

Dr. Atzinger 



Medizinische Bäder

Gehabte Schmerzen

Die hab ich gern

Leukona® Rheuma- Bad N

im subakuten Stadium
rheumatischer
Erkrankungen.

Zusammensetzung:

100 g enthalten: Methylsalicylat
15,0 g; gereinigtes Terpentinöl 10,0 g;
Fichtennadelöl 1,5 g.

Indikationen:

Zur balneologischen Therapie rheumatischer Erkrankungen wie: Subakutes rheumatisches Fieber, Gelenkentzündungen bei Infektionen (Infektarthritis) sowie im subakuten Stadium einer primär chronischen Polyarthritis; ferner akute rheumatische Wirbelsäulenbeschwerden (besonders Lumbal- und Zervikalsyndrom).

Kontraindikationen:

Leukona®-Rheuma-Bad N soll nicht angewendet werden bei größeren Hautverletzungen und akuten Hautkrankheiten, schweren, fieberhaften und infektiösen Erkrankungen, Herzinsuffizienz, Hypertonie und Überempfindlichkeit gegen etherische Öle. Nicht bei Säuglingen und Kleinkindern anwenden. Eine Verwendungsangabe in der Schwangerschaft, besonders in den letzten 3 Monaten, ist nicht zu empfehlen.

Packungsgrößen und Preise:

200 ml (7 Vollbäder) DM 16,95
1000 ml DM 64,95 incl. MwSt.

Kassenerstattungsfähig,
nur in Apotheken erhältlich.



Hersteller:
Dr. Atzinger
Pharmazeutische Fabrik
8390 Passau

nungen erwecken, könnten so vermieden werden. Was theoretisch im Delegationsverfahren vorgesehen ist, daß der Patient vom Arzt zum nicht-ärztlichen Psychotherapeuten überwiesen wird, läuft in der Praxis doch eher umgekehrt. Der Patient muß aber – egal, ob man sich für eine Psychotherapie entschlossen hat oder nicht – noch zum Delegationsarzt gehen und stößt dort wieder auf das Problem der Wartezeiten. Folglich wäre diese öffentliche Sprechstunde auch für nicht-ärztliche Psychotherapeuten einzuführen – es müßte doch möglich sein, dafür eine Gebührensiffer zu schaffen –, und von dort ging's gegebenenfalls weiter zum Internisten, Psychiater und – erst wenn der Psychotherapeut die Behandlung aufnehmen will – zum Delegationsarzt (der natürlich seinerseits entscheiden muß, ob die Behandlung wirklich erforderlich ist). Hier freilich entsteht das Problem der medizinischen Kenntnisse der Psychologen, um die es zugegebenermaßen nicht zum besten steht, was umgekehrt natürlich auch gilt.

Abhilfe ist hier wohl nur langfristig durch geänderte Studienordnungen für Psychologen und Mediziner gleichermaßen möglich. So erscheint mir zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur die Einführung einer Pflicht zur öffentlichen Sprechstunde bei ärztlichen – und als Übergangsverfahren für langjährig tätige nichtärztliche – Psychotherapeuten möglich. Das würde ganz nebenbei auch jene bei Patienten immer wieder zu beobachtende Praxis verhindern, die sich nur bei kassenärztlich zugelassenen Psychotherapeuten melden, um abgelehnt zu werden, was ihnen ermöglicht, die Privatrechnung eines nicht zugelassenen Psychologen mit einigermaßen Aussicht auf Erfolg bei der Kasse einreichen zu können.

Dr. Christina Crist, Cimbrenstr. 2, W-4000 Düsseldorf 11

Klärungen

Als Sprecher des Teams, welches das in diesem Artikel mehrfach gescholtene „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ verfaßte, sind mir folgende Klärungen wichtig.

Die Schelte beginnt mit „In dem genannten Gutachten (1) wird von einer Zahl von 5,3 Prozent der Bevölkerung ausgegangen, die eine ambulante Psychotherapie benötigen und dazu auch motiviert sei (jeder 20. Bundesbürger!)“.

Hernach wird versucht, diese Zahl mit mehreren Hochrechnungen ad absurdum zu führen, um schließlich in die Aussage zu münden: „Fundierter erscheinen epidemiologische Daten, daß 6 Prozent der Bevölkerung für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im weitern Sinne in Betracht komme (2).“ Ein Streit um 0,7 Prozent? Bei zwei Hochrechnungen von wenigen Hundert auf Millionen? Schon mal was von Irrtumsgrenzen gehört?

Oder: „Dies verdeutlicht, daß eine isolierte Diskussion über Psychotherapieversorgung ohne Berücksichtigung von andern Therapieangeboten nicht sinnvoll ist und auf der falschen Voraussetzung beruht, daß abnorme Reaktionen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen rein psychotherapeutisch und Psychosen rein pharmakotherapeutisch zu behandeln seien.“ Hätten die Autoren unser Gutachten etwas gründlicher gelesen, wüßten Sie, daß dieses (S. 29–34 sowie S. 41–42) die ambulanten Angebote durch Sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Nervenärzte und als „psychosomatische Grundversorgung“ durchaus erfaßt. Unsere Versuche (S. 40), das stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Angebot zu erfassen, waren allerdings nicht von Erfolg gekrönt, so daß wir bei der vagen Bewertung „nicht unerheblich“ verblieben.

Schließlich: Ein „neu zu schaffende(r) Gebietsarzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie... wäre... mit der erheblichen Gefahr verbunden, Psychotherapie und Psychosomatik aus der Zuständigkeit der gesamten Medizin herauszulösen.“ Wie ausgerechnet dieses? Die Grundidee eines solchen Gebietsarztes ist doch genau, daß er über Kompetenzen für die Psychotherapie somatischer Krankheiten (von Asthma bronchiale über Herzneurose bis Ulcus duodeni) verfügt, und daß er daher – je nach vorgeschlagenem Curriculum – zwei Jahre in einem „somatischen“ Fach oder ein Jahr oder zwei Jahre in der Inneren Medizin gearbeitet haben soll.

Prof. Dr. Dr. A.-E. Meyer, Universitätsklinik Hamburg, Martinistraße 52, W-2000 Hamburg 20

Alter Zopf

Wenn Berger und Peters von hohen Spontanremissionsraten bei psychogenen Erkrankungen ausgehen, so ist dies nun wahrlich ein alter Zopf! Mit dieser These wollen sie nicht nur den methodisch völlig ungenügenden Eysenckschen Untersuchungen aus den 40er Jahren zu neuem Leben zu verhelfen, sie setzen sich auch in Widerspruch zur neuen und neuesten epidemiologischen Forschung (Muhs A., Schepank H. 1991; Schepank H., Hilpert H. et al. 1984; Tress W., Schepank H. 1989).

Ernstzunehmende Forschungsansätze zur Frage der psychotherapeutischen Differentialindikation gibt es im Kontext einer sich als biologische Wissenschaft verstehenden Psychiatrie in der Tat überhaupt nicht, von fachpsychotherapeutischer Seite hingegen wird diese Frage schon seit den 70er Jahren auf hohem methodischen Niveau bearbeitet, sei es im Rahmen universitärer psychosomatisch-psychotherapeutischer Einrichtungen

von Hexal®
Ginkgo biloba
als
Lösung und
Tabletten



Bei cerebralen und
peripheren Durchblutungsstörungen

Gingium®

Gingium® Lösung *ohne Alkohol*
30 ml Lösung DM 18,90
100 ml Lösung DM 51,95
200 ml Lösung DM 95,—

Gingium® Tabletten
20 Tabletten N1 DM 12,45
50 Tabletten N2 DM 28,75
100 Tabletten N3 DM 51,95
200 Tabletten DM 95,—



Sicherheit
durch
Qualität

Zus.: 1 Filmtablette bzw. 1 ml Lösung (ca. 16 Tropfen) enthält Trockenextrakt aus Ginkgo biloba-Blättern 40mg, eingestellt auf 9,6mg Ginkgoflavonglykoside. **Anwend.:** Zur Behandl. von Hirnleistungsstörungen (nachlassende intellektuelle Leistungsfähigkeit und Vigilanz) mit den Symptomen: Schwindel, Ohrensausen, Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche, Stimmungsinstabilität mit Ängstlichkeit. Als unterstützende Behandlung eines infolge Zervikalsyndroms beeinträchtigten Hörvermögens. Zur Behandl. von peripheren arteriellen Durchblutungsstörungen mit erhaltener Durchblutungsreserve (intermittierendes Hinken). **Gegenanz.:** Überempfindlichkeit gegenüber

Ginkgo biloba-Extrakten. **Nebenwirk.:** Sehr selten wurden bei der Einnahme von Ginkgo biloba-Extrakten leichte Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen oder allerg. Hautreaktionen beobachtet. **Wechselwirk.:** Nicht bekannt. **Dos.:** Gingium® Tabl.: Soweit nicht anders verordnet, 3 x tgl. 1 Filmtabl. nach den Mahlzeiten unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Gingium® Lösung: Soweit nicht anders verordnet, 3 x tgl. 1 ml Lösung (ca. 16 Tropf.) mit etwas Wasser verdünnt einnehmen. Die Dos. kann bei Bedarf ohne Bedenken erhöht werden. Weitere Einzelh. s. Gebrauchs- und Fachinformation. Hexal® Pharma GmbH & Co. KG, 8150 Holzkirchen Stand: Dez. 91/1

oder im Rahmen der Klinischen Psychologie.

Erstaunlich, daß Berger und Peters, denen ja die Kosten des Gesundheitssystems am Herzen zu liegen scheinen, gegen den notwendigen Ausbau einer ambulanten Versorgung mit dem Argument zu Felde ziehen, es gebe ja genügend stationäre Behandlungsplätze! Hat die seit 15 Jahren währende Diskussion um das Verhältnis von ambulanter und stationärer Versorgung bei den Autoren keinerlei Wiederhall gefunden? Wie verquer ihre Argumentationslinie ist, zeigt sich schließlich auch darin, daß sie auf der einen Seite die Zahl von 2000 Nervenärzten und Psychiatern mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie heranziehen, um den bedeutenden Anteil der Psychiater an der Sicherstellung der psychotherapeuti-

schen Versorgung der Bevölkerung zu belegen, daß sie auf der anderen Seite aber zugeben müssen, unter den gegebenen Verhältnissen sei Psychotherapie für Psychiater und Nervenärzte unrentabel, was ja nichts anderes bedeutet, als daß sie nicht ausgeübt wird. Wer wird sich schon in vollem Bewußtsein bemühen, sein Einkommen zu schmälern? Die von den Autoren gemachten Vorschläge zur Einführung eines Arztes für Psychia-

Machtanspruch

... Redlich wäre gewesen, wenn die Autoren ihre eigene Nervenarztstudie erwähnt hätten. Sie zeigt ja, daß niedergelassene Nervenärzte nur in geringem Umfang systematische, intensive, längerfristige Psychotherapie („Richtli-

trie und Psychotherapie erscheinen als bloßer Versuch einer Fortschreibung der gegenwärtigen Misere. Die Etablierung einer Gebietsbezeichnung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, verbunden mit dem Ausbau der psychosomatischen Grundversorgung, ist der einzig sinnvoll zu beschreitende Weg.

Dr. med. Norbert Hartkamp, Gerricusstraße 22, W-4000 Düsseldorf 12

nien-Psychotherapie“) betreiben, und zwar unter anderem aus naheliegenden Gründen der Praxisorganisation. Sie könnten dieses wichtige Feld also unbesorgt denen überlassen, die es bisher schon versorgen, den nichtpsychiatrischen ärztlichen Psychotherapeuten, wenn es den Autoren

wirklich um die optimale Versorgung der Bevölkerung ginge. Aber dann müßten sie selbst den Gebietsarzt (Psychosomatik und) Psychotherapie fordern, weil diese drittgrößte Ärztesgruppe endlich den angemessenen qualitativen Standard braucht, also den Gebietsarzt, und nicht bloß eine qualitativ nicht zu kontrollierende Zusatzbezeichnung. Es geht den Autoren aber lediglich um einen Machtanspruch. Sie vergessen zu erwähnen, daß die Psychiatrie keines der heute wichtigen Psychotherapieverfahren entwickelt hat, und zum Verständnis der Neurosen, die sie für sich beanspruchen, hat die Psychiatrie bekanntlich kaum Wesentliches beigetragen. Noch heute werden psychiatrische Lehrstühle ganz überwiegend mit biologisch orientierten Hochschul-