muss. Und welche Kompensation für die fehlende Möglichkeit von Delegation muss ich schaffen? Das wären für mich die Fragen, jetzt mal völlig losgelöst von der Kostensache, die man ganz ernsthaft aufarbeiten müsste. Denn bei fehlender Delegation muss ich trotzdem ge-



Andreas Köhler

studierte Humanmedizin und Betriebswirtschaft. Von 1995 bis 1997 war er als Referent bei der KBV tätig, 1998 als Referent für Grundsatzfragen der KV Südwürttemberg. Von 1998 bis 2002 leitete er das Dezernat „Gebührenordnung und Vergütung“ der KBV. Von 1999 bis 2003 war er Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der KBV, dann Hauptgeschäftsführer. Er ist seit Januar 2005 Vorstandsvorsitzender der KBV.

nauso viel Arzt-Ertrag erzielen können wie mit der Delegation. Und das ist offen gestanden ein Thema, das man mal angehen müsste. Das Zweite ist – das ist jetzt durchaus kritisch –, ich bin gerne bereit, eine 20-Stunden-Tätigkeit eines Arztes zu vergleichen mit einer 20-Stunden-Tätigkeit eines Psychotherapeuten. Nur leider muss ich jetzt sagen, der Erkenntnisgewinn, der mir in der Diskussion mit Ihnen beschert wurde, rechtfertigt nun die Aussage, dass 20 Stunden reine Therapiezeit nicht 20 Stunden Arbeitszeit des Psychotherapeuten sind. Und da müssten wir mal einhaken und versuchen, objektiver zu diskutieren und zu gestalten. Zum Beispiel, wenn einer richtig und sinnvoll einen Antrag stellt, dann braucht er tatsächlich vier Stunden, was ich noch vor einem halben Jahr verleugnet

hätte. Aber auch darüber müssen wir ehrlich diskutieren. Es gibt nämlich die andere Situation, wo es dann – ich habe Anzeigen gelesen in Ihren Zeitschriften, was ich sonst nie getan hätte – Institute gibt, die den Antrag schreiben. Das geht nicht.

Doebert: In unseren Zeitschriften nicht. Da achten wir drauf.

Auch dass einer Urlaub macht, um Anträge zu stellen. Darüber müssen wir reden. Dass er in der Zeit nicht wirklich etwas erwirtschaften kann. Wir werden auch Verständnis in der Ärzteschaft bekommen, dass die kontinuierliche Patientenbindung eine sehr spezielle Rolle spielt. Ich bin im Moment an einer Konzepterstellung. Damit werde ich Sie dann im Fachausschuss ein wenig über-

raschen. Und wir müssen mal wieder über Fragen der Qualitätssicherung reden. Zum Beispiel, ist das jetzige Gutachterverfahren noch modern? Müssten wir nicht mehr über Patientenbefragung und Testung im Rahmen des Gutachterverfahrens diskutieren? Das sind jetzt unbequeme Dinge, die ich in diesem Interview sage, dessen bin ich mir auch bewusst, aber es macht ja keinen Sinn, drum herum zu reden. Das sind Dinge, über die ich derzeit nachdenke. Müssen wir nicht früher mit dem Gutachterverfahren einsetzen? Und es methodenunabhängiger machen? Denn eines stimmt ja auch, wir haben mittlerweile einen nennenswerten Betrag, den wir für die psychotherapeutische Versorgung ausgeben, der nicht mehr gutachtergestützt ist. Ist das gut, ist das richtig? Das

„Ich habe gelernt, wie Ihre Gruppe tickt“

sind spannende Diskussionen, die man dann auch mit einem Nichtpsychotherapeuten führen kann und muss, und ich mahne dringend, sie zu führen. Wir müssen jetzt auch nach 20 Jahren, oder wie lange die Richtlinie jetzt besteht ...

Doebert: ... seit 1967 ...

... mal den Mut haben, bestimmte Dinge, die von den Urvätern dieser Richtlinie geschaffen wurden, zu überprüfen, ob sie noch den modernen Aspekten entsprechen.

Best: Aber das Thema Gutachterverfahren und Bewilligung steht sowieso an im GBA im Unterausschuss Psychotherapie. Dort gibt es eine Anhörung Anfang Juni. Dann wird es auch da von verschiedenen Seiten beleuchtet.

Wir müssen es auch mal von der Versorgung her beleuchten. Ist das noch versorgungsadäquat? Mir geht es gar nicht so sehr um die politischen Auswirkungen, sondern was ist denn richtige Versorgung? Können wir zum Beispiel die Stundenzahl, die wir hier bewilligen, noch erklären? Oder hat man den Mut zu sagen: Wirtschaftlich, ausreichend, notwendig heißt, auch mal eine Obergrenze festzulegen, ab der es nur Härtefallregelungen gibt?

Doebert: Also Sie sind deutlich mitten in der Materie drin, das merkt man und das ist positiv, wenn man das unter Integrationsgesichtspunkten nimmt. Wir haben ja lange Zeit darunter gelitten, dass wir das Gefühl hatten, wir kommen gar nicht dazu, in Ruhe zu erklären – das hatten Sie ja vorher ausgeführt –, wie unsere Situation ist, und dann gemeinsam nachzudenken. Sondern wir waren irgendwie viel in der Defensive.

Best: Wir registrieren das seit ein, zwei Jahren.

Ja, aber trotzdem muss erlaubt sein, dass man auch manches kritisch sieht. Ich kann jetzt nicht alle Vorstellungen übernehmen. Sondern ich bin im Moment in der Phase, dass ich versuche, mir eine eigene Meinung zu bilden, was richtige und gute psychotherapeutische Versorgung ist. Noch vor zwei Jahren hätte ich zum Beispiel die Diskussion um Psychoonkologie abgelehnt. Heute würde ich sagen: Lasst uns mal darüber im Einzelnen diskutieren. Das gebe ich gerne zu. Nicht alles, was Sie fordern, finde ich gut, zum Beispiel im Bereich der DMP-Programme und so weiter. Aber was ich einfach anbieten würde, was ein kontinuierlicher Prozess sein muss, ist, dass man mal in der vertragsärztlichen Versorgung und über die Fortentwicklung der ganzen Strukturen und Versorgungsabläufe nachdenkt. Dazu gehört für mich zum Beispiel das Gutachterverfahren.

Doebert: Zur Integration könnte ja auch gehören, dass wir unsererseits psychotherapeutische/psychosomatische Gedankengänge in die Ärzteschaft hineinbringen. Es ist ja nicht nur so, dass Sie jetzt sozusagen die Psychotherapeuten kennenlernen und kritisieren, sondern wir, die wir dazugekommen sind, müssten ja auch, wenn Integration gelingen soll, unsererseits sagen, wollt Ihr nicht da und da zum Beispiel mal ein Gutachterverfahren voranstellen, ehe die Ärzte drauflos arbeiten – ein Beispiel, das vielleicht extrem wäre. Vielleicht haben Sie noch mehr Ideen, was wir als Psychotherapeuten eigentlich noch tun könnten, um die Integration zu fördern?

Ich würde es außerordentlich begrüßen,

wenn wir nicht immer diese honorarpolitischen Diskussionen führen, sondern mal über etwas, das in der Ärzteschaft und in der Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten dringend ansteht. Ich gebe zu, ich komme von der ganz alten Vorstellungswelt eines Herrn Bleuler, aber was ich richtig spüre in den vielen Gesprächen, die ich führe mit ärztlichen Berufsverbänden und auch mit Ihnen: Wir schaffen es nicht, eine klare Vorstellung zu entwickeln, was psychiatrische Versorgung, psychosomatische Versorgung und psychotherapeutische Versorgung ist.

Doebert: Und was ist hausärztliche Versorgung, denn die ist mit dabei!

Was ist hausärztliche Versorgung, ja. Und wir schaffen es deshalb schon mal gar nicht, Schnittstellen zu entwickeln. Und ehrlich gesagt glaube ich, wir müssen es uns leisten, einen inhaltlichen Diskussionsprozess zu führen über den Stellenwert der Psychosomatik, den Stellenwert der psychotherapeutischen Versorgung und den der psychiatrischen Versorgung. Gibt es Übergänge, sind sie fließend? Kriegen wir Modelle hin, die das berücksichtigen? Da kommen wir wegen der honorarpolitischen Verstrickungen und der Befindlichkeitsproblematik der Ärztlichen Psychotherapie und der Psychotherapie der Psychologischen Psychotherapeuten nicht weiter. Solange wir uns darüber streiten, wie man Ihre Gruppe richtig benennt, im SGB V und in Beschlüssen des Bewertungsausschusses, ist das nicht wirklich prickelnd. Prickelnd wäre eigentlich, mal aus der Versorgungssicht der Versicherten gedacht, uns zu fragen: Kommt jeder Versicherte mit seinem Patientenproblem in die richtige Be-

„Man muss sich ja immer fragen, hätte es andere Wege gegeben, zum Beispiel eigenständige Psychotherapeuten-KVen?“

handlung? Und da nicht nur innerhalb der Psychotherapie-Richtlinie, sondern müssen wir ihn eher einer psychosomatischen Versorgung, einer kontinuierlichen hausärztlichen Betreuung, einer psychiatrischen Versorgung oder einer psychotherapeutischen Versorgung zuordnen? Wo gibt es Kombinationsmöglichkeiten? Wie können wir Behandlungserfolge verbessern? Ich gebe zu, da waren wir auch beteiligt. Klassisches Beispiel ist die Psychoonkologie – Psychodiabetologie fällt mir da etwas schwerer. Das ist nicht eine Sache innerhalb von vier Wochen. Wenn Sie mich ganz konkret fragen, was könnte man besser machen in diesen versorgungsrelevanten Dingen, was ja eigentlich unsere Aufgabe als Körperschaft ist: Wir sollten in einen kontinuierlichen Diskussionsprozess kommen, im Beratenden Fachausschuss, in den verschiedenen Gremien. Das leisten wir uns zu wenig. Und es steht dringendst an. Ich habe die Diskussion mit den psychiatrischen Institutsambulanzen hinter mir; wenn ich da sehe, wie schwierig diese Diskussionen sind, weil es keine klaren Vorstellungen von Versorgung gibt, kann ich das nur in den nächsten Jahren einfordern, wenn wir mal in ruhigere Gewässer kommen.

Best: *Würde es dazu strukturell nicht besser passen als bisher, wenn es einen Beratenden Fachausschuss gäbe, der die Psychiater, die Psychotherapeuten und die Psychosomatiker zusammenfasst, statt sie wie bisher eher aufzusplittern?*

Ich glaube eher, es müsste diesen Vorstandsbeauftragten geben, der auch die zeitlichen Ressourcen hat, sich kontinuierlich damit zu beschäftigen. Über die Konstruktion der Beratenden Fachausschüsse – die Fachausschüsse sind nun mal zum Teil ge-

setzlich vorgegeben – muss man sich grundsätzlich unterhalten. Das ist nun auch das Problem der Identität, dass sie sich nicht alle als Hüter einer psychotherapeutischen Versorgung verstehen, sondern als Ärztliche Psychotherapeuten, als Psychologische, darunter dann als Analytiker und Verhaltenstherapeuten und dann kommt noch diese zwar nicht offen ausgesprochene, aber für jemanden, der tagtäglich in Gremien sitzt, spürbare Diskussion zwischen der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie und der Erwachsenen-Psychotherapie. In einer anderen Zusammenstellung wird das nicht anders sein. Ich glaube, wir könnten das lösen, wenn wir über die Frage der Versorgung kommen.

Best: *Dann wäre das auch ein Thema für ein Gesamtpaket zum Gesetzgebungsverfahren, die Neustrukturierung der Fachausschüsse?*

Das wäre sicherlich ein Thema, was man jetzt nicht kurzfristig machen kann. Wir brauchen diese klaren Vorstellungen, eine Positionierung in diesen Fragen, übrigens etwas, was ich mir auch von der Bundespsychotherapeutenkammer wünschen würde. Die eigentlich notwendige Diskussion findet doch nicht statt. Dieser fatale Übergang stationär/ambulant: Ich werde stationär mit einer bestimmten Methode behandelt und ambulant mit einer anderen – diese fehlende Steuerung. Das sind doch die Fragen, wenn wir eine gute psychotherapeutische Versorgung organisieren wollen, denen wir uns eigentlich stellen müssten. Da stehen wir in der Verantwortung, als dieser Ausschuss, als Vorstand. Das wäre wichtig für mich, dass wir endlich mal dahin kommen.

Doebert: *Das führt zur Bedarfsplanung. Wie Sie vorher sagten, generieren die Psychotherapeuten nicht ihre Patienten selbst, aber im Prinzip fallen Ihnen jetzt lauter neue Bereiche ein, wo alle sagen würden: „Wann sollen wir das denn noch machen?“ Das würde in die Frage der Bedarfsplanung oder einer Neukalibrierung der Bedarfsplanung, die damals recht willkürlich war, hineinführen.*

Das ist auch für mich spannend gewesen. Wir haben jetzt Änderungen der Demografie-Adjustierung im Gemeinsamen Bundesausschuss, die ein erster Schritt in die richtige Richtung ist. Da gibt es eben auch entsprechende Faktoren für psychotherapeutische Versorgung, und wir diskutieren im Moment schon einen Paradigmenwechsel, der hingeht zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung. Und da wäre die psychotherapeutische Versorgung in keinsten Weise ausgenommen. Diese Neukonzeption, die von der Politik äußerst konstruktiv aufgenommen wurde, geht vom Versorgungsbedarf der Versicherten in einer kleinen Region aus. Kleinräumigkeiten bedeutet, dass ich erst mal den Versorgungsbedarf messe. Ich bestimme also in kleinen Räumen, welchen Versorgungsbedarf an psychotherapeutischer Versorgung, an psychosomatischer, an psychiatrischer, an ganz normaler Versorgung besteht, und sage dann, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten ich brauche.

Und wenn man das konsequent zu Ende denkt, wird das nicht nur die jetzige Bedarfsplanung ablösen, sondern – auch wenn es mir etwas wehtut, das auszusprechen – erste Analysen bestätigen: Ich brauche mehr Ärzte und Psychotherapeuten in der Versorgung, als ich sie jetzt habe. Und dabei



müssen wir ein Thema noch diskutieren: Ich kann jetzt nicht den 40-Stunden-Psychotherapeuten planen, sondern muss anerkennen, dass das nicht möglich ist, aus welchen Gründen auch immer. Und da kommen wir schon in heftige Diskussionen, die wir in gar nicht allzu ferner Zeit sehr intensiv führen müssen, weil ich davon ausgehe, dass der Gesetzgeber dieses aufnimmt und sehr bald als Ablösung der Bedarfsplanung beschließt. Aber umso mehr müssen wir dann über Fragen von Indikationssicherung sprechen. Verstehen Sie mich, da schließt sich das Ganze für mich.

Best: *Wenn die Bedarfsplanung – so wie*

Sie sagen – umgestellt wird, muss es Kriterien geben: Was ist Überversorgung, Unterversorgung. Woran bemisst sich der Versorgungsbedarf?

An der Bundesbevölkerung.

Best: *Muss das nicht ein völlig neues System sein? Das darf nicht aufsetzen auf dem derzeitigen Stand der Bedarfsplanung.*

Nein. Wir messen die Morbidität der Wohnbevölkerung in kleinen Räumen. Und daraus leiten wir ab, welche Kapazitäten wir brauchen. Das hat überhaupt nichts mit der bestehenden Bedarfsplanung zu tun. Ich komme raus aus der Quotenregelung und

ich kenne dann den Versorgungsbedarf mit Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie und ich muss das dann schlüsseln. Das ist nicht mehr aus der Sicht des Arztes. Die Bedarfsplanung stammt aus der Zeit der ärztlichen Überversorgung. Wir kommen in den Arztmangel. Und ich sage auch – vielleicht das erste Mal öffentlich: Wir kommen in die Phase des Psychotherapeuten-Mangels. So eigentümlich das klingt, aber Sie beide sind nicht nur „bebartet“, sondern auch weißhäutig.

Best: *Das Durchschnittsalter der Psychotherapeuten ist 52.*

Das wird ein schwieriges Thema werden.

„Wir müssen die Diskussion führen, ob bei gleicher Auslastung und gleicher zeitlicher Beanspruchung nicht der gleiche Ertrag möglich sein muss“

Denn das heißt auch, ich brauche mehr Ärzte und Psychologen, die die psychotherapeutische Versorgung sicherstellen, als ich sie jetzt habe. Wenn die Gesellschaft eine solidarische und gleiche Versorgung an jedem Ort in Deutschland will, dann können wir an der Stelle nicht aufhören zu denken, weil wir erst mal zurückschrecken. Wir müssen auch sagen: „Ich brauche mehr.“ Ich brauche also vielleicht auch mehr Finanzmittel. Das wird das Thema der nächsten zwei Jahre werden.

Best: Stichwort allgemeine Gesundheitsversorgung: Sie erwarten von der jetzigen Regierung sicherlich einiges für das KV-/KBV-System? Bis jetzt ist noch nichts Konkretes passiert. Was sind denn die wichtigsten Dinge für Sie zum Erhalt dieses Systems, und was müsste Ihrer Meinung nach die Regierung in der nächsten Gesundheitsreform aufgreifen?

Ganz so würde ich das jetzt nicht sehen wie Sie, dass wir noch gar nichts wissen. Für mich hat der parlamentarische Staatssekretär Daniel Bahr schon sehr deutlich die verschiedenen Reformschritte und deren Inhalte benannt. Das fand ich, für Kenner der Materie, schon sehr mutig. Da kann man nicht mehr sagen, wir wissen gar nicht, was passieren wird. Meine Erwartungen sind ganz klar. Ich habe nur eine einzige im Moment – und das ist das Verhältnis zwischen Wettbewerb und Selektivverträgen und Sicherstellung von Kollektivverträgen –, damit ist auch das Verhältnis der Politik zum KV-System geklärt. Das ist für mich der entscheidende Punkt. Weil ich nicht glaube, dass bevölkerungsbezogene Selektivverträge, die Vollversorgungsverträge darstellen, neben Kollektivverträgen funktionieren. Das

ist nicht den Teufel an die Wand malen, sondern das sind einfache Erkenntnisse, die man jetzt schon vorausahnen kann, obwohl noch nicht 1.600 durch die Schiedsämter beschlossene Verträge vorhanden sind. Das sind schon die wenigen, die uns an den Rand der Machbarkeit bringen. Das muss geklärt werden. Ich bin so bescheiden, dass ich sage: Die Politik soll zumindest sagen, was sie will. Will sie den auf dem Kollektivvertrag basierenden Wettbewerb als Zugmodell um eine bessere Versorgung oder will sie mit Selektivverträgen die kollektivvertraglichen Strukturen ersetzen? Aber auch da muss ich jetzt fair bleiben, vorgestern hat der parlamentarische Staatssekretär sich dazu klar geäußert: „Erhalt des Kollektivvertrags als Grundlage der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung, auch Erhalt des föderalen KV-Systems.“ Von daher bin ich nicht mehr ganz so pessimistisch und erwarte mir jetzt von der anstehenden Gesetzgebung eine Klärung dieser Fragen. Wir brauchen Wettbewerb um eine gute Versorgung, wir brauchen Suchmodelle. Wir müssen unsere Strukturen, wie in Ihrem Bereich gerade diskutiert, insgesamt modernisieren, aber wir brauchen auch, wenn wir an dem Grundsatz festhalten, dass dies ein gesellschaftlicher Konsens ist, solidarische Finanzierung, Sachleistungsprinzip und gleichförmige Versorgung an jedem Ort in Deutschland. Wenn wir den Konsens fortbestehen lassen wollen, brauchen wir den Kollektivvertrag. Und, offen gestanden, ich erlebe so viele ausländische Delegationen, die mich immer ansehen, als würden sie mein möglicherweise schlechtes Englisch nicht verstehen, wenn ich sage: Bei uns sind alle versichert in Deutschland. Jeder kann zu einem Arzt gehen. Der freie Zugang ist an

jedem Ort in Deutschland gewährleistet. Das glauben die oft nicht und sind dann wiederum erstaunt, warum man das deutsche Gesundheitssystem so schlecht beurteilt. Und von daher muss diese zentrale Frage geklärt werden. Alles Weitere ist für mich Aufgabe von Selbstverwaltung, gemeinsamer Selbstverwaltung, darauf müssen wir uns auch mal wieder besinnen. Wir können nicht bei jedem kleinen Faktor, der uns nicht gefällt, nach dem BMG schreien, sondern wir müssen das dann als Selbstverwaltung lösen. Für mich ist die Grundvoraussetzung diese Klärung, was die Politik will. Ist ja auch spannend, denn in den letzten zehn Jahren gab es Zeiten, in denen man mit integrierter Versorgung als Regelversorgung in Gesetzgebungsmaßnahmen gegangen ist. Das hat sich schon umgekehrt. Und jetzt ist einfach in den nächsten Gesetzesvorhaben diese grundlegende Klärung dran. Die wird – glaube ich – auch erfolgen. Das hat die Politik verstanden.

Doebert: Auch ein Plädoyer, dass das KV-System erhalten bleiben und man jetzt zur Wahl gehen soll?

Ja, natürlich. Ich meine, wenn man sich jetzt nicht entscheidet ... Vielleicht ist die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten realitätsnäher als die Gesamtärzteschaft, weil sie noch die Vorintegrationszeit erlebt hat und weiß, was das bedeuten kann. Und bei uns ist das ja schon seit den Dreißigerjahren quasi vorbei und das ist jetzt eine Richtungsfrage. Will man diese Strukturen? Will man diese flächendeckende Versorgung? Wollen wir den Sicherstellungsauftrag? Stehen wir in dieser Verantwortung, Versorgung zu gestalten? Und deswegen muss eigentlich im Moment die Wahlbeteiligung

„Wenn einer richtig und sinnhaft einen Antrag stellt, dann braucht er tatsächlich vier Stunden“

eher in die Höhe gehen. Und ich kann nur jedem raten, zu den KV-Wahlen zu gehen, sich da zu organisieren, wenn man eine klare Meinung hat. Dafür oder dagegen, das ist mir noch relativ egal. Und für Ihre Gruppe, ganz klar ja. Sie sind eine vom Charakteristikum her ja erst mal fremde Gruppe, aber dann doch wieder als Arztgruppe eine integrierte Gruppe. Sie haben eine Sonderstellung und dabei spielt natürlich die Repräsentanz in den KV-Strukturen die entscheidende Rolle. Sind Sie dort nicht repräsentiert, können Sie auch nicht mitgestalten. Auch wenn die Gestaltungsspielräume eng sind, halte ich es für wichtig, dass die Gruppe sich auf Landesebene und auf Bundesebene repräsentiert. Und das können Sie nur mit Wahlen.

Best: Also ein ganz klarer Appell Ihrerseits an unsere Kollegen, zur Wahl zu gehen?

Ja, natürlich. Insgesamt, aber im Besonderen die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. Sie sind nun beide in den Gremien repräsentiert, Sie kriegen die Diskussion hautnah mit. Stellen Sie sich mal vor, Sie wären dort nicht repräsentiert. Da würden die Diskussionen auch anders laufen.

Best: So wie sie früher gelaufen sind.

Zum einen sind da Schamgrenzen, weil Sie schon mal da sind und mithören, und zum anderen gestalten Sie ja zwischenzeitlich hocheffiziente Diskussionen auch mit. Das muss jedem klar sein, dass sich das nur mit Wahlbeteiligung und Repräsentanz darstellen kann.

Doebert: Bei den Wahlen ist es ja so, dass

die Psychologischen Psychotherapeuten und KJP für sich wählen, was dann wieder eine Grenze zu den Ärztlichen Psychotherapeuten darstellt, die innerhalb der Ärzteschaft ihre Position irgendwie gewinnen müssen. Der bvvp versucht all die Gruppen, die Sie erwähnt haben, zu integrieren.

Es ist aber in dem gesamten System eher schwierig, in dieser Formation aufzutreten, weil manchmal klare Identitäten, also hier PP oder KJP und dort Ärztliche Psychotherapeuten, für alle leichter berechenbar sind. Was raten Sie? Wie könnten sich denn Ärztliche Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten noch besser und effizienter zusammenschließen?

Ich denke, man muss die Versorgungsaufträge definieren, und daraus ergibt sich für mich die zwangsläufige, sicherlich mehrjährige Konsequenz, dass man die Vielfalt der Verbände und der Verbandsstrukturen doch eher mit Dachverbänden besser organisiert. Im Moment sehe ich als eine Schwäche tatsächlich die Heterogenität der Verbandsstrukturen, das ist aber auch bekannt. Ihnen wird das gar nicht gefallen, aber ich glaube, dass eine begonnene Entwicklung – die gibt es ja im Moment – nun auch Psychotherapeuten- und Arzt-übergreifend fortgeführt werden muss. Das ist mit Ihrem Verband, glaube ich, teilweise gelungen. Obwohl er nicht das Profil hat. Das ist immer die Schwierigkeit für mich. Es gibt für mich keinen Verband, der die Interessen von Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten vom Profil her nach außen wirksam vertritt. Das ist eine Profilfrage. Das mag nichts mit den internen Aufgaben des Verbandes und Funktion und Effizienz zu tun haben, sondern ...

Doebert: ... mit der Wirkung nach außen?
Man braucht ja immer ein Bild. Das wissen Psychotherapeuten besser als ich. Sie brauchen ein Bild. Und das gibt es leider noch nicht. Wahrscheinlich weil das mit den Versorgungsaufträgen nicht so ganz klar ist. Und das wäre der entscheidende nächste Schritt.

Best: Da muss ich etwas widersprechen. Ich finde, dass verschiedene Wege nach Rom führen. Das Ziel wäre, die Belange der Psychotherapeuten insgesamt oder die Versorgung psychisch Kranker einheitlich darzustellen und nach vorn zu bringen. Und da hat sich sehr viel getan, meiner Meinung nach, mit der Zusammenarbeit der Verbände. Diese Vielfalt, die finden Sie so nicht mehr, es gibt zwar noch viele Verbände, aber die Zusammenarbeit ist inzwischen hervorragend entwickelt. Auch zwischen unseren beiden Verbänden ist sie sehr gut entwickelt. Wir haben entsprechende Strukturen geschaffen. Eigentlich müssten Sie auch gemerkt haben, dass es bei uns inzwischen nicht mehr so zerstritten zugeht wie früher. Es gibt gewisse Probleme, die wir im Moment sehen, weil die Psychiater oder Teile der Psychiater sich stark abgrenzen, was wir nicht so richtig verstehen, denn Arbeit gibt es genug.

Also sagen wir einmal so: Für jemanden, der im Grunde ja nichts anderes macht, als Versorgung zu organisieren – ich vergesse jetzt mal meine ganze berufsständische Herkunft –, muss ich Ihnen sogar Recht geben: Es war früher viel einfacher in diesem Bereich, Entscheidungen zu treffen, man musste nur das richtige Schlagwort in die Gremiensitzung bringen, und sie haben sich gegenseitig so lange zerstritten, bis man tun und lassen konnte, was man wollte. Und das ist ...

„Wir schaffen es nicht, eine klare Vorstellung zu entwickeln, was psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung ist“

Doebert: ...wie bei Haus- und Fachärzten. Wir haben da schnell gelernt.

Ja, die Assimilation der Funktionäre ist riesig. Das ist heute tatsächlich, das spüre ich, schwieriger geworden. Aber noch nicht unmöglich. Und an dem Tag, an dem sich die Interessen der Ärztlichen und der Psychologischen Psychotherapeuten wirklich mal zusammenfinden und Fragen der Versorgung diskutiert werden, wird es schwierig werden. Dann allerdings wird sich neben der rein kurativ ärztlichen Behandlungsmethodik eine Richtung entwickeln, mit der man sich sehr ernsthaft in der Abgrenzung auseinandersetzen muss. Und die Zeit ist, glaube ich, und da gebe ich Herrn Best Recht, nicht mehr allzu fern. Und dann wird es schwierig für Entscheidungen, das gebe ich gerne zu. Dann wird es eine andere Diskussion werden. Nicht mehr zwischen den verschiedenen Methoden oder zwischen den Berufsgruppen, sondern dann wird es eine Frage werden: Wie alloziere ich Mittel? In welcher Versorgung?

Best: In Abgrenzung zur somatischen Medizin?

Ehrlich gesagt, das wird dann eine sehr schwierige Diskussion. Und wo ist die höhere Effizienz? Wobei ich Effizienz jetzt nicht nach HTA-Kriterien bewertet wissen will, sondern nach Outcome-Parametern. Das ist auch eine zugegebenermaßen noch sehr mystifizierte Diskussion, über die man sich dann unterhalten muss.

Best: Das geht jetzt schon in Richtung Versorgungsforschung. Ein Anliegen, das wir sehr stark vertreten, ist, die Versorgungsforschung in Deutschland voranzutreiben, gerade was die Versorgung psy-

chisch Kranker angeht. Und die Frage ist, ob die KBV uns darin unterstützen kann. Wir haben verschiedene Anläufe gemacht. Es ist nie was draus geworden. Ein Kompetenzzentrum Psychotherapie war früher mal im Gespräch. Es ist jedenfalls nichts Entscheidendes passiert.

Ganz so sehe ich das nicht. Es gibt ja das Zusammenwirken des ZI (Zentral-Institut der KBV, die Red.) jetzt in verschiedenen Bereichen, was eine datengestützte Versorgungsforschung angeht. Da werden wir in Kürze so weit sein, dass wir hier nicht nur Unterstützung anbieten, sondern auch Kooperation. Da brauchen wir kein Kompetenzzentrum mehr, sondern wir können das über das ZI und die KBV machen. Wir haben jetzt ein Projekt aufgelegt, das heißt ARGO, nach der Argonautensage. Wir werden im April eine Rechnersituation haben und den Datenkörper so stabilisiert haben, dass wir erstmalig richtige und spannende Versorgungsforschung machen können, wie erste Testläufe zeigen. Und für solche Fragen brauchen wir den fachlichen Input, zum Beispiel: „Wie soll die Fragestellung aussehen?“ Ich freue mich auf diese Zeit. Das waren allerdings zwei Jahre Anstrengung, die Daten stabil zusammenzuführen. Es sind ja veranlasste Daten, Abrechnungsdaten, Diagnosedaten, und diese können wir jetzt arzt- und versichertenbezogen auswerten. Und von daher können wir jetzt solche Fragestellungen beantworten. Aber es werden interessante Fragestellungen sein: Therapieverlauf mit und ohne Psychotherapie, weil wir dann auch die Historie aufbereiten können. Das werden auch Ergebnisse sein, wie ich aus ersten Testläufen weiß, die uns nicht immer gefallen werden. Das zeigt etwas auf, was der Sachverständigenrat 1991 schon gesagt hat: Wir

haben auch Fehlversorgungsstrukturen. Und damit muss man sich befassen. Also gleichzeitige Neuroleptikatherapie und psychotherapeutische Behandlung im Vergleich zu nur Neuroleptikatherapie bei bestimmten Diagnosen. Das sind jetzt die Fragen, nicht nur auf der Kostenseite, die wir sehr schnell, mit sehr kurzen Rechnerläufen bearbeiten können – und ich rede hier von ein, zwei Stunden. Bei 526 Millionen Fällen sind das gigantische Zeiten mittlerweile. Früher haben wir zwei Wochen gebraucht für so einen Rechnerlauf, das muss man wissen, die können wir jetzt in Kürze vorstellen, und dann steht das Angebot, dass man diese Fragen beantworten kann.

Doebert: Eine letzte Frage: Dieses Interview können 7.800 Mitglieder von der DPTV und noch mal 4.000 vom bvvp lesen. Was ist Ihre Botschaft an diese große Gruppe?

Mehr Zufriedenheit mit dem bereits Erreichten. Nach zehn Jahren Integration ist so viel erreicht worden, dass ich mir manchmal auch wünschen würde, dass nicht immer nur die ausstehenden Probleme betrachtet werden, sondern vielleicht auch mal der Erfolg der Gruppe und ihrer Verbände. Ich sage immer in allen Gremien und insbesondere, wenn ich mit Berufsverbänden spreche: Seht euch mal die Erfolgskurve dieser Gruppe an. Und manche sollten sich das auch zum Vorbild nehmen, was Professionalisierung, was erreichte Ziele angeht. Und es wäre schon ganz wichtig, dass man auch das mal sieht und nicht immer nur die Punkte, die noch abzarbeiten sind.

Best: Dann bedanken wir uns sehr herzlich bei Ihnen, Herr Dr. Köhler, und wünschen Ihnen schöne Osterfeiertage.