

bvvp **magazin**

*Zeitschrift für die Mitglieder
der Regionalverbände im
Bundesverband der
Vertragspsychotherapeuten
(bvvp) e.V.*

Psychotherapie und Psychomarkt

Blick auf die Grauzone

- *Psychotherapie-Verfahren*
- *ICD-10-GM: Wozu?*
- *Colin Goldner, Hilarion G. Petzold, Günter Scheich:
Drei Interviews zum Thema*

*5. Jahrgang
Ausgabe 1/2006*





Praxis

Gründung

KV-Sitz gesucht oder Job-sharing als Einstieg von Psych. Psychotherapeutin (TfP, in Weiterbildung aP) in Süd-BaWü + Allgäu. Tel: 07777-939430, www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-01/06-108

Verkauf

Praxisabgabe Nachfolger/in gesucht für KV-Sitz Psychotherapeutische Medizin in Mainz. www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-01/06-107

Reise

Reisetipps von Kollegen

Direkt an der Ostsee! Ferienhaus m. freiem Blick auf Fehmarn u. Meer, Sandstrand 100m, gr. Garten, max. 6 Personen, winterfest, HS 575 €/w NS 375 €/w. Tel. 0451/7982048

Verschiedenes

Balintgruppe 2006 für SupervisorInnen u. PsychotherapeutInnen, 8-10 Sa, Nähe Hbf Stgt. Infos: Elisabeth Gast-Gittinger, Supervisorin, Lehrsupervisorin DGSv, Trainerin f. Gruppendynamik /DAGG), Tel. 07082-50112, Fax 07082-5901, Mail gast-gittinger@t-online.de oder Dr. med. Gudrun Gebert-Hirsch, Psychoanalytikerin Dozentin, Lehr- und Kontrollanalytikerin (DGPT, DGPM), Ärztin f. Psychotherap. Medizin, Neurologie und Psychiatrie, Tel/Fax 0711-429539, Mail gebert-hirsch@web.de

Angebote

Hier könnte Ihre Anzeige stehen. Diese können Sie einfach online angeben unter www.cosis.net/ads.

Verschiedenes

Integrative SystemAufstellungen für SupervisorInnen u. PsychotherapeutInnen, 8-10 Sa, Nähe Hbf Stgt. Infos: Elisabeth Gast-Gittinger, Supervisorin, Lehrsupervisorin DGSv, Trainerin f. Gruppendynamik /DAGG), Tel. 07082-50112, Fax 07082-5901, Mail gast-gittinger@t-online.de oder Dr. med. Gudrun Gebert-Hirsch, Psychoanalytikerin Dozentin, Lehr- und Kontrollanalytikerin (DGPT, DGPM), Ärztin f. Psychotherap. Medizin, Neurologie und Psychiatrie, Tel/Fax 0711-429539, Mail gebert-hirsch@web.de



KLEINANZEIGEN BUCHEN

Kleinanzeigen bequem buchen mit unserem Online-Anzeigensystem!

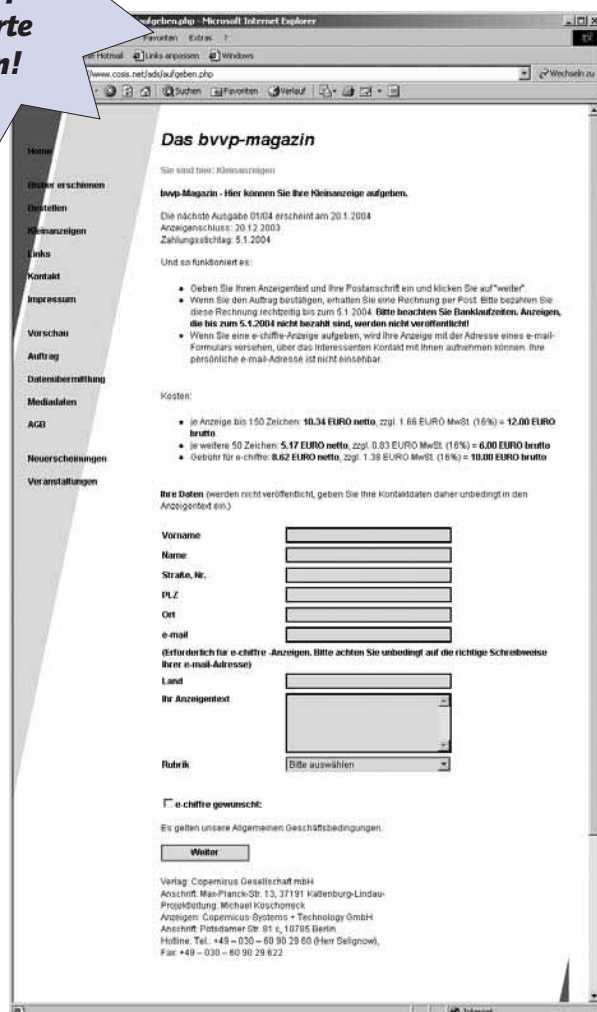
Preise

- schnelle Eingangsbestätigung
- kinderleicht zu bedienen
- faire Preise
- rund um die Uhr für Sie da
- superschnelle Chiffre
- Bezahlung per Kreditkarte mit verschlüsseltem Datentransfer
- nur 12 € pro Anzeige bis 150 Zeichen
- je weitere 50 Zeichen 6 €
- echiffre: 10 €
- und Porto gespart

Einfach buchen im WWW: **www.bvvp-magazin.de**

Chiffre aufgeben: Unser neues echiffre-System bietet Ihnen superschnelle Antworten: Einfach Ihre E-Mail-Adresse angeben, die Antworten werden an Ihre E-Mail gesandt - natürlich ohne dass der/die Antwortende von Ihrer Identität oder E-Mailadresse erfährt.

Chiffre beantworten: Gehen Sie auf www.cosis.net/ads und wählen Sie «echiffre-Anzeige beantworten» und geben Sie die echiffre-Nummer der Anzeige ein, auf die Sie antworten wollen. Die Anzeige wird Ihnen angezeigt, Sie geben Ihren Antworttext ein, sofort geht eine E-Mail an den Auftraggeber der Anzeige. Kein Chiffre-System ist schneller.



VORWORT

BUNDESVORSTAND & REGIONALVERBÄNDE

SCHWERPUNKT

INTERVIEW

DIENSTLEISTUNGEN

FÜR UNS GELESEN

SERVICE

IMPRESSUM

Vorwort	4
Psychotherapie-Verfahren	6
ICD-10-GM: Wozu?	8
Stehen Sprechstundenpraxis und Psychosomatik vor dem Aus?	11
Konzept der psychotherapeutischen Versorgung	12
Gesundheitsziele für Deutschland	13
Bananenrepublik	15

Überlegungen zur evidenzbasierten Medizin (EbM) im Hinblick auf ihre Eignung als Werkzeug, um die bisherige Medizin zu reformieren	16
Großer Wahlerfolg für BVVP-Kandidaten in Baden-Württemberg ..	18
Gedanken eines Psycho-Oldies	18

PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOMARKT

Ganz persönlich – zwei Einleitungen	19
Was unterscheidet weiß von grau?	20
Glossar	22
Die Nicht-Richtlinienverfahren und der Prozess ihrer gesellschaftlichen Entwertung	24
Erfahrungen mit dem „wahren“ Buddhismus	26
Panik auf der Titanic – Was macht der Bordpsychologe?	27
„Bei mir gehen die Sterne auf“	28

„Grau“ muss doch nicht schlecht sein!	30
„Positives Denken macht krank“	32
Unqualifizierte Möchtegerns murksen in den Seelen herum	33

Einige Links, Artikel und Buchtipps	35
---	----

Hotel-Arrangement	36
-------------------------	----

Bücher zum Schwerpunktthema	37
-----------------------------------	----

Neuerscheinungen	39
Veranstaltungen	40

Impressum	10
-----------------	----

VORWORT

SCHÖNE AUSSICHTEN

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Neue Jahr 2006 wird tatsächlich viel Neues bringen – so sieht es jedenfalls jetzt, zu dem Zeitpunkt zu dem ich Ihnen schreibe, am Ende des alten Jahres aus. Die Veränderungen, die sich die alte und neue Bundesgesundheitsministerin vorgenommen und uns auf den Gabentisch an Weihnachten gelegt hat, haben enorme Unruhe ausgelöst und werden ebenso enorme Umbrüche nach sich ziehen, sollten sie wie beabsichtigt umgesetzt werden. Eine Reihe von Protestveranstaltungen seitens der Ärzte im stationären wie im niedergelassenen Bereich haben bereits stattgefunden, und so wie es aussieht, werden weitere folgen. Insbesondere das Gesetzesvorhaben, den niedergelassenen Kollegen mit einer mehr Malus- als Bonus-Regelung die Kosten für die medikamentöse Behandlung ihrer Patienten aufzubürden, lässt den Unmut über Ulla Schmidt allerorten hoch kochen.

Dass 2006 ein Gutes Neues Jahr für uns wird, scheint eher fraglich.

Bisher wird die Gebührenordnung, die in der GKV gilt, von der Gemeinsamen Selbstverwaltung unter Federführung der KBV im Bewertungsausschuss, der mit Ärzten und Krankenkassen paritätisch besetzt ist, verhandelt und vereinbart. Ulla Schmidt will diese Aufgabe der Gemeinsamen Selbstverwaltung entziehen und in ein unabhängiges Institut verlagern. Dort soll eine neue Gebührenordnung erarbeitet werden, die sehr viel mehr Pauschalen und Komplexe enthalten soll als der EBM 2000 plus. Angeblich waren diese Pläne bereits im Sommer 2005 einflussreichen Leuten in der Selbstverwaltung bekannt. Jedoch hatte man damals nicht damit gerechnet, dass sich der Einfluss von Ulla Schmidt nach den Wahlen so ungebrochen in der Gesundheitspolitik fortsetzen würde wie es der Fall ist, und dass die CDU/CSU diese Politik in Grundzügen auch so mittragen würde.

Abgesehen davon, wie sehr eine solche von einem unabhängigen Institut entwickelte Gebührenordnung doch (noch?) auf dem jetzigen EBM fußen würde, lassen diese Pläne den angestrebten Bedeutungswandel der KBV erkennen. Der EBM als Grundlage der Honorarverteilung ist die Existenzgrundlage der Vertragsärzte und –Psychotherapeuten. Er war bisher zentrales Kernstück der KBV-Aktivitäten, an dem das meiste Herzblut hing. Mit dem Entzug dieser Aufgabe vollzieht die Politik inhaltlich ganz wesentlich den im GMG angelegten Bedeutungswandel der KBV und der KVen weg von Interessensvertretungen der Ärzte und Psychotherapeuten, hin zu einem reinen bürokratischen Verwaltungsapparat mit Restzuständigkeiten und Restkompetenzen für Restaufgaben und vielleicht irgendwann auch Rest-Ärzte- und Psychotherapeutengruppen. Ob sie sich angesichts eines solchen Bedeutungsverlustes dann wirklich als DIE Dienstleister auf-



Birgit Clever

stellen und Akzeptanz finden können würden – so wie das derzeit von KBV und vielen KVen als zukunftsfähige Vision propagiert wird – ist eine interessante Frage. Zu stark könnte hier die Konkurrenz anderer mächtiger Player sein. Der Hausärzteverband (BDA) oder andere große Netze könnten den niedergelassenen Kollegen als Dienstleister geeigneter erscheinen, um berufsständische Interessen wahrzunehmen. Immerhin ist die Wahrnehmung fachgruppenspezifischer Interessen genuine Aufgabe von Berufsverbänden. Im Lichte positiver Rezeption der bisherigen Aktivitäten könnten viele Kollegen auch künftig geneigt sein, ihre Interessensvertretung eher diesen Organisationen anzuvertrauen als KBV und KVen, werden doch die KBV und vor allem die KVen seit Jahren überwiegend im Kontext von Einschränkungen, Reglementierungen und Ärgernissen wahrgenommen, die man lieber loswerden als erhalten will. Da müsste noch einiges geschehen, wenn sich die Kollegen auch künftig freiwillig für die KVen als beste Dienstleister entscheiden und sie z.B. mit Beratung, Vertragsgestaltung und Vertragsabwicklung bei Subgruppen- oder Einzelverträgen beauftragen sollten. Aber eine andere Wahl, als sich in diesen Wettbewerb trotz schlechter Ausgangsbedingungen zu stürzen, haben KBV und KVen nicht. Wenn zusätzlich die derzeit angekündigte Nivellierung von GKV und PKV-Honoraren Realität werden sollte, wird das mögliche Profil der KVen weiter verschwimmen. Sollte irgendwann gar die Bedarfsplanung als wichtige Aufgabe wegfallen, weil wir demografisch vorhersehbar in einen so eklatanten Ärztemangel in allen Fachgruppen hineingeraten werden, dass sich das Thema Überversorgung von selbst erledigt, bliebe vom bisherigen Aufgabenspektrum tatsächlich kaum noch etwas übrig.

Dr. Köhler, Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wog in seiner einstündigen Rede in der Vertreterversammlung der KBV im Dezember angesichts dieser Entwicklungen das Pro und Contra des körperschaftlichen Status der KBV und der KVen sorgfältig ab.

Er ließ keinen Zweifel daran, dass es für ihn angesichts der vielfältigen Aufgaben, die die KBV und die KVen nur mit körperschaftlichem Status wahrnehmen können, vorerst keine Alternative zu dieser Organisationsform gibt, dass aber er selbst derjenige sein würde,

der für eine Aufgabe dieses Status eintreten würde, sollte die Gängelung durch die Politik unerträglich werden. Die IV-Verträge des BDA mit der Barmer Ersatzkasse bezeichnete er als Autoimmunreaktion der Hausärzte gegen die Körperschaft, machte aber deutlich, dass sich die KBV ganz im Sinne des guten Dienstleisters darüber im Klaren sei, wen sie alles zu vertreten habe und schwenkte damit deutlich die weiße Fahne Richtung Hausärzte.

Zum Ärztemangel erklärte Köhler, dass bis in 10 Jahren im ambulanten Bereich 57 000 Ärzte wegbrechen werden und weitere 17 000 im stationären Bereich. Hier wird eine schwer lösbare Aufgabe auf die Gesellschaft zukommen. Wenn von Ärztemangel die Rede ist, wird derzeit meist von Hausärzten gesprochen, vor allem von den Hausärzten im Osten. Die Hausärzte als von der Politik hochgelobte tragende Säule der medizinischen Versorgung – muss das so sein?

Köhler wies darauf hin, dass eine dramatische Entvölkerung strukturschwacher Regionen auf uns zu kommen wird bei gleichzeitig wachsender Morbidität. Neue Versorgungskonzepte seien nötig, weil auch der Erhalt der wirtschaftlichen Basis der Arztpraxen bedacht werden müsse. Mehr Heilhilfsberufe seien nötig zur Erbringung von Betreuungsleistungen, denn der Bedarf an Betreuungsleistungen sei vor allem das, was zukünftig mit der Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung enorm ansteigen würde. Betreuungsfachkräfte, die von den Arztpraxen angeleitet werden könnten, seien die Option, die sich aus dem Zwang zur Verbesserung der Arbeitssituation in den Arztpraxen logisch ergäbe, ebenso wie eine deutliche Flexibilisierung der Arbeitsmöglichkeiten der Ärzte.

Interessant ist bei dieser Argumentation, zu der sich übrigens niemand kritisch oder hinterfragend äußerte, dass Köhler implizit offensichtlich keine reelle Möglichkeit sieht, über eine in den Ärzteprotesten überall geforderte Besserbezahlung der ärztlichen Tätigkeit so viele junge Leute animieren zu können den Arztberuf zu ergreifen, dass die Versorgung auf dem heutigen Niveau sichergestellt werden könnte. Der strukturelle Wandel wird als unabwendbare Herausforderung angenommen, an der auch mehr Geld nichts würde ändern können.

In der Psychotherapie ist bereits heute die Unterversorgung wesentlich größer als in der Allgemeinmedizin. Im Osten liegt die Unterversorgung in der Psychotherapie bei 77% – im Vergleich zur hausärztlichen Mangelversorgung von ca. 18%, und dies bei steigendem Versorgungsbedarf psychischer Erkrankungen. Auch bei den Fachärzten sieht es noch schlechter aus als in der Allgemeinmedizin. Auch ich meine, dass es nahe liegt die Ressourcen zu bündeln, um die ambulante Versorgung überhaupt noch aufrecht erhalten zu können. Vermutlich werden die Kapazitäten bei den Fachärzten zunehmend durch ausschließlich hochspezialisierte Diagnostik und Behandlungsleistungen abgeschöpft werden und möglicherweise zuwendungintensivere, fachärztliche Leistungen zu den Hausärzten verlagert werden, die dann ihrerseits – wie von Köhler anvisiert – ihre Betreuungsleistungen an Pflegeberufe weiterverweisen könnten. Dass man solche Überlegungen und so schöne Aussichten nicht an

die ganz große Glocke hängen mag, ist nachvollziehbar. Niemand liebt den Überbringer schlechter Botschaften.

Da fällt mir auch Angela Merkels Antrittsrede ein, ihr erklärter Versuch angesichts schwieriger Probleme gute Stimmung zu verbreiten und die Menschen mit der Vision „mehr Freiheit wagen“ zu noch mehr Eigenleistung (ohne Gegenleistung und ohne stabile soziale Absicherung?) zu motivieren.

Ob all das und vor allem die vom grünen Tisch aus schwer vorher-sagbaren Ungereimtheiten, die sich in der Praxis zwangsläufig immer ergeben, von Deutschland, vom deutschen Gesundheitssystem, den Patienten und von uns verkräftet werden kann, muss sich weisen. Spannend wird es sicher, und wir werden Zeitzeugen einer großen Herausforderung werden. Allerdings dürfen wir es nicht bei der Beobachtung belassen. Wir sind gefragt, angesichts der finanziellen Begrenzungen des Gesamtsystems und der absehbaren demografischen Entwicklung der Bevölkerung und unserer Berufsgruppen neue Konzepte zu entwickeln. Hier werden wir viel Mut und innovatives Umdenken brauchen, denn wir werden auf zunehmend sich aufdrängende unbequeme Fakten Antworten finden müssen und bereit sein, vertraute Handlungskonzepte zu modifizieren oder gar zu verlassen. Unsere Delegiertenversammlung im März wird hier einen Einstieg bieten. So wie der bvvp vor 10 Jahren mit der Begründung der Honorarklagen an der entscheidenden Stelle weitsichtig die Weichen für die Existenz der Psychotherapie gestellt hat, so hoffe ich, dass es uns auch diesmal gelingen wird, die entscheidenden und relevanten Entwicklungen zu identifizieren und beherzt anzugreifen.

MIT KOLLEGIALEN GRÜSSEN
IHRE BIRGIT CLEVER

Aufmerksamkeit

erlangen Sie hier schon
ab 120,- €*

Bewerben Sie Ihre Veranstaltungen,
Dienstleistungen und Produkte im
bvvp-Magazin.

* So viel kostet nämlich eine Anzeige
in der Größe von 1/6 Seite.
Eine ganze Seite kostet 640 €.
Eine Beilage nur 120 € pro 1000 Stück.
(Preise zzgl. MwSt.)
Damit erreichen Sie über 4000 niedergelassene Psycho-
therapeuten und zahlreiche weitere Mitglieder der *Szene*.
Also pro Leser schon ab 3 Cent.

Weitere Informationen in unseren Mediadaten unter:

www.bvvp-magazin.de

AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK UND DEM BUNDESVORSTAND

Psychotherapie- Verfahren

Von der Entwicklung überholt
oder notwendige Strukturbildner
der Psychotherapie?



Norbert Bowe

Im Psychotherapeutenjournal 1/2005 sah Klaus Grawe eine neue Zeit der Psychotherapie anbrechen: statt einer Orientierung an klassischen Psychotherapie-Verfahren sollten Psychotherapeuten anhand von wissenschaftlich herauskristallisierten Wirkfaktoren einheitlich methodisch ausgebildet werden. Die Diskussion um die Existenzberechtigung der Verfahren bzw. um ihre Überholtheit ist in vollem Gang.

Zunächst sei die Position Grawes durch zwei Zitate verdeutlicht:

„Der Therapeut ist kein Gesprächspsychotherapeut, Verhaltenstherapeut oder Psychoanalytiker mehr, darauf eingestellt, seine Methode auf den jeweils nächsten Patienten, der sein Büro betritt, anzuwenden. Er ist vielmehr darauf eingestellt, sich erst einmal ein Bild von dem Patienten zu erarbeiten, um auszumachen, was bei diesem Patienten verändert werden müsste, da-

mit es ihm besser geht, wo die am besten geeigneten Ansatzstellen für die erwünschten Veränderung sind und wie die Veränderungen bei diesem Patienten mit diesen Merkmalen am besten herbeigeführt werden könnten. Das Spektrum der eingesetzten Interventionen steht also nicht im Vorhinein fest, sondern wird in jedem Fall neu bestimmt. Hierfür trägt der Therapeut eine Reihe verbindlicher, empirisch validierter Perspektiven an jeden neuen Patienten heran. Dazu gehören: Die Störungsperspektive – Die interpersonale Perspektive – Die motivationale Perspektive – Die Entwicklungsperspektive – Die Ressourcenperspektive.“

Und weiter unten:

„Jeder Therapeut würde also lernen, welche Besonderheiten bei den einzelnen Störungsbildern zu beachten sind und welche Vorgehensweisen sich besonders bewährt haben, um die notwendigen Erfahrungen zur Korrektur dieses Störungsmusters zu vermitteln. Jeder Therapeut würde aber auch zu einem Experten für die Wahrnehmung, Analyse und Gestaltung von Beziehungsabläufen innerhalb und außerhalb der Therapie geschult werden. Jeder Therapeut würde sensitiviert werden für Eigenarten im Beziehungsverhalten von Patienten, welche sich ungünstig auf die Therapiebeziehung auswirken und so die fruchtbare Zusammenarbeit beeinträchtigen könnten, und würde darin trainiert werden, wie er auch unter schwierigen Bedingungen zu einer guten Therapiebeziehung beitragen kann. Jeder Therapeut würde dazu angeleitet, sich ein Bild davon zu machen, welche Bedürfnisse, Wünsche, Ziele und Befürchtungen das Erleben und Verhalten des Patienten annähernd und vermeidend, bewusst und unbewusst bestimmen, welche Rolle sie für seine Probleme spielen, wie sie positiv als Ressource für den Veränderungsprozess genutzt werden könnten und ob

und in welcher Hinsicht sie selbst als Problem in die Therapieplanung einbezogen werden müssen. Jeder würde dazu befähigt, sich ein Bild davon zu machen, was in der lebensgeschichtlichen Entwicklung des Patienten ihn für die Entwicklung seiner Störung(en) bereit gemacht hat, welche Rolle die dauerhaften Spuren dieser Erfahrungen für ihn heute spielen und wie sie gegebenenfalls in die Therapieplanung einbezogen werden sollten. Jeder Therapeut würde in seiner Ausbildung ein Bewusstsein dafür entwickeln und die praktischen Konsequenzen daraus ziehen lernen, dass die Nutzung und Ausweitung der positiven Möglichkeiten des Patienten für ein gutes Therapieergebnis noch wichtiger ist als die Bearbeitung seiner Probleme.“

(Hervorhebungen vom Zitierenden)

Bei kritischer Textanalyse fallen ein paar Besonderheiten auf:

Methodenorientierung wird als ein Vorgang des wahllosen Überstülpens über den Patienten verstanden. Es wird implizit unterstellt, dass man bei Verfahrens-Orientierung sich tendenziell nicht erst einmal ein Bild vom Patienten mache, nach spezifischen Behandlungswegen suche etc. Dem wird der scheinbar nicht durch Verfahren voreingenommene Therapeut gegenübergestellt – mit dessen seinerseits wieder fragwürdigem Vorgehen, dass er ausmacht, was für den Patienten gut tut, statt es sich in einem Prozess mit dem Patienten entwickeln zu lassen. Der Therapeut macht aus, was verändert werden muss und wie es herbeigeführt wird, er trägt Perspektiven an den Patienten heran. Allein in diesen Tätigkeitszuschreibungen würde aus Sicht einer analytischen Behandlung vice versa ein Überstülpen gesehen werden. Diese unterschiedliche Sichtweise soll nicht den Vorzug eines Verfahrens gegenüber dem anderen nachweisen, sondern nur, dass beim Versuch, die Verfahren zu nivellieren, ein neues Verfahren kreiert wird, dem wiederum spezifische Sichtweisen anhaften und andere ver-

loren gehen. Der Irrglaube liegt darin, dass man nicht kein Verfahren (keine Methode) anwenden kann.

Wenn man dann die Aufzählung von Grawes Perspektiven liest, überrascht deren Altbekanntheit – zumindest im analytischen Raum: Symptomperspektive – eigentlich selbstverständlich einschließlich der ggf. darin verschlüsselten Kompromissbildungen, interpersonale Perspektive, schon lange als Objektbeziehungsanalyse und systemische Analyse geübt, motivationale Perspektive – da geht es doch um die Analyse der Wünsche, Ängste und der Triebabkömmlinge, die Entwicklungsperspektive – ein Grundbaustein von Anbeginn der Psychoanalyse, und die Ressourcenperspektive, hier werden schon lange unter Ichstruktur-Gesichtspunkten noch darüber hinausgehende Aspekte untersucht.

Im zweiten Zitat wird Grawe dann fast prophetisch-beschwörend, in jedem Fall unzulässig idealisierend, wenn er sagt, was der Neue Therapeut dank der Neuen Ausbildung, die kein Verfahren sein soll, alles kann und ist:

Jeder Therapeut würde dann ... *Experte für ... Gestaltung von Beziehungsabläufen, jeder Therapeut würde sensitiviert..., jeder würde dazu befähigt ...* etc. Und wieder fällt auf, wie die interagierenden Protagonisten und deren Gegenstände zu starren Gebilden werden: vorab fixierte Störungsbilder, bestimmte Störungsmuster, Einkategorisierung als ungünstig sich auswirkenden Eigenarten im Beziehungsverhalten oder als annäherndes und vermeidendes Erleben und Verhalten, das Sprechen von dauerhaften Spuren der Frühentwicklung, statt von strukturellen Bildungen als komplexe Verarbeitungen des Subjektes mit Einbau in Selbst(wert)regulation und –steuerung.

Noch einmal: es soll nicht in Frage gestellt werden, dass man sich auch so einem Patienten nähern kann, wie Grawe es vorschlägt – nur: mit einer noch so differenzierten Sichtweise wird man nicht verhindern können, andere Sichtweisen unbeachtet zu lassen – siehe meine Textkritik.

Man entgeht den Beschränktheiten nicht: hier ist es vielleicht ähnlich wie mit der Muttersprache: viele können mehrere Sprachen sprechen, aber für die meisten dürfte die Sprache der Kindheit die mit den weitesten Bedeutungskontexten bleiben. Und jede Sprache hat ihre Begrenzungen und ihre eigenen Besonderheiten der Ausdrucksmöglichkeiten. Nur das Beste aus allen Therapierichtungen, sozusagen als Extrakt des Guten herausfiltern zu wollen, dürfte leicht zu

einem Wolkpeter führen. Die z. T. bewundernswert klare Pragmatik der Verhaltenstherapie lässt sich nicht beliebig mit der verfeinerten Wahrnehmung der Psychoanalyse mit Focussierung auf Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse kombinieren. Wer das versucht, würde statt der unterschiedlichen Sprachen das Esperanto zur höchstmöglichen Sprachkultur erklären.

Wenn einem nun noch einfällt, dass die angestrebte Einheitspsychotherapie mit ihrer Quelle, der empirisch-wissenschaftlichen Forschung, eigentlich nur noch in Kliniken und Universitäten weiterentwickelt werden kann, dann ist man geneigt anzunehmen, dass hier unter der Hand auch handfeste Interessen mit im Spiel sind – eine Annahme, die sonst gern nur in die eine Richtung der Vertreter der Therapieverfahren gemacht wird. Es geht in jedem Fall nicht nur um die reine Wissenschaftlichkeit (die es so nicht gibt).

Problematisch wäre bei einer solchen Entwicklung, dass die Nähe der Ausbildung zur ambulanten Tätigkeit ein Stück verloren ginge. Das wäre v.a. auch problematisch, weil Psychotherapie sich ganz wesentlich unter ambulanten Bedingungen entlang des Lebensalltags der Patienten vollzieht und der Weg zur Klinik-Ambulanz bereits einen unvermeidbaren Selektionsfaktor darstellt. Bisher wird häufig nicht beforscht, was nicht der Universitätspsychotherapie leicht greifbar ist. Das drückt sich u.a. auch in der mangelnden (Be-)achtung von Feldstudien aus. Wenn verfahrensorientierte Institute, die – zumindest bisher – von ambulant Praktizierenden und mit dem ambulanten Setting Erfahrenen geleitet werden, ihren Definitionseinfluss darauf verlor, welche Voraussetzungen für eine gute psychotherapeutische Behandlung erforderlich sind, ginge auf Dauer das Spezifische der jeweiligen Methode verloren. Allerdings wäre die engere Zusammenarbeit dieser Institute mit den Universitäten zur Förderung der Versorgungsforschung ein wichtiges Zukunftsprojekt.

Wer hat also künftig die Definitionsmacht, was lege artis noch Psychotherapie ist? Wenn keine Theoriegebäude mit dem auf Erfahrungswissen und wissenschaftlicher Beobachtung beruhenden komplexen Verknüpfen von verschiedenen seelischen Ebenen/Funktionen möglich ist, dann bleibt nur noch eine Beurteilung nach wissenschaftlich isolierten Einzelaspekten, die aber mangels Kriterien nicht mehr in ihren Zusammenhängen wissenschaftskritisch und praxiskritisch untersucht und überprüft werden können. Es mangelte dann an Begrifflichkeiten und Systemvorstellungen, um Bedingungs- und Be-

einflussungszusammenhänge ordnen und deren Interaktionen begreifen zu können und so die Informationsfülle zu strukturieren. Ein Verarmen an Modellentwicklungen als Input für leicht handhabbare evidenzbasierte Untersuchungen wäre zu befürchten. Wir wissen inzwischen sehr genau, dass z.B. der Sehvorgang, der ja am ehesten als Objekt-Wahrnehmung verstanden werden kann, mit dem Weiterleiten der Netzhautreize an das Gehirn zu keinerlei Wahrnehmung führt (Seelenblindheit), sondern erst das Verarbeiten mit Hilfe hinterlegter strukturierender Bilder und Erfahrungen sehend macht. Dies gilt in viel höherem Maße für die Wahrnehmung seelischer Zusammenhänge. Ohne Konzeptualisierungen wäre Psychotherapie wie Worte einer Sprache ohne Grammatik.

Seelisches kann also ohne Vorannahmen gar nicht wahrgenommen werden. Psychotherapieverfahren stellen einen Pool an (noch) nicht evidenzbasiert überprüfbar Modellvorstellungen dar, die sinnvolle Beforschung und deren Interpretation überhaupt erst ermöglicht. Sie generieren Modelle seelischer Entwicklungsprozesse, seelischer Wahrnehmungs-, Verarbeitungs-, Ausdrucks-, Handlungs- und Regulationsprozesse. Ohne diese Funktion bliebe man bei positivistisch gewonnenen Begrifflichkeiten hängen, ohne hinreichenden Bezug zu den erfahrungsgestützten Konzeptualisierungen des Seelischen aus den vorangegangenen Psychotherapeutengenerationen, aus den erfahrungsverarbeitenden anderen Bereichen wie Soziologie, Philosophie, Pädagogik, aber auch Dichtung, bildenden Künsten, Archäologie.

Wissenschaftlich statistische Methodik ist deduktiv, setzt die Isolierung von Faktoren voraus, so dass immer nur Teilausschnitte untersucht werden können. Die Faktoren verbindenden Verstehensmodelle sind demgegenüber nicht weniger wahr oder brauchbar als die derzeit kursierenden Atommodelle in der Physik. Und selbst in der Physik stellt das Versagen eines Erklärungsmodells gegenüber einem anderen Modell und die gegenseitige Unvereinbarkeit untereinander noch keinen Nachweis der Unbrauchbarkeit dar. Es sei nur auf das Quantenmodell und das Wellenmodell des Lichtes verwiesen.

Auch hinsichtlich des Weges der angehenden Psychotherapeutengeneration kommt den Psychotherapieverfahren eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu. Die Annäherung an die Psychotherapie geschieht – ähnlich wie die des aufgeklärten Patienten – über persönliche Präferenzen der einen oder anderen Methode gegenüber. Diese Präferenzen haben viel mit der ei-

genen Weltsicht und mit Kennzeichen der eigenen Persönlichkeit zu tun. Da passt nicht jeder zu allem.

Aber auch unabhängig davon hilft ein methodisch-strukturierter Zugang, ist vielleicht sogar erforderlich, um überhaupt einen Einstieg in die Welt der Psychotherapie(n) zu finden. Innerhalb der Grenzen einer Methode kann der Auszubildenden eine konsistente psychotherapeutische Sprache erlernen, mit der er erst einmal etwas erfassen, entdecken und bearbeiten kann. Die erlernte Methode kann so zu einem brauchbaren Werkzeug der Therapeutenpersönlichkeit werden. Das erscheint lt. Therapieforschung wichtiger für die Wirksamkeit seiner Behandlungen zu sein als vermeintlich objektive Vorzüge der einen oder anderen Methode.

Das Argument der Eingeschränktheit der Methoden relativiert sich, wenn man bedenkt, dass man bei jedem Erlernen einer neuen Fähigkeit erst „am Text klebt“, an der schrittweisen Umsetzung der Regeln. Wenn man im neuen Feld mehr Übung hat, beginnt man – genug Souveränität vorausgesetzt – ohnehin zu variieren. Bei wachsender Berufspraxis wird man freier in seinen Interventionen und lässt sich dabei auch von anderen Therapiemethoden oder Forschungsergebnissen anregen. Gleichzeitig lernt man sicherer mit Grenzen eigenen therapeutischen Handelns umzugehen, Indikationen für das eigene Therapieverfahren kritisch zu hinterfragen, eigene Begrenztheiten beim Zugang zu manchen Patienten zu akzeptieren. Allumfassende Psychotherapieausbildung mag demgegenüber ein „Omnipotenz-Gefühl“ befördern, bei „allumfassender“ Ausbildung zu glauben „alles zu können“.

Auch innerhalb der Verfahren entwickeln sich im Rahmen der praktischen Anwendung schrittweise erhebliche Veränderungen. Beispielsweise hat die Psychoanalyse durch die Strukturierungen der PT – Richtlinien erhebliche Anwendungserweiterungen erfahren: im Praxisalltag wird inzwischen überwiegend modifiziert behandelt. Und die Ausbildungsbedingungen durch das Psychotherapeutengesetz setzen weitere ändernde Einflüsse in Gang.

Derzeit erscheint ein Aufgeben der Therapiemethoden nicht möglich – vielleicht auch in Zukunft nicht wünschenswert – zugunsten einer allgemeinverbindlichen Psychotherapie. Ganz abgesehen davon, dass danach gleich wieder neue Lehrer mit neuen Lehren auftauchen würden. Wer – wie Grawe es m. E. tut – zu sehr die Einzelaspekte betont und therapeutisches und psychologisches (Erfahrungs-)Wissen und fundierte Theorieentwick-

lungen über die Bedingungsbeziehungen nicht hinreichend einbezieht, der bleibt hinter dem zurück, was hinsichtlich des state of art heute möglich ist. Es ist sicherlich Grawes Verdienst, Wirkfaktoren untersucht und systematisiert zu haben, die Sicht ihrer Bedingungsbeziehungen und ihre adäquate Vermittlung in der Praxis kann jedoch sehr unterschiedlich ausfallen – gerade auch von den unterschiedlichen Sichtweisen der Verfahren aus. Und das ist belebend für Theorie und Praxis der Psychotherapie. Systematische methodengeleitete Theoriebildung und evidenzbasierte Überprüfung von Annahmen können einander nicht ersetzen, sie stehen in einem Ergänzungsverhältnis: Theoriebildung ohne empirische Kontrolle wird spekulativ, evidenzbasierte Empirie ohne Einbindung in eine umfassendere erfahrungsgestützte Theorie wird seelenblind.

NORBERT BOWE

ICD-10-GM: Wozu?

Anhaltspunkte für Über- und Unterschätzungen des diagnostischen Spektrums gemäß ICD-10 GM in der ambulanten Psychotherapie

Teil 1



Benedikt Waldherr

Einführung

Im Koalitionsvertrag der neuen Regierung steht als eines der Kernziele im Bereich der GKV bei der Weiterentwicklung der Vergütungssysteme, den Krankheitsbezug zu einem zentralen Steuerungsfaktor auszubauen. Auch

wenn dieser Punkt sicher nicht an erster Stelle der Agenda der neuen Regierung zu finden ist, so ist darin doch die Fortführung der Arbeit an den morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumina (RLV) umschrieben.

Die Diskussion um die morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumina stellt notwendigerweise auch die ICD-10-GM-Verschlüsselung im gesamten Bereich der ambulanten Medizin auf den Prüfstand. Wenn in Zukunft anhand der Morbidität ausgedrückt in ICD-10-GM Diagnosen die Honorarverteilung gesteuert wird, dann verändern sich zwei Dinge grundlegend:

Erstens wird die Erstellung einer Diagnose zu einem honorarrelevanten Akt, wie die Abrechnung einer Behandlungsleistung. Das heißt, sie muss nachprüfbar und nachweisbar korrekt erstellt werden. Bewusstes Verändern einer Diagnose um Honoraranteile zu gewinnen wird früher oder später zu einer Art Vergehen wie vielleicht Urkundenfälschung oder Abrechnungsbetrug werden.

Zweitens wird man aus Eigeninteresse bemüht sein müssen, alle behandlungsrelevanten Diagnosen vollständig und richtig zu erfassen. Das Behandlungsspektrum der eigenen Praxis und der eigenen Fachgruppe müssen gegenüber den KVen und den Krankenkassen transparent und fundiert dargestellt werden können.

Dabei muss einerseits der Datenschutz wie bisher gegenüber den Patienten beachtet, andererseits aber auch dargelegt werden, welcher Anteil der in der Gesellschaft vorhandenen Morbidität von der eigenen Fachgruppe behandelt wird, um Honoraransprüche zu begründen.

Die Gewährleistung des Datenschutzes und das berechtigte Eigeninteresse an der Darstellung des eigenen Behandlungsspektrums treten damit in Konkurrenz zueinander. Im Bereich der Psychotherapie stellt dies alle Behandler in einen besonderen ethischen Konflikt, weil Diagnosen aus dem Kapitel F des ICD-10-GM für den betroffenen Patienten negative Folgen haben können.

Diesen Konflikt möglichst angemessen zu lösen und das Diagnoseverhalten der eigenen Berufsgruppe den neuen Gegebenheiten anzupassen, diesem Ziel dient auch dieser Artikel. Wir werden in lockerer Folge weitere Fortsetzungsartikel zur Diagnoseverschlüsselung nach der ICD-10-GM im *bvvp*-Magazin abdrucken. Zum einen, um das Thema über einen längeren Zeitraum im Bewusstsein von uns allen zu halten. Zum anderen sollen bestimmte Defizite der ICD-10-GM-Verschlüsselung in unserer Berufsgruppe angesprochen werden.

Diagnose-Reliabilität als Ziel

Weil die Reliabilität der ICD-10-GM Diagnosen in allen Fachgruppen verbesserungsbedürftig ist, bietet auch der bvvp Diagnoseseminare an. Diese kleine Artikelserie soll als Ergänzung der Seminare und zum Nachlesen dienen.

Dass die Diagnosequalität übrigens in allen Fachgebieten der Medizin zu verbessern ist, haben inzwischen auch einige KVen erkannt. Auch sie wollen sich des Themas annehmen. Die KV Bayern beispielsweise plant demnächst ihren Mitgliedern mit der Abrechnung Rückmeldung darüber zu geben, in welchem Verhältnis sich die Diagnosen der einzelnen Praxis zum Spektrum der jeweiligen Arztgruppe, der die Praxis zuzuordnen ist, verhält. Den Ärzten und Psychotherapeuten soll so eine grobe Übersicht gegeben werden um einzuordnen zu können, wo sie selbst mit dem von Ihnen behandelten Diagnosespektrum innerhalb ihrer Fachgruppe stehen.

Aus solchen vergleichenden Informationen kann jeder für sich wichtige Erkenntnisse gewinnen, z.B. wenn eine Diagnose besonders häufig im eigenen Praxisspektrum behandelt wird und vielleicht häufiger behandelt wird als in der eigenen Fachgruppe.

Zum einen werden in diesen Statistiken Spezialisierungen auf ein bestimmtes Störungsbild zum Ausdruck gebracht. Es kann aber im Gegenzug auch bedeuten, dass man unbewusst an wenige bestimmte Diagnosen gewöhnt ist und diese deshalb häufiger vergibt. Andere Diagnosen können dabei leichter übersehen werden. Der Vergleich mit der eigenen Fachgruppe kann also blinde Flecken in der diagnostischen Sichtweise offenbaren.

Deshalb könnten künftig, wenn die morbiditätsgestützten Regelleistungen Realität werden, auch die Prävalenzraten einzelner Diagnosen in der Bevölkerung als Bezugsrahmen der Diagnosevergabe an Bedeutung gewinnen. Prävalenzraten von Diagnosen werden schon länger bei verschiedenen Diagnosen im DSM-IV angegeben, um dem Diagnostiker Hilfestellungen zu geben, wie häufig eine Krankheit in einer bestimmten Population vorkommt bzw. erwartet werden muss. Allerdings fehlen in der ICD-10-GM bisher Angaben zur Prävalenzrate.

Weil es Spezialisierungen in den einzelnen Praxen gibt und geben wird, kann man auch künftig eine einzelne Praxis nicht wirklich auf ein durchschnittliches Spektrum der häufigsten Diagnosen festlegen. Spannend und bedenkenswert wird es aber sein, wenn Praxen grundsätzlich nur ein oder zwei Diagnosebilder behandeln.

Noch spannender wird aber sicherlich aus Sicht der Krankenkassen die Frage werden, wenn in einer Fachgruppe wesentlich mehr Erkrankungen eines Diagnosespektrums behandelt werden als nach den Prävalenzraten zu erwarten wäre.

Man kann sich selbst schon jetzt die Frage vorlegen, was es bedeutet, wenn z. B. die erwartbare Prävalenzrate eines Patientenkollektivs z.B. bezogen auf die Alkoholabhängigkeit in der eigenen Praxis nicht widerspiegelt wird. Generell kann es interessant sein, wie sich die der relevanten psychischen Diagnosen in der eigenen Praxis vorfinden.

Zu den Abhängigkeitsstörungen aus dem Kapitel F1

Zum Kapitel F1, den Abhängigkeitsstörungen, ist grundsätzlich zu sagen, dass diese Diagnosen allein schon deshalb in unseren Praxen weniger häufig auftauchen, weil schwere Abhängigkeitserkrankungen strukturell stationär zu behandeln sind.

Deshalb ist gerade die Alkoholabhängigkeit eine Diagnose, die im ambulanten Setting seltener und eventuell auch ungern gestellt wird. Andererseits sind Abhängigkeitserkrankungen und Substanzmissbrauch die Störungsgruppen mit den höchsten Komorbiditätsraten zu anderen psychischen Störungen wie PTBS, Angststörungen und Depressionen. Bei depressiven Erkrankungen beispielsweise liegt die Komorbidität mit Störungen aus dem Kapitel F1 in verschiedenen Studien bei 30% bis 60% der depressiv Erkrankten. In einzelnen epidemiologischen Untersuchungen hatte jeder 2. depressiv Erkrankte auch ein ernstes Problem mit psychotropen Substanzen.

Es sind weitreichende Konsequenzen damit verbunden, wenn das Vollbild einer Alkoholabhängigkeit zu diagnostizieren ist. In der Regel ist dieses Krankheitsbild keine Indikation für eine ambulante Psychotherapie. Gemäß der PT-Richtlinien und in den Einschätzungen der Gutachter wird zunächst eine stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung vorausgesetzt, bevor eine ambulante Psychotherapie genehmigt wird. Vielleicht einer der Gründe, warum sich die Kolleginnen und Kollegen eher scheuen, eine Diagnose aus dem Kapitel F1 (Störungen durch Psychotrope Substanzen) häufiger zu verwenden. Dennoch ist es wichtig daran zu denken, bei einer Depression oder PTBS nach Suchtanteilen zu suchen. Dabei ist nicht nur Alkohol in den Focus zu stellen. Auch Medikamente wie Schlafmittel und Tranquillizer sowie andere Stoffe mit Suchtpotential werden häufig im Sinne einer Selbstmedikation verwendet.

Bei einer Diagnose aus dem Kapitel F1 ist daran zu denken, dass auch nur ein Missbrauch oder eine gegenwärtig abstinente Phase zu diagnostizieren sein kann. Alkoholmissbrauch (F10.10) oder abstinente Phase einer Alkoholabhängigkeit (F10.20) als Zusatzdiagnosen lösen nicht eine generelle Ablehnung eines Richtlinienantrages aus. Wie bei allen psychotropen Substanzen lassen sich mit der 4. und 5. Stelle also den Ziffern nach dem Punkt verschiedene Ausprägungsgrade eine Abhängigkeitsstörung erfassen.

Wenn man noch den schädlichen Gebrauch nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen, wie sie im Kapitel F5 aufgelistet sind, hinzunimmt, gibt es eine Reihe weiterer Diagnoseziffern, die von uns kaum benutzt werden. In der Regel werden diese oft latenten Abhängigkeiten aber in der Therapie mitbearbeitet. Antidepressive Medikamente selbst (F55.0), Laxanzien (F55.1), Analgetika (F55.2), Antazida (F55.3), Vitaminpräparate (F55.4), Steroide und Hormone (F55.5), Pflanzen und Naturheilmittel (F55.6) und sonstige Substanzen (F55.8) werden häufiger missbraucht, als vermutet. Es scheint geboten, die Exploration auch in diese Richtung zu lenken, um vorhandene Komorbiditäten zu erfassen und diagnostisch zu sichern.

Aus dem gleichen Grund sollten wir uns auch nicht scheuen, eine vorhandene Tabakabhängigkeit zu hinterfragen und gemäß ICD-10-GM zu diagnostizieren. Auch für die Tabakabhängigkeit ist eine eigene Diagnoseziffer vorhanden, die unter dem Aspekt der Krankheitsfolgekosten von Langzeitrauchern betrachtet nicht zu vernachlässigen ist. Im ICD-10-GM findet sich die Nikotinabhängigkeit unter F17.2.

Die Diagnose F17.2 wird bei vielen Patienten mit psychischen Erkrankungen leicht übersehen, auch wenn eine starke Abhängigkeit besteht. Man ist sich zuwenig klar darüber, dass es eine ernsthafte Erkrankung mit schweren Folgeerkrankungen wie z.B. COPD oder Raucherbein ist. Die Diagnose der Nikotinabhängigkeit empfiehlt sich, wenn ein Patient stark raucht, auch wenn der Patient selbst die Rauchentwöhnung nicht primär als Therapieziel benennt.

Komorbidität und Multimorbidität

Von Komorbidität spricht man im Übrigen immer dann, wenn mehr als eine Diagnose aus dem Kapitel F, also den psychischen Erkrankungen, vorhanden ist. Wenn auch noch eine Morbidität im somatischen Bereich besteht, dann spricht man von Multimorbidität. Deshalb ist auch der Blick in diese Richtung zu schärfen. Häufig sind somatische Grund-

derkrankungen mit psychischen Störungen verknüpft. Hier sind z.B. onkologische Krankheiten, Rheuma, Asthma oder somatoforme Schmerzzustände zu nennen.

Die Multimorbidität der Patienten in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis ist einer der Faktoren, der ebenfalls häufig diagnostisch unterschätzt wird. Dennoch sollten wir aber deutlich machen, in welchem Umfang wir tatsächlich vorhandene Morbidität mitbehandeln. Nicht zuletzt ist bei vielen multimorbiden Syndromen wie z.B. Übergewicht bei Diabetes mellitus der Einfluss der Psychotherapie auf gesundheitsförderndes Verhalten groß. Die Behandlung der somatischen Begleiterkrankung stellt einen wichtigen Beitrag zur Sekundärprävention dar, der von uns transparent gemacht werden sollte. Wir tun auch hier gut daran, vollständig zu diagnostizieren und somatische Erkrankungen mit zu erfassen, soweit sie in der Psychotherapie relevant sind.

Andererseits gibt es auch Kollegen, die jegliche Erkrankung als psychisch verursacht betrachten. Deshalb ist zu beachten, dass nur solche Erkrankungen von uns diagnostiziert werden, die für uns auch behandlungsrelevant sind. Hier sollten wir also auf gar keinen Fall inflationär diagnostizieren, sondern eben das nötige und realistische Maß an Diagnosen im Auge behalten.

Notwendige ICD-10-GM Hilfen und Termine

Im Übrigen sei auch darauf hingewiesen, dass die ICD-10-GM z.B. in der offiziellen WHO Druckversion (erschienen im Hans Huber-Verlag, Bern) im Kapitel F psychische und Verhaltensstörungen (F 00 bis F 99) über ausführliche und gut lesbare Fliesstextanteile verfügt. Sind in den somatischen Kapiteln der ICD-10-GM nur die Kodierungen sowie der Name einer Erkrankung aufgeführt, so sind im Kapitel F (F 00 bis F 99) viele Erklärungen, Zusammenhänge und Hintergrundinformationen zur Diagnoseerstellung enthalten. Vieles erschließt sich beim Lesen der Symptombeschreibungen von selbst.

Deshalb sollte eine aktuelle Druckversion zum Nachlesen und Nachschlagen in keiner Psychotherapeutenpraxis fehlen. Eine gute PDF-Datei für die Internet-User unter Ihnen, die kostenlos per Download auf Ihren PC

gespeichert werden kann, findet sich auf der Homepage, des DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Informationsvermittlung).

Kollegen und Kolleginnen, die sich insgesamt unsicher sind, können auf spezifische Fragebogensysteme wie z.B. die ICD-10-GM Checklisten aus dem Verlag Hans Huber Bern (ISBN 3-456-82615-X) zurückgreifen. Diese Sammlung von Fragebögen ist zwar mit etwa 170,- Euro nicht gerade billig, erleichtert aber die störungsspezifische Diagnosestellung. Hier ist zu den wichtigsten Diagnosen des Kapitels F ein kleiner Fragebogen enthalten, der auf zwei DIN A 4 Seiten die Ziel führenden Fragen komprimiert und gleichzeitig als Dokumentation für die Diagnoseerstellung in der Patientenakte aufbewahrt werden kann.

Bei der Suche nach Komorbiditäten und vor allem Multimorbidität kann der ICD-10-GM Thesaurus wertvolle Dienste leisten. Hier findet man in alphabetischer Form alle Erkrankungen unter verschiedenen Stichworten samt dazu gehöriger ICD-10-GM Kodierung. Für die häufigsten und wichtigsten psychosomatischen Krankheiten findet sich im Anhang der offiziellen WHO Druckversion eine übersichtliche Auflistung. Seltene körperliche Erkrankungen können im Thesaurus gefunden werden.

Darüber hinaus sei darauf verwiesen, dass die bvvp-Landesverbände derzeit sehr bemüht sind, ICD-10-GM-Schulungskurse anzubieten. Ziel der Kurse ist es, an Fallbeispielen die Diagnoseerstellung zu üben und gemeinsam im kritischen Dialog zu hinterfragen. Dabei werden auch Ausschlussdiagnosen bzw. Differenzialdiagnosen zu diskutieren sein.

Die nächsten Termine im Jahr 2006 stehen jetzt schon fest: in Berlin am 25.01.2006, in Halle am 26.01.2006, in Dresden am 27.01.2006, in Weimar am 28.01.2006, in Würzburg am 04.02.2006, in Regensburg am 18.02.2006, in Augsburg am 01.04.2006 und in Nürnberg am 29.04.2006.

Wegen der genauen Örtlichkeiten und Anfangszeiten beachten Sie bitte die jeweiligen Einladungen der betreffenden bvvp-Landesverbände oder wenden Sie sich an deren Geschäftsstellen.

BENEDIKT WALDHERR

Besuchen Sie auch unsere Homepage:

www.bvvp-magazin.de

- Kleinanzeigen aufgeben und lesen
- Alte Ausgaben downloaden
- Zukünftige Ausgaben abonnieren
- Veranstaltungen gratis ankündigen

IMPRESSUM

Herausgeber: Der Vorstand des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp)

bvvp-Geschäftsstelle: Schwimmbadstraße 22, 79100 Freiburg, Tel.: 0761-7910245, Fax: 0761-7910243, E-Mail: bvvp@bvvp.de, Homepage: www.bvvp.de

Verantwortlich für den Gesamtinhalt im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen: Martin Klett, AKJP, Erasmusstr. 16, 79098 Freiburg, Tel.: 0761-278089, E-Mail: MartinKlett@t-online.de

Redaktion Bundesvorstand: Martin Klett, Erasmusstr. 16, 79098 Freiburg, Tel.: 0761-278090, Fax: 07664-600451, E-Mail: MartinKlett@t-online.de; Dr. med. Hanna Simon, Birmöhler Str. 7, 24576 Bramstedt, Tel.: 04192-7388, Fax: 04192-85143. E-Mail: dr.hanna.simon@dri.de

Redaktion Regionalverbände: Martin Klett, Erasmusstr. 16, 79098 Freiburg, Tel.: 0761-278090, Fax: 07664-600451, E-Mail: martinklett@t-online.de

Redaktion Schwerpunkt, Rezensionen und Sonstiges: Dipl.-Psych. Ursula Neumann, Trotbergstraße 13, 77704 Oberkirch-Bottenau, Tel.: 07802-981563, Fax 07802-981565, E-Mail: ursula-neumann@gmx.de, Dr. med. Ursula Stahlbusch, Ernsdorferstr. 50, 83209 Prien, Tel.: 08051-63502, Fax: 08051-966065, E-Mail: ursula.stahlbusch@t-online.de; Dr. med. Rüdiger Hagelberg, Eimsbüttler Straße 53-55, 22769 Hamburg, Tel.: 040-4305599, E-Mail: R.Hagelberg@web.de; Ortwin Löwa, Hermann-Behn-Weg 20, 20146 Hamburg, Tel. u. Fax: 040-448429, E-mail: oloewa@gmx.de

Referat Dienstleistungen im bvvp: Manfred Falke, Triftstr. 33, 21255 Tostedt, Tel.: 04182-21703, Fax: 04182-22927, E-Mail: vpnds@bvvp.de

Verlag: Copernicus Gesellschaft mbH, Max-Planck-Str. 3, 37191 Katlenburg-Lindau – Projektleitung: Michael Koschorreck

Satz: Selignow Verlagsservice Berlin, www.selignow.de

Druck, Bindung, Versand: druckhaus köthen GmbH, 06366 Köthen

Anzeigen: Copernicus Systems + Technology GmbH, Kreuzbergstr. 30, 10965 Berlin

Anzeigenhotline für Beilagen und gestaltete Anzeigen: 030-6090296-0, Fax: 030-6090296-22 (Herr Selignow)

Kleinanzeigen, Neuerscheinungen und Veranstaltungsanzeigen: Online-Buchungssystem www.bvvp-magazin.de

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 5, Erscheinungsweise: vierteljährlich

Das nächste Heft erscheint am 08.04.05 (Redaktionsschluss: 01.03.05)

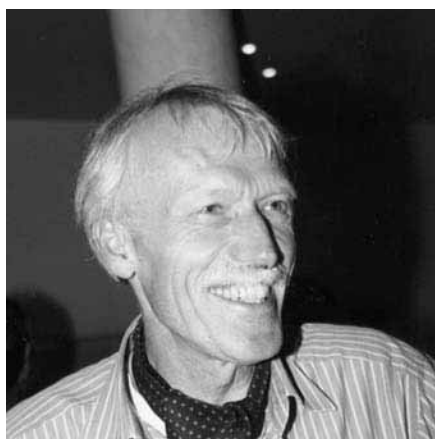
ISSN-Nummer: 1683-5328

Die Zeitschrift ist für Mitglieder der Regionalverbände des bvvp im Mitgliedsbeitrag enthalten. Einzelverkaufspreis 6 €.

Bei Einsendungen an die Redaktion wird, wenn nichts anderes vermerkt, das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Auszugsweiser Textabdruck ist mit Quellenangabe gestattet.

Auf unserer homepage www.bvvp-magazin.de können Sie Hefte bestellen, Beiträge älterer Hefte herunterladen, Anzeigen aufgeben und noch einiges andere mehr. Schauen Sie mal rein! Bitte besuchen Sie auch die bvvp-Homepage www.bvvp.de. Während wir «fürs Grundsätzliche» zuständig sind, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung.

Stehen Sprechstundenpraxis und Psychosomatik vor dem Aus ?



Michael Knoke

Die mit dem neuen EBM eingeführten RLV haben alle Psychotherapeuten zu Recht aufgebracht, weil Diagnostik und probatorische Sitzungen, welche aus gutem Grund Bestandteil der Richtlinienpsychotherapie sind, da sie die Grundlage für eine Behandlung lege artis darstellen, nur noch zu einem Bruchteil vergütet werden. Besonders betroffen von dieser restriktiven Wirkung sind Praxen mit einem hohen Anteil an nicht genehmigungspflichtigen Leistungen, da sie die entstehenden Honorarausfälle nicht bzw. nur ungenügend mit dem Honorar aus gestützten Leistungen kompensieren können, es sei denn sie geben die Besonderheit ihrer Praxisstruktur auf und stellen ihr Praxisprofil auf Psychotherapie im Rahmen des Antragsverfahrens um. Ebenso betroffen sind aber auch Praxen somatischer Fächer mit psychosomatischem Schwerpunkt. Bei ihnen fallen durch die generell niedrigeren Fallpunktzahlen ihrer Fachgruppen bei der Quartalsabrechnung eher noch mehr psychotherapeutische Leistungen der Leistungskürzung zum Opfer.

Begriffsbestimmung

Manche Inhaber psychotherapeutischer Sprechstunden-Praxen bezeichnen ihren Praxistyp gern als "Versorgungspraxen", weil von ihnen nicht nur eine relativ hohe Anzahl von Patienten psychotherapeutisch diagnostiziert und behandelt wird, sondern unter diesen

auch ein hoher Anteil von Patienten zu finden ist, für die aus diversen Gründen eine Richtlinienpsychotherapie nicht in Frage kommt, die aber irgendwie "versorgt" werden müssen.

Viele Psychotherapeuten, vor allem Psychoanalytiker, haben mit der Beanspruchung einer solchen Begrifflichkeit von Seiten der "Versorger" kaum Probleme, weil ihnen der Gedanke, ihre Patienten zu versorgen, fern und die Selbstverantwortung des Patienten an oberster Stelle steht. Andere dagegen fühlen sich durch eine solche Begriffsbildung diskriminiert, da sie doch auch zur psychotherapeutischen Versorgung beitragen. Daher ziehe ich für diesen Praxistyp auch die Bezeichnung Sprechstundenpraxis vor.

Andere schließlich bestreiten die Notwendigkeit eines Behandlungsbedarfs jenseits von Richtlinienpsychotherapie. Sie befürchten von der Etablierung einer Psychotherapie unterhalb der Anforderungen einer Richtlinienpsychotherapie das Unterlaufen und damit die allmähliche Aushöhlung der Richtlinienpsychotherapie.

Anerkennung des Faktischen

Auch wenn es gar nicht einfach ist, zu definieren, was Sprechstunden-Praxen kennzeichnet, steht fest, dass sich ein solcher Praxistyp herauskristallisiert hat und offenbar auch Anklang bei Patienten und Überweisern findet. Es erscheint daher sinnvoller, die Frage aufzuwerfen, ob sich für diese Besonderheit gute Gründe finden lassen, als allen Psychotherapeuten aufzuerlegen, nur oder ganz überwiegend Richtlinienpsychotherapie zu erbringen.

Ein guter Grund könnte z.B. sein, dass die viel beschworenen Patienten, die jahrelang in den Praxen der somatischen Fachgruppen fehlallokiert sind, nach der erforderlichen Diagnostik, probatorische Sitzungen ggf. eingeschlossen, einer adäquaten anderen Behandlung zugeführt werden, sofern Richtlinienpsychotherapie nicht indiziert ist. Der professionelle Umgang mit Erstinterview und dem Instrument der probatorischen Sitzungen sollte dabei gewährleisten, dass Richtlinienpsychotherapie nicht einfach aus Gründen der Bequemlichkeit umgangen wird. Dagegen sollte Bestrebungen widerstanden werden, durch die Festlegung aller Psychotherapeuten auf Richtlinienpsychotherapie einen professionellen Umgang mit Erstinterview und probatorischen Sitzungen gewährleisten zu wollen.

Zwar sollten alle Vertragspsychotherapeuten die Vorrangstellung der Richtlinienpsychotherapie vor allen anderen Behand-

lungsformen anerkennen, insofern Richtlinienpsychotherapie bei entsprechender Indikation, welche häufig genug gegeben ist, die einzig adäquate Behandlungsform darstellt und darum auch nicht vorenthalten werden darf; wer aber eine besondere Neigung dazu spürt, sich vorwiegend diagnostisch und überweisend zu betätigen bzw. solchen Patienten zuzuwenden, welche erst noch der Motivierung zur Richtlinienpsychotherapie bedürfen oder mit Richtlinienpsychotherapie überfordert sind, sollte nicht daran gehindert werden, sofern kein Zweifel an seiner professionellen Sorgfalt gegeben ist. Sollten Zweifel bestehen, bedarf es anderer Mittel, um eine Klärung herbeizuführen und ggf. Professionalität wieder herzustellen.

Plädoyer für Spezialisierung und Arbeitsteilung

Funktionstüchtige Organisationen zeichnen sich durch gelungene Arbeitsteilung auf, welche voraussetzt, dass Spezialisierungen zugelassen, Rollen klar definiert und die Bereitschaft zur Kooperation gegeben sind. Warum sollen Patienten und Psychotherapeuten nicht von einer gelungenen Arbeitsteilung zwischen stationärem und ambulanten Sektor, bzw. von einem ambulanten Sektor profitieren, in dem verschiedene Typen von Praxen miteinander kooperieren?

Der neue EBM ist gekennzeichnet von zunehmender Spezialisierung, die allerdings den gravierenden Nachteil hat, dass die einzelnen Fachgruppen scharf voneinander geschieden werden. Grenzgänger, die bisher darauf spezialisiert waren, in ihrer Tätigkeit verschiedene Disziplinen zu verbinden, finden sich abrechnungstechnisch plötzlich im Niemandsland zwischen den Disziplinen wieder. Sie dürfen zwar weiter so arbeiten wie bisher, erhalten ihre durchaus sinnvolle Tätigkeit jedoch im doppelten Sinn des Wortes nicht honoriert. Das gilt sowohl für die Betreiber der beschriebenen sogenannten psychotherapeutischen Versorgungspraxen als auch für Ärztinnen und Ärzte in den somatischen Fächern, die sich der Psychosomatik verschrieben haben. Auch sie werden, bezogen auf ihre psychotherapeutische Tätigkeit, durch die RLV so eingeschnürt, dass sie nicht mehr adäquat honoriert werden.

Eine solche Entwicklung kann der großen Mehrheit der Richtlinien-Psychotherapeuten schon deshalb nicht gleichgültig sein, weil sowohl die psychotherapeutischen Sprechstundenpraxen als auch die psychosomatischen Praxen in den somatischen Fachge-

bieten eine wichtige Rolle bei der Diagnostik und Zuweisung potentieller Psychotherapie-Patienten spielen. Hinzu kommt, dass in Zeiten knapper Kassen und der damit einhergehenden Bestrebungen zur Leistungseingrenzung eine Einbuße an Differenzierung schnell auch die Richtlinientherapie betreffen kann. Zu beantworten bleibt daher die Frage, wie der Erhalt der psychotherapeutischen Sprechstundenpraxen bzw. der psychosomatischen Praxen in den somatischen Fachgruppen im derzeitigen Honorarsystem am besten zu gewährleisten ist.

Modell zur adäquaten Vergütung von Psychosomatik und niederschwelliger Psychotherapie

Ein richtungsweisendes Modell für den Erhalt psychosomatischer Praxen in der somatischen Medizin könnte ein Honorierungssystem sein, in dem die Psychosomatik nicht durch Vergütung von Psychotherapie-Leistungen i. e. S., sondern durch eine generelle Anhebung der Punktzahl für Grundleistungen wie Ordinationskomplex und Konsultationskomplex bei adäquater Begrenzung der maximalen Fallzahl einer Praxis honoriert werden. Damit einhergehen müsste eine entsprechende Anhebung der Fallpunktzahlen. Alternativ dazu käme die Möglichkeit in Betracht, die Fallpunktzahl um die Punktzahl von jeweils ein bis zwei psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Gesprächen zu erhöhen. Voraussetzung wäre in beiden Fällen die Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnungen Psychotherapie, fachgebundene Psychotherapie oder (vielleicht in Zukunft) fachgebundene Psychosomatik. Ein solches Vergütungssystem entspräche auch der ursprünglichen Auffassung von der Psychosomatik als integraler Tätigkeit, bei der der Behandler sich nicht in einen Arzt und einen Psychotherapeuten aufteilt.

Für psychotherapeutische Sprechstundenpraxen könnte ein solches Modell richtungsweisend sein, weil ihr Grenzgängertum darauf beruht, Charakteristika der psychotherapeutischen sowie der ärztlichen Praxis miteinander zu verbinden. Charakteristisch für die psychotherapeutische Praxis ist das streng zeitgebundene Gespräch, in der Regel im Stundentakt über einen längeren Zeitraum hinweg, während ärztliche Praxen durch das Prinzip der weniger strikt getakteten Sprechstunde gekennzeichnet sind, in der der Arzt in wesentlich kürzerer Zeit versuchen muss,

das Wesen der Krankheit seines Patienten zu erfassen und zu behandeln.

Eine psychotherapeutische Praxisorganisation, die derjenigen einer somatischen Praxis ähnelt, ist (neben den psychosomatischen Praxen in den somatischen Fachgebieten) dazu geeignet, für solche Patienten, die davor zurückschrecken bzw. nicht daran denken würden, eine typische Psychotherapiepraxis aufzusuchen, die Hemmschwelle herabzusetzen. (Dieses Prinzip des leichten Zugangs dürfte auch bei der Namensgebung für die Niederschwellige Psychotherapie Pate gestanden haben, die von psychotherapeutischen Sprechstundenpraxen vermutlich häufiger angewandt wird. Freilich ist nicht auszuschließen, dass der eine oder andere Psychotherapeut bei niederschwelliger Psychotherapie argwöhnisch oder erfreut an den Wegfall der Schwelle Antragspflicht denkt.)

Analog zu den psychosomatischen Praxen in den somatischen Fächern sollten bei diesem Praxistyp entweder die Grundleistungen aufgewertet oder die Restriktion der kleinen Ziffern gelockert und die Fallpunktzahl jeweils erhöht werden. Allerdings sollten mit Hinblick auf den Sprechstundencharakter der Praxis die 10-Minuten-Gespräche nicht beliebig oft aneinandergereiht werden dürfen. Das Maximum sollte bei 20, höchstens 30 Minuten liegen, um den Unterschied zur Richtlinienpsychotherapie zu gewährleisten. Der Punktwert könnte dann durchaus das Niveau der Richtlinienpsychotherapie erreichen, da die Anforderung, die es mit sich bringt, viele Patienten in kurzen Zeiteinheiten adäquat zu behandeln, eine entsprechende Honorierung verdient.

Erstmaßnahmen

In einem solchen Honorierungssystem könnte sich der einzelne Behandler je nach Indikation im jeweiligen Fall entscheiden, ob er die kleinen Gesprächsziffern oder probatorische Sitzungen in Anspruch nehmen will. Um die adäquaten Fallpunktzahlen zu ermitteln, sollte zunächst eine bundesweite Erhebung der vor dem neuen EBM abgerechneten Leistungen in psychotherapeutischen Sprechstundenpraxen sowie in psychosomatischen Praxen somatischer Fachgruppen vorgenommen und die durchschnittlichen FPZ ermittelt werden. Erforderlichenfalls sind Differenzierungen zwischen den angestammten Fachgruppen vorzunehmen.

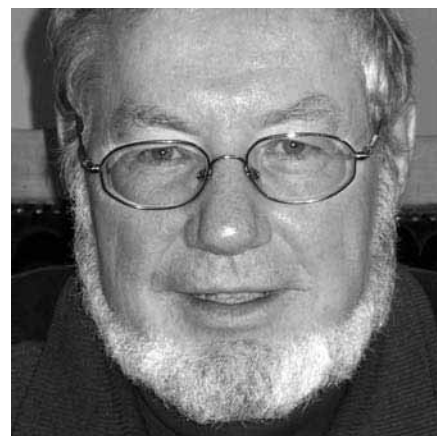
Zuallererst bedarf es aber eines Problembewusstseins in allen relevanten psychothe-

rapeutischen Verbänden über das drohende Wegbrechen wichtiger Bestandteile der psychotherapeutischen Versorgung. Der nächste Schritt wäre dann eine konzertierte Aktion auf Bundesebene zu deren Rettung. Die Voraussetzungen sind nicht ungünstig angesichts des soeben beschlossenen Zusammenschlusses von DGPM und AÄGP, der aber in dieser Angelegenheit vor allem von Seiten des größten Verbandes der niedergelassenen Psychotherapeuten, dessen Mitgliederverbände Psychotherapeuten aller Eingangsberufe organisieren, des Angebots zur Kooperation oder gar des Anstoßes bedarf.

MICHAEL KNOKE

Nervenarzt und Arzt f. Psychoth. Medizin. Mitbegründer und langjähriger Vorsitzender des Verbands der Vertragspsychotherapeuten Nordbaden. Seit 2005 ärztl. Vorsitzender des Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KV Baden-Württemberg.

Konzept der psychotherapeutischen Versorgung



Peter Weyland

Die psychotherapeutische Tätigkeit als Vertragspsychotherapeut ist ein wesentlicher Faktor in der vertragsärztlichen/vertragspsychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Sie orientiert sich an den gesellschaftlichen Notwendigkeiten und den wirtschaftlichen Gegebenheiten unseres Gesundheitswesens.

A. Inhaltlich

1. Neben dem hippokratischen Eid, dem die Ärzte verpflichtet sind, gilt für alle Psy-

chotherapeuten die medizinethische Förderung des *Vertragsmodells*:

Demnach ist die Entscheidung des Betroffenen letztgültige Instanz der Sittlichkeit und Zulässigkeit für eine Behandlung (= *informed consent*):

Das Vertragsmodell beinhaltet vier Prinzipien:

- Autonomie des Patienten
- Prinzip des Nicht-Schadens
- Prinzip des Wohlwollens
- Prinzip der Gerechtigkeit

2. Die Indikationen für die psychotherapeutische Praxis sind neben Psychoneurosen, Persönlichkeitsstörungen und Süchten auch psychosomatische Erkrankungen und die Hilfe bei der Bewältigung schwerer Lebenskrisen und schwerer körperlicher Erkrankungen (z. B. in der Psychoonkologie) sowie die Psychotraumatologie.
3. Die Richtlinienverfahren bilden die wesentliche Grundlage für die Behandlung von Psychoneurosen und Persönlichkeitsstörungen im Rahmen der genehmigungspflichtigen Psychotherapie. Die Suchtbehandlung erfordert ein eigenes Verfahren, das sich zuweilen von den Verfahren der Richtlinienverfahren ableiten lässt.
4. Psychosomatik, Psychoonkologie, Psychotraumatologie und die psychotherapeutische Hilfe bei der Bewältigung schwerer Krisen und Krankheiten benötigen ein breites Spektrum psychotherapeutischer Methoden und Techniken, das weit über die Richtlinienverfahren hinausgeht. Es geht um Methoden und Techniken, die nur selten im aufdeckenden Sinne eingesetzt werden sondern zumeist stabilisierend, stützend und erst im fortgeschrittenen Stadium konfrontierend eingesetzt werden. Es sind im Wesentlichen ressourcenorientierte Verfahren, imaginative Techniken, zuweilen auch psychoedukatives Vorgehen wie z. B. in unterstützenden Coping-Gruppen.
5. Averbale Verfahren, z. B. Musiktherapie, Gestaltungstherapie, Sport und Bewegungstherapie etc, sind integraler Bestandteil der stationären Psychotherapie, haben aber noch nicht Eingang in die psychotherapeutische Praxis gefunden. Ihr Einsatz ist nur möglich durch intensive Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen anderer Berufsgruppen und durch Vernetzung und Integration in die lokalen Versorgungsstrukturen.

B. Organisatorisch

1. Im Sinne gegenseitiger Konsultation und Zusammenarbeit müssen psychotherapeutische Praxen in der Lage sein, kurzfristig Termine zur Diagnostik, Indikationsstellung und Beratung der Patienten und der behandelnden Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung zu stellen. Dieser selbstverständliche Beitrag zur kollegialen Zusammenarbeit ist nicht gleichzusetzen mit dem Beginn einer Psychotherapie, sondern als diagnostische Tätigkeit zu verstehen, wie sie von allen anderen Facharztgruppen auch gefordert wird.
2. Der Beitritt und das Engagement in regionalen Versorgungsnetzen ist im Sinne der Integration auch für psychotherapeutische Praxen ein weiterer wichtiger Schritt, die Psychotherapie in die regionale Versorgung zu integrieren.
3. Die Vertretungssituation an Wochenenden und im Urlaub ist im psychotherapeutischen Bereich schwierig zu lösen und beschränkt sich i. W. auf eine Bereitschaft zur Krisenintervention. Mit zunehmender Integration in die medizinische Versorgung müssen niedergelassene Psychotherapeuten sich an den Bereitschaftsdiensten je nach regionalen Erfordernissen beteiligen.
4. Bei der Entwicklung neuer Versorgungsformen könnten psychotherapeutische Praxen eine wesentliche integrierende Rolle spielen. Dies ist aber auch schon unterhalb der Ebene von integrierter Versorgung und Medizinischen Versorgungszentren möglich. So finden z. B. in gemeinsamen Qualitätszirkeln Psychotherapeuten eine wertvolle Möglichkeit, im kollegialen Gespräch den eigenen Horizont zu weiten und den somatisch tätigen Ärzten und Ärztinnen psychotherapeutische Aspekte im Umgang mit den Patienten zu vermitteln.
5. Es wäre wünschenswert, wenn wir Psychotherapeuten selbst in der Lage wären, uns in die bestehenden Strukturen zu integrieren und wenn nötig, (z.B. beim Bereitschaftsdienst), eigene Strukturen zu schaffen. Gelingt es uns nicht, ist es Aufgabe der KV, diese Strukturen vorzugeben.

DR. MED. PETER WEYLAND

FA Allgemeinmedizin, FA Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie und Psychoanalyse. Gründungsmitglied des vpsw im bvvp, Vorstandsmitglied der dapo (deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie).

Gesundheitsziele für Deutschland

6. Nationales Gesundheitsziel: Depressive Erkrankungen – verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln

Es ist das Verdienst der grünen Bundesgesundheitsministerin Fischer, dass die Patientenbeteiligung aus dem Gesundheitswesen heute nicht mehr wegzudenken ist. Das hat sich vor 5 oder gar 10 Jahren noch niemand vorstellen können. Andrea Fischer hatte darüber hinaus aber auch noch andere Ziele. So hat sie die Aufforderung der AOLG aufgegriffen, Gesundheitsziele für Deutschland zu definieren um in Zeiten sich damals schon abzeichnender knapper werdender Ressourcen an wesentlichen Knotenpunkten der Versorgung entwicklungsfördernde Akzente zu setzen. Voraussetzung für so ein ehrgeiziges Vorhaben ist natürlich, dass sich die maßgeblich an der medizinischen Versorgung beteiligten Akteure darüber verständigen, welches denn nun solche Knotenpunkte sind und in Folge auch darüber, wie Versorgungsverbesserungen herbeizuführen wären. Man brauchte also für die Erarbeitung dieser Gesundheitsziele ein Gremium, in dem alle relevanten Akteure im Gesundheitswesen vertreten sind und Valenzen für das Aufgreifen dieses neuen Themas vorhanden waren.

Aus den verschiedenen hochkarätigen Think Tanks im Gesundheitswesen wählte das BMG die GVG, die Gesellschaft für Versicherungswissenschaften. Die GVG, mit Sitz in Köln, wird von allen relevanten Organisationen im deutschen Gesundheitswesen getragen und arbeitet sowohl im nationalen wie im internationalen Raum. Im nationalen Bereich gibt es die Ausschüsse Alterssicherung, Ökonomische Orientierung im Gesundheitswesen, Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen – gesundheitsziele.de, eHealth/Telematik im Gesundheitswesen, Pflege/Rehabilitation und Europäische Union. International gibt es Projektarbeit im Bereich Alterssicherung, Gesundheit, Pflege/Rehabilitation, Arbeitsschutz/Unfallversicherung, Sozialer Dialog/Arbeitsmarkt und Social Inclusion/Soziale Sicherung/Equal Opportunities. Während in den Ausschüssen im nationalen Bereich Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen begleitet und gefördert werden, hat die GVG im Auftrag der Bun-

desregierung, der Europäischen Kommission, der Weltbank, der Asian Development Bank und der Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit im internationalen Bereich seit den 90er Jahren aktiv zum Umbau der Gesundheits- und Sozialsysteme in den Staaten Mittel- und Osteuropas und anderen Ländern beigetragen.

Die Erarbeitung nationaler Gesundheitsziele im Auftrag und mit Förderung des BMG wurde innerhalb der GVG dem Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ übertragen, der schon auf gewisse Vorarbeiten zurückgreifen konnte. In diesem Ausschuss unter dem Vorsitz von Dr. Rainer Hess und Dr. Herbert Rische (Vorsitzender des Steuerungskreises) arbeiten seit 1999 mehr als 70 relevante Organisationen des deutschen Gesundheitswesens zusammen. Als erstes wurden die Kriterien, anhand derer überhaupt die wichtigsten Gesundheitsziele identifiziert werden können, definiert. Man unterscheidet zwischen Gesundheitszielen, die vorrangig im Bereich der Prävention oder der kurativen Medizin anzusiedeln sind, dem Verbreitungsgrad des Problems in der Bevölkerung, besonderer Betroffenheit bestimmter Altersgruppen, dem Gender-Aspekt, man berücksichtigte auch den Umfang der durch das Gesundheitsproblem verursachten unmittelbaren und mittelbaren Kosten und bedachte die Möglichkeiten der Beeinflussung. Aus insgesamt neun aufgrund dieser Kriterien identifizierten möglichen Gesundheitszielen wählte das BMG fünf Ziele aus:

- Diabetes Mellitus Typ II:
Erkrankungsrisiko senken, Erkrankung früh erkennen und behandeln
- Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen
- Tabakkonsum reduzieren
- Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung
- Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken

Leider gehörte in diese erste Runde von Gesundheitszielen, die das BMG bat vorrangig zu erarbeiten, kein Gesundheitsziel mit Bezug zu seelischen Störungen, obwohl die enorme Zunahme psychischer Störungen und ihre vielfältigen Folgen wie auch die sehr hohen mit-

telbaren Kosten bereits bekannt waren. Das BMG sicherte zu, in einer zweiten Runde auf jeden Fall ein Gesundheitsziel zur seelischen Gesundheit zu wählen. Das geschah dann auch Anfang 2003, als der Bericht über die ersten fünf Gesundheitsziele Ulla Schmidt übergeben wurde, die das Projekt Gesundheitsziele weiter führte, aber mit weniger Publicity ausstattete als ihre Vorgängerin im Amt.

Als der Startschuss für das Gesundheitsziel Depression gefallen war, setzte der Ausschuss „Medizinische Orientierung im Gesundheitswesen“ zur Entwicklung dieses Gesundheitsziels, wie bei den anderen Gesundheitszielen auch, eine Arbeitsgruppe ein und ich hatte das Vergnügen und die Ehre, diese Arbeitsgruppe leiten zu dürfen. In den Arbeitsgruppen holt man sowohl Vertreter von Institutionen zusammen, die bei diesem Gesundheitsziel betroffen und fast immer auch Mitglieder der GVG sind, als auch Experten, die teilweise als Einzelpersonen mit hohem Engagement um der Sache willen ihre Zeit und ihr know-how zur Verfügung stellen. In der Arbeitsgruppe Depression waren knapp 30 Personen aus folgenden Bereichen vertreten:

- BMGS, Länder, Kommunen
- Bundesärztekammer
- Bundespsychotherapeutenkammer
- Kassenärztliche Vereinigung
- Fach- und Berufsverbände der Ärzte und Psychotherapeuten
- Wissenschaftler
- Private und Gesetzliche Krankenkassen
- Deutsche Rentenversicherung Bund
- Pflegewissenschaft
- Selbsthilfe- und Patientenorganisationen
- Pharmazeutische Industrie

Die Arbeitsgruppe hat entsprechend des umfassenden Ansatzes von gesundheitsziele.de im Konsensprinzip Ziele, Teilziele und Maßnahmen zu den Aktionsfeldern Aufklärung, Prävention, Diagnostik Indikationsstellung und Therapie, Stärkung der Patienten und Betroffenen, Rehabilitation und Versorgungsstruktur entwickelt und auch die Akteure benannt, die für die Umsetzung prioritärer Maßnahmen zuständig sind. Das Konzept wurde erstmals im November 2005 in Berlin im Rahmen der Veranstaltung „Depression verhindern, erkennen, behandeln“ der Öffentlichkeit vor- und

Anfang 2006 fertiggestellt. Im Frühjahr 2006 werden die Ausarbeitungen wie die der anderen Gesundheitsziele in der Schriftenreihe des BMG publiziert werden. Inzwischen gibt es auch schon Aktivitäten im Rahmen der Europäischen Union, die in die selbe Richtung weisen. Mit der Vorlage des „Grünbuchs“ wird der Bedeutung psychischer Erkrankungen in der EU Rechnung getragen und die Staaten aufgefordert auf allen relevanten Ebenen aktiv zu werden.

Die GVG und ihre Ausschüsse bieten eine geeignete Plattform für die Entwicklung zukunftsweisender Ansätze, da sich in der Mitgliederstruktur der GVG der Pluralismus des deutschen Gesundheitssystems wieder spiegelt. Deshalb können in den Gremien der GVG inhaltliche Konzepte ohne die sonst üblichen sofort einsetzenden Blockaden, Wenn und Abers entwickelt werden. Natürlich werden solche Erarbeitungen nie eins zu eins in die Realität transferiert. Hier sind wiederum die Akteure, die als Mitglieder der GVG genau diese Inhalte konsentiert haben, im Sinne der Selbstverpflichtung gefragt.

Man darf sich natürlich auch keine Illusionen über den allfälligen Abrieb bei der Umsetzung solcher Projekte machen, aber andererseits sollte man auch nicht unterschätzen, wie sich doch Veränderungen über die Zeit hin entwickeln – die nationalen Gesundheitsziele als gesundheitspolitisches Instrument werden bei den Akteuren im Gesundheitssystem einen Prozess des gemeinsamen Handelns initiieren und Eingang in zukünftige Gestaltungen finden. Alle sind heute mehr denn je gefordert, im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeit die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen möglichst wirtschaftlich und wirksam zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung einzusetzen. Wir als Berufsverband sind vor allem bei Maßnahmen bezüglich der Versorgung gefragt. Wir werden uns verstärkt damit auseinandersetzen müssen, wie wir gestaltend im Vertragsgeschehen mitwirken und dafür Sorge tragen können, dass die Versorgung depressiv Erkrankter qualitativ und strukturell optimiert werden kann und wie z.B. Schnittstellen zwischen Versorgungsebenen und Behandlergruppen durchlässiger gestaltet werden können.

BIRGIT CLEVER

Besuchen Sie auch die [bvvp-Homepage](http://bvvp.de)

www.bvvp.de

Während das [bvvp-Magazin](http://bvvp.de) «fürs Grundsätzliche» zuständig ist, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung.

Bananenrepublik



Marianne Luise Näher

Hals über Kopf reiste ich vor 4 Jahren aus Deutschland ab, um in Perú zu arbeiten. Dass ich eines Tages noch überstürzt zurückkommen würde, wäre mir nicht im Traum eingefallen.

„Sie werden dir Gift ins Essen mischen“. „Nimm von keinem Indianer eine Einladung an! Sie werden dich töten“. Geheime Botschaften an mich. Wollen sie mich wirklich umbringen? Ich flüchte aus dem Dschungel. In die Stadt. Verunsichert, verwirrt. „Vier Angestellte des Gesundheitsministeriums spurlos im Dschungel verschwunden“ heißt es in den Schlagzeilen. Bin ich paranoid? Oder doch in Gefahr? „Kauf sofort ein Ticket nach Deutschland“, mailt mir Ursula zurück. „Ich möchte nicht, dass Deine Leiche eines Tage den Amazonas hinabtreibt“. Wo denkt sie hin? Im Amazonas schwimmen keine Leichen. Schließlich gibt's da Pirhanas. Und Kaimane.

Zwischenlandung in Lima. Taxi zum Hotel: „Die Vier wurden tot aufgefunden. Abge-

murkst von Indianern.“ „*Meine Indianer*“, denke ich, „würden das nie tun. Nie! Oder?“ 6 Monate sind seither vergangen. Ich schreibe am Artikel für das *bvvp*-Magazin. Da erhalte ich just jetzt eine Nachricht aus Perú. *Peu à peu* fügt sich ein Mosaiksteinchen zum anderen.

Der *bvvp* hatte eine Tombola veranstaltet zugunsten der Kinder von Pijuyal. Um die 3000,- € waren zusammen gekommen. Hunderte Kilos von Reis für die Schülerspeisung wurden davon gekauft und verteilt. Zucker, Milch, Thunfischkonserven, Schulhefte, Kreide, Kugelschreiber, Medikamente, Kinderkleidung und Schuhe, Fischernetze, Spaten, Pickel, Planen, Rohre. Eine Schubkarre, ein Solarofen und eine Motorsäge. Glückliche Kinderaugen. Die Eltern schicken ihre Kinder in die Schule. Die Männer sägten Baumstämme für Einbäume. Nun konnten sie zum Fischen, zum Jagen.

Auch mischte ich mich ein in Pijuyal. Z.B. als unser damaliger Häuptling ein Kind vergewaltigte. Als er die Hütten der Familie der vergewaltigten Kleinen anzündete. Aus Rache dafür, dass diese ihn angezeigt hatten. 25 Jahre brutale Terrorherrschaft. Nun wurde er aus dem Dorf gejagt. Ein neuer Häuptling wurde gewählt. Wir alle hofften.

„Ihr habt 6 000 Soles Steuerschulden. Euer Exhäuptling hat Blankoquittungen unterschrieben, dass ihr Riesenmengen an Holz verkauft habt“ sagte eines Tages Armando, ein Holzhändler, zu den Männern im Dorf. „Aber ich kann euch helfen. Ich werde Eure Steuerschulden bezahlen. Dafür gebt ihr mir Holz. Und ihr könnt euch gleichzeitig ein bisschen was dazu verdienen, wenn ihr für mich arbeitet.“ Die Indianer waren erschreckt. „Steuerschulden? Was ist das?“ Sie fällten Jahrhunderte alte Bäume. Wochenlang. Mahagonibäume, Zedern, Cumala. Ein junger Indianer kam dabei um. Aber: es gab gar keine Steuerschulden! Das Holz war weg, der Lohn nicht

gezahlt. „Doctora, der Holzhändler Armando hat gesagt, dass du dran schuld bist, dass er uns nicht bezahlen kann.“ Ich bin empört. Zeige den Holzhändler an. Wegen Diebstahl. Plötzlich kursieren Gerüchte am Fluss: „Es wird noch mehr Gringos (Weiße) zu euch an den Fluss kommen. Sie werden euch Indianer skalpieren. Flussaufwärts haben sie schon eine alte Indianerin skalpiert“. Panik bricht aus. Alle verlassen ihre Hütten. Verstecken sich. In meiner Hütte. So war das wohl nicht gedacht! Also Taktikwechsel. Ja und dann beginnen eines Tages die geheimen Botschaften an mich.

Und nun erhalte ich heute diese Nachricht aus Perú: „Doctora, weißt du, der Holzhändler hat dem Häuptling gedroht, er käme in den Knast, wenn er nicht unterschreibt. Da hat er halt unterschrieben, dass es nicht stimmt, das mit dem geklauten Holz. Wir vermissen dich sehr.“ Ich auch. Ich vermisse sie auch.

Aber es wird nicht das Ende unserer gemeinsamen Geschichte sein. Gerade in diesen Minuten, in denen ich den Bericht schreibe, wird in Iquitos ein gebrauchtes Funkgerät gekauft. Damit die Indianer Pijuyals bei Gefahr ein anderes Dorf oder die Klinik anfunken können. Das alte Funkgerät hat nämlich der Exhäuptling mitgehen lassen.

Ein bisschen was von den Spendengeldern haben wir auch abgezweigt für einen Dolmetscher, der uns einen Projektantrag an UNICEF übersetzt. Denn der Direktor von UNICEF Perú war begeistert von dem *bvvp*- „Turnhosen für Perú“-Projekt und meinte, er wolle versuchen, dass UNICEF da mit einsteige. Vielleicht werden wir auch eine ONG gründen? Wir werden uns doch nicht einschüchtern lassen. Höchstens mal vorübergehend!

MARIANNE LUISE NÄHER

FA Pth. Medizin, lebte und arbeitete von 02-2002 bis 05-2005 bei den Uruina-Indianern im peruanischen Amazonasgebiet.

SYMPOSIUM DES UNIVERSITÄTSVERBUNDES FRANKFURT, GIEßEN, MAINZ & MARBURG

Neue Ansätze in der Behandlung v. Angststörungen

David Barlow, Anke Ehlers, Martin Bohus, Stefan Hofmann
Sa. 24.06.2006 in Frankfurt/Main

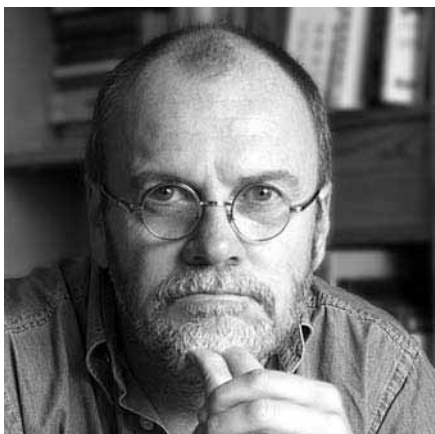
Vorträge & Workshops
8 Pkt. b. LPPKJP Hessen beantragt

Info: Dr. Heike Winter, 069-798 2 3723
heike.winter@psych.uni-frankfurt.de
www.psychotherapie-ausbildung-frankfurt.de

AUS DEN REGIONALVERBÄNDEN

BADEN-WÜRTTEMBERG

Überlegungen zur evidenzbasierten Medizin (EbM) im Hinblick auf ihre Eignung als Werkzeug, um die bisherige Medizin zu reformieren



Karlheinz Bayer

„Evidenzbasierte Medizin“ ist ein Begriff, der hohe Erwartungen weckt. 1996 von Sackett als neue Idee in die medizinische Öffentlichkeit gebracht, war EbM von Beginn an umstritten und in der Fach- und Laienpresse kontrovers diskutiert. Zuerst als Technik zur Aufdeckung medikamentöser Risiken und Nebenwirkungen gedacht, wurde EbM zu einem Instrument, um die Medizin schlechthin zu reformieren – aber geht das?

Was steckt hinter dem Begriff EbM?

Die Begriffe „evidenzbasiert“ oder „evidence-based“ sind nicht exakt definierte Kunstwörter, der Begriff „Evidenz-basierte-Medizin“ scheint selbsterklärend zu sein, dass etwas „augenscheinlich“ ist. Das Attribut „basiert“ suggeriert ein Fundament. Es ist eine Übersetzung des amerikanischen Ausdrucks evidence-based medicine. „augenscheinlich“ heißt dort „obvious“, während „evidence“

mit „(offenliegender) Beweis“ übersetzt werden muss. Ob es eine bewiesene Medizin oder eine Therapie auf der Basis unumstößlicher Wahrheiten überhaupt geben kann, ist fraglich. Selbst der Begriff „Medizin“ ist undefinierbar, neben evidenzbasierter Medizin gibt es die Schul- und die alternative Medizin. „Medizin“ wird sowohl für den Arbeitsbereich wie für die verabreichte Medizin benutzt.

Das „Evidenzbasiertsein“ rechtfertigt sich mit wissenschaftlichen Studien. Dafür wurden alle theoretisch verwertbaren Studien in eine Rangfolge gebracht, denen man eine unterschiedliche Qualitätsstufe zuschreibt. Warum diese Reihenfolge so festgelegt wurde, ist wissenschaftlich nicht begründbar.

Das methodische Regelwerk, nennt sich Good Clinical Practice (GCP). „Gute klinische Praxis“ klingt wertend, als sei es eine „gute Medizin“. Das englische Wort „good“ entspricht aber mehr „dem Zweck gut angepasst“ oder „handwerklich-verfahrenstechnisch gut“. „Practice“ heißt nicht „Praxis“ bzw. „Praktik“ wie im Deutschen, sondern ist ein Ausdruck für die verwendete Methode, „practice“ heißt „Anwendung“. Dem GCP assoziiert sind der Good Manufacturing und der Good Laboratory Practice (GMP und GLP). Ein deutlicher Hinweis, dass die Richtlinien die Herstellung und Verabreichung von Medikamenten und Medizinprodukten betreffen.

EbM hat eine Geschichte

Historisch sind alle „good practices“ entstanden nach dem Thalidomid-Skandal, bei dem es durch die Einnahme des Contergan® zu schweren Missbildungen bei Neugeborenen kam. Die Contergan-Prozesse gegen die Firma Chemie Grünenthal von 1967-70 zogen den Ruf nach größerer Medikamentensicherheit und Imageverbesserung der Pharmaproduktion nach sich.

Neue klinische Erprobungsstudien sollten auch seltenere Nebenwirkungen eines Medikaments aufdecken. Heute steht dagegen die Herausarbeitung selbst kleinster Nutzeffekte derselben Medikamente im Vordergrund. Natürlich ist auch jede Nutzbarkeit selbst kleinster positiver Effekte eine Verbesserung der medizinischen Qualität, sie ist aber nicht eins

zu eins gleichsetzbar mit medizinischer Qualitätsverbesserung.

Faktisch hat so beim Risikobegriff ein Paradigmenwechsel eingesetzt.

Während früher der Satz „zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“ geprägt wurde, werden die Risiken heute als Krankheitsbedrohung definiert. So kann selbst für kleinste relative Risikominderungen die Empfehlung ausgesprochen werden, Medikamente einzusetzen.

Die Studienergebnisse sind einsetzbar gemacht worden für Werbezwecke: eine kleiner werdende Zahl von Nebenwirkungen kann man kaum plakativ bewerben, die Minderungen kleinster Risiken sehr wohl.

Die EbM-Einführung in ihrer Vehemenz und unter Verwendung bestimmter Begriffe erinnert an werbepsychologische Strategien. Bei jeder Art von Werbung ist von Bedeutung, wer wirbt, was beworben wird und mit welchen Argumenten und zu welchem Zweck geworben wird. Verbraucher und Zielgruppe sind wir Therapeuten und unsere Patienten.

Die evidenzbasierte Medizin wird intensiv von Sozialpolitikern beworben. Der Bedarf an EbM wird offen oder unterschwellig damit begründet, dass die bisherige Medizin insuffizient und reformbedürftig sei. Zwischen der sogenannten Schulmedizin und den alternativen Therapieverfahren greift EbM zu Ungunsten der Alternativen Behandlungsmethoden ein. Namentlich im Fall der Homöopathie wurde versucht nachzuweisen, dass die sehr wohl beschriebene homöopathische Wirksamkeit allein das Ergebnis einer subjektiven Sichtweise sei. Das Studiendesign suchte zuerst nach Beweisen, dass Placeboeffekte und Spontanheilungen therapeutisch überproportional wirksamer sind als die Therapie selbst.

Der reine Heilerfolg liegt zwar in etwa auf demselben niedrigen Niveau wie bei der Chemotherapie bei vielen Krebsarten. Im Fall der Chemotherapie geht man allerdings den umgekehrten Weg und weist durch die Studie wenigstens Reste einer Verbesserung nach.

In einigen Lipidsenker-Studien wurde die Fragestellung sogar so sehr eingeeengt auf die Frage, ob die Verwendung von Statinen

Infarkte verhindern, dass andere Präventionsansätze wie Rauch-Verzicht, Gewichtsreduktion, mehr Bewegung und weniger Stress überhaupt nicht zum Vergleich herangezogen wurden, obwohl ihr Therapieerfolg um Zehnerpotenzen wirksamer ist. Solche Ansätze bietet EbM nicht.

Allein die Fragestellung einer Studie entscheidet, ob hier die Spontanheilung und der Placeboeffekt oder dort ein Rest-Heilerfolg zum zentralen Studienergebnis werden. Ein pragmatischer Ansatz, nur den messbaren Therapieerfolg im Auge zu haben, egal ob dieser durch die Methode selbst, durch einen Placeboeffekt oder durch andere (soziale, soziogene, psychogene, suggestive, zufällige, magische usw.) Phänomene oder Ansätze erzielt wird, kann in einer EbM nicht Fuß fassen. Die EbM ist ein Förderer medikamentenorientierter Therapien.

Was macht eine gute Studie aus?

Die EbM sagt, EbM führe zu einer besseren Medizin, weil alle Therapiemethoden, die EbM sein wollen, durch Studien abgesichert sein müssen. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass sich über diese Studien Leitlinien formulieren lassen, welche nach und nach die bestehende Medizin ersetzen sollen. Diese Studien sind Evidenzklassen unterworfen, quasi Leitlinien für das Design von Studien:

- Stufe I a: Wenigstens eine Metaanalyse auf der Basis methodisch hochwertiger randomisierter und kontrollierter Studien (RCT)
- Stufe I b: wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
- Stufe II a: wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung
- Stufe II b: wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs, quasi-experimenteller Studie
- Stufe III: mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie
- Stufe IV: Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien
- Stufe V: Fallserie oder eine oder mehrere Expertenmeinungen

Es gibt jedoch keine Beweise, dass gute Studien auch zu einer besseren Medizin führen, selbst wenn dieser Denkansatz einleuchtend ist. Eine eingehende Betrachtung einer guten Studie nach EbM-Definition, zeigt, wie falsch diese These ist.

Die prospektive randomisierte und kontrollierte Doppelblindstudie (randomized con-

trolled trial = RCT) ist EbM-Goldstandard. Die niedrigste Evidenzklasse besitzt die persönliche Erfahrung. Diese Kategorisierung geht auf Cochrane zurück, der damit nur Aussagen machte über die Effizienz der Randomisierung, nicht über den Stellenwert einer Studie oder gar, ob die Meinung von Experten einen geringeren Wert hat. Es gibt weltweit keine Studie darüber, warum diese und keine andere Hierarchie richtig sei. Den RCT-Studien wurde das Attribut „Goldstandard“ gegeben. „Goldstandard“ ist eine Metapher, in der wir bleiben können um den „Goldgehalt“ zu prüfen.

Randomisierung (etwas dem Zufall überlassen) soll die Gefahr herabsetzen, Studien zu manipulieren. Die multizentrischen, prospektiven und kontrollierten Doppelblindstudien würden mehr Demokratie in die Medizin bringen und die Macht und den Einfluss der Chefärzte („Eminenz-basierte Medizin“) einschränken. Demokratie stehe folglich der Wissenschaft, und Chefärzte der Manipulation näher. Diese Meinung über die EbM ist weit verbreitet.

Randomisierung dient in erster Linie dazu, ein möglichst hohes Maß an Vergleichbarkeit zu bekommen. Dahinter verbirgt sich der Wunsch, durch ähnliche Vergleichsgruppen gleiche Ausgangsbedingungen zu bekommen, sodass die Ergebnisunterschiede nur den Unterschieden der Therapien zuzuschreiben sind. Außerdem sollen die Wunschvorstellungen des Untersuchers verringert werden. Um möglichst gleich geformte Vergleichsgruppen zu schaffen, müssen im Vorfeld Patienten ausgeschlossen werden, die zu stark von der Norm abweichen. Der Studiendesigner greift hier manipulierend ein! Die Gefahr der Künstlichkeit haftet aus diesem Grund allen randomisierten Studien an. Die „Randomisierung“ täuscht eine Exaktheit nur vor.

Die Verwendung der doppelt blinden Studien beinhaltet andere methodische Probleme. Während es besser gelingt, gleich aussehende Medikamente zu produzieren, mal mit und mal ohne Wirkstoff, so dass weder der Patient (Blindstudie) noch Patient und Arzt (Doppelblindstudie) wissen, ob im vorliegenden Fall ein Wirkstoff oder ein Placebo enthalten ist, ist dies bei den nicht-medikamentösen Therapien unmöglich. Ein Vergleich zwischen medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapieformen scheitert (z.B. ein Vergleich zwischen Diätmaßnahmen einerseits und Tabletten andererseits). „Doppelblind“ ist bei nicht-medikamentösen Therapien auch deshalb ungeeignet, weil der Therapeut, (Akupunkteur, Chiroprapeut oder Psychotherapeut) selbst einen

Teil der verabreichten Medizin darstellt, und wohl nicht durch ein Placebo ersetzbar ist. Das EbM-System bietet formal-methodische Gründe an, warum der Placeboeffekt ausgeschlossen werden soll, erklärt aber nicht, warum der placebobedingte Teil des Heilerfolgs nicht ebenso wertvoll sein soll wie jeder denkbare andere.

„Prospektiv“ ist eine Umschreibung dafür, das Studienziel möglichst exakt vorzugeben. Die Subjektivität soll so in der Bewertung des Therapieerfolgs minimiert werden. Zwar gibt eine retrospektive Betrachtung viel Raum für Interpretationen, wodurch die Expertenmeinung überproportional und die Gefahr der Manipulation zum Zuge kommt. Während allerdings eine retrospektive Studie Raum für Manipulationen bieten kann, erfordert die prospektive Studie, dass bereits vor Beginn gesteuert und interpretiert muss. Der Einfluss der Experten ist lediglich im Design der Studie versteckt und nicht in der Analyse offensichtlich. Die prospektive Studie ist durch die eingengegte Zielvorgabe sogar unflexibler als die retrospektive Analyse, denn die ermöglicht im positiven Sinn auch konkurrierende und alternative Interpretationen. Überraschenderweise ist die retrospektive Analyse deshalb sogar demokratischer als jede prospektive Studie.

Diskussion

Es ist notwendig, geeignete Studienkonzepte zu erarbeiten, die ebenbürtige Bedingungen schaffen auch für die sprechende und die nicht-medikamentösen Therapien. Wenn nur die EbM als Maßstab herangenommen wird, werden ohne Zweifel in absehbarer Zeit alle nicht-medikamentösen Therapiemethoden als weniger wertvolle Therapien abgestuft, obwohl die EbM dem selbst gegebenen Anspruch auf größtmögliche Wissenschaftlichkeit nicht gerecht wird.

Das goldene Kalb der randomisierten Doppelblindstudien darf nicht mehr unkritisch angebetet werden.

Der Risikobegriff hat sich auf das Ereignisrisiko für Krankheiten fokussiert und ist abgerückt vom Risiko, das der Medikamenteneinnahme anhaftet. Dadurch ist ein gänzlich neuer Präventionsbegriff entstanden, der mit dem eigentlichen Ziel der Prävention, eine Therapie unnötig zu machen, total gebrochen hat.

Ein extrem konsequentes Beispiel angewandter EbM ist die von Wald und Law gebrachte Diskussion über die Polypille. In dieser Studie wird die Behauptung aufgestellt, dass allein durch die konsequente (100% aller Risikopatienten) Einnahme einer Pillenmi-

sung die Risiken für Krankheiten auf ein statistisches Minimum zu senken wären. Wald und Law gehen so weit, dass sie dann die individuelle Beratung und Therapie für überflüssig hielten. Kein Kommentar hierzu.

Jede Reform der Medizin sollte sich Gedanken machen auch zu den Rahmenbedingungen die sie vorgibt, wie dem Design von Studien und den gegebenen Therapieempfehlungen. Darüber aber sollte sie sich auch auseinandersetzen mit den echten Inhalten. Dazu gehört auch der Aspekt der Therapiefreiheit, der in der EbM zugunsten einer Leitlinienideologie nicht formuliert ist, und es muss darum gehen, den Patientenwillen zu berücksichtigen. Ähnlich wie bei der Patientenverfügung muss auch hier eine Diskussion einsetzen. EbM greift zu kurz und ist geeignet, weitaus bessere Ansätze zu verdrängen.

DR. KARLHEINZ BAYER

Niedergelassener Allgemeinarzt mit Schwerpunktarbeit auf dem Gebiet der Chirotherapie und der Manuellen Medizin bei Kindern. Autor zweier Fachbücher und etlicher Veröffentlichungen in der Zeitschrift „Manuelle Medizin“.

Großer Wahlerfolg für BVVP-Kandidaten in Baden-Württemberg

Seit dem 21.11.2005 liegen die Ergebnisse zur zweiten Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer vor. Sowohl bei den Psychologischen Psychotherapeuten wie auch bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hatten sich fünf Listen zur Wahl gestellt. Der BVVP, beziehungsweise seine vier Regionalverbände in Baden-Württemberg, war auf der Liste „Psychotherapeutenbündnis Baden-Württemberg“ zusammen mit der DGPT, der DGVT, der AGPF und bei den KJP mit der VAKJP eine Listenverbindung eingegangen.

Dieses Bündnis erhielt insgesamt die Mehrheit der abgegebenen Stimmen, nämlich 51,61%. Die Kandidaten des BVVP erhielten insgesamt knapp 20% aller Stimmen und damit nur etwa 4% weniger als der Hauptkonkurrent, eine Liste von Vereinigung und DPTV sowie weiteren kleineren Verbänden. Hinzuzufügen ist, dass es in Baden-Württemberg traditionell sehr viele Doppelmitglieder sowohl in der DGPT wie auch bei der VAKJP mit dem BVVP gibt. Dies ist auch bei den Kandidaten so.

Aus dem Wahlergebnis lässt sich ableiten, dass der BVVP insgesamt in der Kammer und auch innerhalb seiner Liste entscheidenden

Einfluss auf die künftige Politik nehmen wird. Auf Landesebene war die Zusammenarbeit mit der DGPT trotz des auch für den BVVP unverständlichen Vorgehens der DGPT auf Bundesebene im Zusammenhang von Wahlen bei der KBV weiterhin gut geblieben. Dies führte auch dazu, dass als Spitzenkandidat des Psychotherapeuten-Bündnisses der DGPT-Kandidat Dietrich Munz benannt worden war, der nun auch der Kandidat für das Präsidentenamt in Baden-Württemberg ist. Er gehört dem bisherigen Vorstand der Kammer schon an und vertritt als Vizepräsident nach dem Tod von Herrn Kommer die Kammer. Alle weiteren Positionen sind noch nicht ausgehandelt.

Inhaltlich liegen vor der Kammer folgende Aufgaben:

- die Regelung eines Versorgungswerkes, wobei daran gedacht ist, sich mit dem Versorgungswerk in Nordrhein-Westfalen zusammenzuschließen
- die Regelung einer Weiterbildungsordnung (In Baden-Württemberg gibt es die Besonderheit, dass wir bis jetzt im Heilberufekammergesetz als Kammer noch keine Befugnis zur Regelung von Weiterbildungen hatten. Dies wird sich durch eine entsprechende Novellierung ändern.)
- Auch eine Überarbeitung der Fortbildungsordnung, die auf viel Ärger bei den Mitgliedern gestoßen war, ist unbedingt notwendig.

JÜRGEN DOEBERT

BAYERN

Gedanken eines Psycho-Oldies

Nachdem ich nun nicht mehr in der Magazin-Redaktion bin, möchte ich hier ein paar Gedanken zu meiner Sicht der Psychotherapie und ihrer Akteure in unserer aktuellen bundesdeutschen soziopolitischen Landschaft kundtun:

Seit mehr als einem Jahrzehnt kämpfen wir nun um ein unserem Tun angemessenes Honorar und um den Stellenwert der Psychotherapie in der medizinischen Versorgung. Wir haben viel erreicht, die Psychotherapie hat ihren Platz in der Medizinlandschaft, im allgemeinen Bewusstsein ist etabliert, dass sie eine gewisse Daseinsberechtigung hat, dass es ganz ohne sie nicht geht, und sei es nur, damit die Kosten der ra-

sant zunehmenden durch psychische Krankheiten bedingten Arbeitsunfähigkeit reduziert werden.

Die Honorarfrage wird auch weiterhin viel Energie fordern. Aber jetzt braucht es einen klaren neuen Akzent. Wir sollten als Berufsgruppe unsere Ziele überdenken und neu ausrichten:

Unser soziales Umfeld hat sich in wenigen Jahren ganz wesentlich verändert. Ein Ende dieses Prozesses und seine Folgen und Konsequenzen sind – auch und gerade in der unklaren Situation nach der Wahl – nicht abzusehen:

Hartz IV und die neoliberale Gier werden unser aller Leben grimmig verändern. Schon heute sind die Gegensätze krass: 345 € im Monat für die einen, Jahresgewinne im zweistelligen Millionenbereich für die andern, die soziale Schere klafft wie in einem korrupten Entwicklungsland. Ich möchte dazu einige Fragen in den Raum stellen:

- Was bedeutet diese klaffende Schere für die Vielen auf der Minuseite, für ihr Leben, ihre Gesundheit, für ihre zerstörten oder verhinderten Lebenspläne?
- Ist es Krankheit in ihrer bisher bekannten Definition und Dimension, wenn Menschen daran krank werden, zerbrechen, den Glauben an einen Lebenssinn verlieren?
- Wohin wird es führen, wenn diese Gegensätze, die wir aus der Theorie der PT kennen als Frühstörungskriterien: Größenvorstellungen einerseits und Gefühle von Ohnmacht und Nichtigkeit andererseits, wenn diese Gegensätze nicht nur im Einzelschicksal aufscheinen, wo wir sie therapieren, sondern konkret in unser aller Lebensbedingungen manifest werden?
- Welcher Platz wird uns selbst auf diesem Spielfeld zukommen?
- Wie kann/muss sich unsere Verständnis von Krankheit, Therapie, Lebenssinn verändern?

Ich fände es gut und wichtig, dass sich z.B. eine Arbeitsgruppe mit diesem Fragenkreis befasst. Es wäre nicht gut – für uns und unser Selbstverständnis, für unsere Patienten, für unser künftiges soziales Gefüge –, wenn wir an dieser sehr akuten Problematik vorbeischauchen würden. Unsere Berufsgruppe hat das Potential, all dies kritisch zu reflektieren und vielleicht auch Positionen zu entwickeln, die helfen können, die weitere Entwicklung positiv im Sinne aller mit zu gestalten. Wer könnte das besser als wir mit unserem beruflichen know-how?

URSULA STAHLBUSCH

SCHWERPUNKT

Psychotherapie und Psychomarkt

„Da haben wir uns vielleicht was angetan mit dem Thema!“, sprach Ortwin Löwa aus, was alle dachten. Dabei hatten wir große Lust drauf gehabt und es uns einfach vorgestellt. Es fing schon damit an, dass wir durchaus unterschiedliche Vorstellungen hatten, was seriös, was hilfreich ist und was Betrug oder Humbug. Die Meinungen gingen auch auseinander, welche Dignität dem Etikett „Wirkung wissenschaftlich (nicht) nachgewiesen“ zukommt. Das heißt aber nicht, wir hätten gar keinen gemeinsamen Nenner. Beispielsweise war klar, dass wir bei dem Thema „graue Psychotherapie“ die Richtlinienverfahren nicht außen vor lassen. Und zwar wegen grauer bis schwarzer Flecken, die den etablierten Verfahren inhärent sind und nicht nur, weil sie von TherapeutInnen missbraucht werden können.

Daneben kamen wir aus dem Staunen nicht heraus, wie viel es an Schrott, Geschäftemacherei und (lebens-)gefährlicher Scharlatanerie auf diesem „Markt“ gibt. Welche Unsummen den Menschen aus der Tasche gezogen werden und welche Unsummen sie sich aus der Tasche ziehen lassen. 15% seines Umsatzes erzielt der Buchhandel mit Esoterik und Lebenshilfe. Bedürfnisdeckung oder Bedürfnisweckung? Welche Bedürfnisse?

URSULA NEUMANN

Ganz persönlich – zwei Einleitungen

Graue Richtlinien-therapie und Wissenschaftsesoterik



Ursula Neumann

Ich selbst bin nie vom „rechten Weg“ der Richtlinien-therapie abgewichen, ein bisschen Psychodrama und ein paar Encountergruppen – das war es. Ob das auf Gradlinigkeit oder Eindimensionalität schlie-

ßen lässt, sei dahin gestellt. Per distance habe ich aber einerseits viele andere Verfahren im Laufe der Jahre schätzen gelernt und andererseits eine ziemliche Toleranz gegenüber manchem Abseitigen entwickelt, das meine PatientInnen praktizieren. Nur in Extremfällen oder wenn ich direkt gefragt werde, nehme ich Stellung. Der Gang zur Wahrsagerin ist nicht peinlich, „positiv Denken“ Alltagssprache, Familienaufstellung nach Hellinger gehört zur Grundausstattung, verräterische Halbedelsteinarmbändchen sind „normal“; „Rescuetropfen“ haben Aspirin ersetzt, auch von einer ergebnislosen aber kostenträchtigen Bioresonanztherapie wurde ich indirekt Zeugin. Dazu „Ausleitungen“, Aura, Schutzengel, Geisteiler... Meinem Mann versuchte ich zu erklären: „dass etwas richtig schadet, kommt eher selten vor. Meistens wird das nicht gar so ernst genommen. Man lässt sich kurz beeindruckt, aber es bleibt folgenlos.“ – „Und woher willst Du wissen, dass sie deine Therapie nicht genauso wenig ernst nehmen?“ Darüber muss ich erst mal nachdenken.

Meine Erfahrungen mit „grauer Psychotherapie“ habe ich bei den Richtlinienverfahren gemacht. Wie erstaunt war ich (gelernte Theologin katholischer Provenienz), in der analytischen Ausbildung auf gefordert-geförderte Gläubigkeit zu treffen, auf einen Mangel an rational-kritischem Diskurs, auf – vorsichtig ausgedrückt – intransparente Vorgehensweisen im Umgang mit uns KandidatInnen. Des Öfteren dachte ich ‚wo bin ich denn da hin geraten?‘ Gesagt habe ich es selten laut. Die kafkaesken Situationen, in denen eine Deutung umso richtiger erscheint, je intensiver sie abgelehnt wird, sind nicht nur eine Erfindung von Analyse-Feinden. Dass die überwiegend nicht gerade betuchten Lehranalytischen den PKV-Tarif aus eigener Tasche lohnen mussten, war „kein Thema“, auch wenn sich viele als „Melkkühe“ empfanden. Erst ein fulminanter Artikel von Cremerius im Jahr 1989 über die Unterwerfungsrituale in der analytischen Ausbildung befreite mich von Selbstzweifeln, die einem nicht erspart bleiben, wenn man innerhalb eines Systems häretische Gedanken hat.

Aufgrund besonderer Umstände liefen bei mir analytische Ausbildung und Psychologiestudium an einer gnadenlos VT-dominierten Fakultät parallel. Auch hier: offener Diskurs war selten, Indoktrination häufig. Man hatte den wissenschaftlichen Fortschritt gepachtet. Über Psychoanalyse sprach man wie ich von Kristalltherapie spreche. Wie man therapiert, brachten uns zum nicht geringen Teil DozentInnen bei, die selbst über keine abgeschlossene therapeutische Ausbildung verfügten. PatientInnen wurden manipuliert, im Unklaren gelassen, was man mit ihnen zu welchem Zwecke machte. Flooding, aversive Therapie (auch Elektroschocks wurde in „Lehr“büchern vorgeschlagen) – die Würde der PatientInnen war ziemlich antastbar.

Auch das lässt mich vorsichtig bis allergisch auf den Satz reagieren „das ist wissenschaftlich erwiesen“. Du lieber Himmel! Was war zur Zeit meines Studiums in Medizin und Psychologie alles „wissenschaftlich erwiesen“! Es scheint, als würden nie Lehren daraus gezogen, wie unwissenschaftlich „die Wissenschaft“ von gestern erscheint. Glaubt jemand, morgen sei das anders?

Die Wirksamkeit einer Methode sei wissenschaftlich nicht erwiesen, taugt nicht als Totschlagargument, um die Aussage von Menschen „mir hat es gut getan“ wegzuwischen. Aber das geschieht, wenn persönliche Erfahrungen im günstigsten Fall als Placebo-Effekt gelten oder weniger kaschierend als Folge psychischer Labilität suggestibler Personen abgetan werden. Es gibt eine Art von „Wissenschaft“, die steht in ihrem bevormundenden Allwissenheitsanspruch keiner Psychosekte nach.

Selbstverständlich sind Therapiemethoden auf ihre Wirksamkeit zu prüfen – und zwar mit den heutigen wissenschaftlichen Methoden, was Besseres haben wir erst morgen. Aber bei dieser Prüfung dürfen die Probanden nicht lediglich zum „Forschungsgegenstand“ degradiert und die Methode (wenigstens nicht unreflektiert) in das Prokrustesbett der aktuellen „state of art“ – Untersuchungsmethoden gezwungen werden. Ernst zu nehmen ist nur eine Wissenschaft, für die partnerschaftlicher Dialog selbstverständlich ist, und die Methoden anwendet, die auch dem zu Untersuchenden angemessen sind. „Partizipation [d.h. Mitsprache *aller* Beteiligten] bei Evaluation bedeutet Verzicht auf Wissenschaftsesoterik“. Den Satz eines Referenten habe ich mir gemerkt und seither hat das Wort „Wissenschaftsesoterik“ einen festen Platz in meinem Sprachgebrauch.

URSULA NEUMANN

Blicke über den eigenen Tellerrand



Rüdiger Hagelberg

Aus meiner „Gestalt-Zeit“ blieben die Gruppenerfahrung und das Beleben verdrängter Gefühle in guter Erinnerung. Dem gegenüber standen folgenlose skandalöse Verletzungen der Abstinenz durch verschiedene Therapeuten. Mit der Abstinenz nahm es auch eine mir gut bekannte GT-Ausbilderin nicht so ernst. In der Bioenergetik nach Gerda Boysen empfand ich die Körper-bezogene Arbeit bisweilen erleichternd, bisweilen schwer erträglich und meistens als Gymnastik. Die „Hakomi-Methode“ verkaufte sich als „Non plus ultra“: Man legte so genannte „Sonden“ (verbale Äußerungen, etwa wie Deutungen), um mit ihnen hinter die Abwehr der KlientenInnen zu kommen (wie wir sagen würden). Psychische Probleme sollten so gelöst werden. Kaum noch erwähnenswert, dass sich auch ihr Begründer Ron Kurtz mit einer der Klientinnen unabstinent verband, ehe er auf Nimmerwiedersehen in die USA entwand.

Was wurde bei diesen „Therapie“-Methoden behandelt? Befindlichkeits-, Bewusstseins- oder Gefühlsstörungen? Sinnkrisen? Kindheitserfahrungen? Neurosen? Und was wurde nicht behandelt und was sogar verursacht oder ausgelöst? Niemand hat damals danach gefragt. Selbsterkenntnis, das Ausleben von Gefühlen, die gebor-

gene Gruppenerfahrung hielten sich mit neuen Verletzungen (häufig durch die unantastbaren Therapeuten) die Waage. Die Auseinandersetzung mit ihnen oder gar mit der Methode waren nicht vorgesehen, Übertragung kein Thema. Während man im „hot seat“ (Gestalttherapie) oder an bestimmten Körperzonen (Bioenergetik) arbeitete, während man sich eine „Sonde“ setzen ließ (Hakomi) oder die nimmermüde Zugewandtheit der Therapeutin genoss (GT), spielten sich möglicherweise unbeachtet auf der Ebene der Übertragung viel schwerer wiegende Konflikte ab.

So war das in den „wilden“ 70er und 80er Jahren. Längst ist nun eine zweite, viel umfassendere Welle an Therapie- und Heilmethoden in unserer Gesellschaft wirksam: eine „Psychoszene“ mit magisch-esoterischen Glaubensüberzeugungen, Heilslehren, die rasche „ganzheitliche“ Heilung und Veränderung des Menschen, die Öffnung eines „transpersonalen“ Bewusstseinsraumes oder gar die Erweckung des wahren „göttlichen Selbst“ im Menschen und vieles anderes mehr versprechen. Lebensbewältigungsmethoden wie NLP, TM, Reiki, Bachblüten-Therapie, Rebirthing, Yoga oder Kinesiologie gehören dazu, aber auch Bioenergetik, Urschreithherapie oder astropsychologische Personalauswahl. Als Psychotherapeut erlebe ich heute viel davon: eine meiner Patientinnen will in den Therapiestunden die einmal destabilisierende, ein andermal offenbar fördernden Erfahrungen bei der „Familienaufstellung nach Hellinger“ bearbeiten. Eine Angstpatientin fragt mich nach Hypnose, die ihr angeblich schneller helfen würde. Wieder eine andere Patientin kommt erfüllt von den Ankündigungen einer Wahrsagerin, ein junger Patient bricht die Therapie ab, weil ihm die Methode nach Demartini in wenigen Sitzungen den richtigen Weg gewiesen habe. Später ruft er mich an, weil er mir diese Methode nahe bringen will ...

Was ist das Ziel der verschiedenen Therapieformen? Wenn das Ziel Heilung oder Linderung von Krankheit ist, muss die Methode über einen Krankheitsbegriff verfügen. Der Therapie geht dann eine Diagnose voraus, es muss spezifische diagnostische Methoden geben. Es gibt jedoch viele andere Ziele: Selbsterfahrung, Reifung, Entwicklungsförderung, Belebung von Gefühlen, Überwindung von Sinn-Krisen usw..

Jede Methode kann nur die Ziele „anbieten“, für die sie erdacht und entwickelt worden ist. Existenzielle Grundhaltungen oder transzendente (religiöse) Entwicklungsziele wie Heil, Glück, Ganzheit oder Vollkommenheit können keine „Therapie“ziele sein. Es wäre unseriös, sie zu versprechen. „Zwischen psychologischer Heilbehandlung mit dem Ziel der seelischen Gesundheit und einer weltanschaulich-religiösen Heilsvermittlung mit dem Ziel existenzieller Selbstvergewisserung [ist] eine deutliche Grenze zu ziehen“ (Michael Utsch).

RÜDIGER HAGELBERG

Was unterscheidet weiß von grau?

Versuch eines Kriterienkatalogs

Die Wirksamkeit einer Methode ist ein entscheidendes Kriterium, wenn sie ernst genommen werden will. Allerdings: wenn der Nachweis der Wirksamkeit wissenschaftlich nicht zu erbringen ist, heißt das nicht automatisch, dass die untersuchte Methode nichts taugt. Es kann auch an ungeeigneten oder unzulänglichen Untersuchungsmethoden liegen. Außerdem ist Wirksamkeit nur die halbe Miete. Es gibt Methoden (etwa „schwarze Pädagogik“ oder manipulative Tech-

niken bestimmter Psychogruppen), die sind höchst effektiv und trotzdem indiskutabel. In meiner „Kriterienliste“ habe ich das gesammelt, was meiner Meinung nach „weiß“ von „grau“ unterscheidet. Als ich fertig war, schien mir evident: Jede Methode, die diese Kriterien erfüllt, ist (positiv) wirksam – wissenschaftliche Evaluierung hin oder her. Ist das eine kühne These?

Die Kriterien selbst sind streng anzulegen, wenn es um psychotherapeutische Methoden im eigentlichen Sinn geht, handelt es sich um den weiteren Psychomarkt, halte ich sie brauchbar als Faustregel zur Unterscheidung der Geister. Aufgrund des doppelten Verwendungszwecks wird von „KlientInnen“ gesprochen, das umfasst am ehesten PatientInnen als auch KundInnen.

Grundhaltung

Förderung der Autonomie versus langfristige Bindung: Die Methode soll in Theorie und Praxis auf Autonomie abzielen, darauf, sich möglichst und (möglichst bald) überflüssig zu machen.

Dialogisch versus manipulativ: Insbesondere Psychotherapie im engeren Sinne ist eine „schiefe“ Beziehung. Wer Hilfe sucht, ist nie in gleicher Augenhöhe mit dem Helfenden. Dem muss durch die persönliche Haltung, das Verhalten und ein dafür vorgesehenes methodisches Repertoire gegengesteuert werden. Dies geschieht z. B. indem zu Fragen ermuntert, der Teamwork-Charakter einer Therapie betont wird. Im Unterschied dazu versucht ein manipulatives Vorgehen das Ungleichgewicht zu zementieren, um daraus Vorteile (finanzieller, narzisstischer, emotionaler Art) zu ziehen. Ein Indiz für den manipulativen Charakter einer Methode liegt auch vor, wenn sie ihren KlientInnen Techniken vorschlägt, um andere Menschen zu manipulieren.

Offenheit für Anderes versus Ausschließlichkeit: Eine gute Methode weiß um ihre eigene Begrenztheit und dass sie nicht für alle und alles geeignet ist. Sie anerkennt, dass auch andere Herangehensweisen möglich sind. Im Gegensatz dazu suggeriert eine „graue“ Methode bzw. deren VertreterInnen Ausschließlichkeit, Allzuständigkeit, oft verbunden mit Prophezeiungen über verhängnisvolle Folgen von „Untreue“.

Ressourcen orientiert versus Defizit orientiert: Wer Hilfe sucht, weiß mehr oder weniger über seine Defizite Bescheid, ist oft auf sie fixiert. Eine Behandlung, die den Fokus darauf legt, fördert die Tendenz zur Abhängigkeit und macht gegenüber Manipulation anfällig. Ein an den Ressourcen der KlientInnen orientiertes Vorgehen stärkt dagegen die Fähigkeit zur Autonomie und zu einer dialogischen Partnerschaft – innerhalb und außerhalb der Therapie. Allerdings ist Ressourcenorientiertheit nicht zu verwechseln mit Schönreden und idealisierender Bespiegelung.

Regeln für die Praxis

Transparenz: Eine formale Beipackzettel-Aufklärung genügt nicht. Den KlientInnen müssen alle Informationen gegeben werden, die sie brauchen, um ihr Selbstbestimmungsrecht (im Sinne des informed consent) ausüben zu können. Weil der Therapeut/die Therapeutin nicht „an alles“ denken kann und verschiedene Menschen Verschiedenes wissen wollen, ist eine Atmosphäre wichtig, in der Fragen und Hinterfragen für die KlientInnen „normal“ sind/werden.

Klare Absprachen: Egal, ob es sich um eine Therapie im engeren Sinne handelt oder um irgendeine Form von „Lebenshilfe“ – es besteht ein Vertragsverhältnis. Damit ein Konsens hergestellt werden kann, müssen die Vertragsinhalte bekannt sein. Ob das münd-

lich oder schriftlich geschieht, ist zweitrangig. Bedenkzeit ist selbstverständlich.

Abstinenz: Der Therapeut, die Therapeutin erhält für die geleistete Arbeit ein Honorar und hat (hoffentlich) die Befriedigung, die sich als Resultat guter eigener Arbeit einzustellen pflegt. Darüber hinaus darf die Therapie nicht zur Befriedigung eigener Bedürfnisse benutzt werden, seien sie materiell, narzisstisch, emotional, sexuell.

Angemessene Bezahlung: Das verlangte Honorar (Ausfallhonorar) ist der gebotenen Leistung angemessen und steht in Relation zu dem, was bei vergleichbarer Ausbildung und Tätigkeit „üblich“ ist. Es wird (gegebenenfalls auch durch Verzicht auf die Behandlung) dafür Sorge getragen, dass keine finanzielle Überforderung des Klienten/der Klientin stattfindet.

Schweigepflicht, Diskretion und Takt: Über die Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen zur Schweigepflicht hinaus ist die Würde der KlientInnen zu wahren. In der therapeutischen Situation kann z.B. ein Klient/eine Klientin in einer Weise die Kontrolle über sich verlieren und „zu weit gehen“, das er/sie sich danach dafür schämt. Hier hat der Therapeut/die Therapeutin (insbesondere in Gruppen) eine Fürsorgepflicht, verhindert solche Vorkommnisse oder fängt sie taktvoll auf.

Eigene Grenzen deutlich machen: Haltung und Verhalten des Therapeuten/der Therapeutin verdeutlichen, dass sie um die Begrenztheit ihres Wissens und ihrer Fähigkeiten wissen und auch deshalb Kritik ernst nehmen und eine andere Meinung gelten lassen. Es werden keine unrealistischen Erwartungen geweckt oder einfache Lösungen versprochen.

Individualität der Behandlung: Auch wenn biografische Zusammenhänge, menschliche Verhaltensweisen und Krankheitsbilder viele Parallelen und Regelmäßigkeiten aufweisen: weder gibt es „die“ einzig richtige Erklärung für „alles“, noch ist eine Schema-F-Behandlung der Individualität eines Menschen angemessen.

Anforderungen an die Methode

Konzeptualisierung: Um sich der Beurteilung im (wissenschaftlichen) Diskurs zu stellen, muss eine Methode konzeptualisiert sein. Die Elaboriertheit dieser Konzeptualisierung hat in Relation zum Anspruch zu stehen, den die Methode erhebt. Wenn Krankheiten geheilt werden sollen, sind ein Krankheitsbegriff, diagnostische Instrumente und eine Theorie über Ursachen der Erkrankung und ihrer Heilung erforderlich.

Wirksamkeitsnachweis: Die Methode muss ihre Wirksamkeit überprüfbar unter Beweis stellen. Dabei kann eine Abweichung vom derzeitigen „wissenschaftlichen Standard“ und die Entwicklung eines eigenen Designs durchaus sinnvoll sein, bedarf aber der nachvollziehbaren Begründung.

Kein Alleinvertretungsanspruch: Psychotherapeutische Methoden sind von Menschen mit begrenzter (Erkenntnis-)fähigkeit entwickelt. Sie dienen dem begrenzten Zweck der Krankenbehandlung oder der Lebenshilfe. Eine Methode, die diese Begrenzung der Gültigkeit und Anwendbarkeit leugnet, diskreditiert sich selbst.

Geordnete Ausbildung und Fortbildung: Sowohl intern wie auch nach außen müssen die qualitativen, zeitlichen und finanziellen Anforderungen der Aus- und Fortbildung klar und durchschaubar sein.

Beschwerdemöglichkeiten: Die Organisation, die die Methode repräsentiert, verfügt über eine einfach zu erreichende Anlaufstelle für Beschwerden. Diese Stelle ist glaubhaft um eine Konfliktlösung bemüht und/oder verweist gegebenenfalls weiter.

URSULA NEUMANN

Glossar

Die folgenden Verfahren bilden nur einen winzigen Ausschnitt aus dem aktuellen „Psychomarkt“ ab. PatientInnen haben häufig vor ihrer Psychotherapie Erfahrungen mit diesen Methoden gemacht oder machen sie parallel dazu und erwarten ganz selbstverständlich, dass wir auch mit den abwegigsten Methoden vertraut sind – ist ja alles „Psycho“ und damit in ihren Augen unser Metier. Wir haben solche Methoden beschrieben, die derzeit bei unseren eigenen PatientInnen besonders beliebt sind. Manche halten wir für empfehlenswert und hilfreich, andere für Scharlatanerie und gefährlich. Auch wenn uns das gelegentlich ziemlich schwer fiel, haben wir uns um eine möglichst „neutrale“ Beschreibung bemüht. Wir haben keinen höheren Anspruch als den, Sie anzuregen, sich selbst kundig zu machen. Eine Liste von dabei hilfreichen Internet-Links und Büchern finden Sie auf S. 35.

Bachblütentherapie beruht auf Konzentraten von 38 Pflanzenblüten, die von dem englischen Arzt Edward Bach vor etwa 100 Jahren 38 disharmonischen Seelenzuständen zugeordnet wurden und deren Ungleichgewicht ausbalancieren sollen. Der Therapeut soll dabei intuitiv den krisenhaften Seelenzustand erfassen und den Selbstheilungsprozess des Klienten mit Hilfe der Blütenextrakte unterstützen. Wie sehr dieser Prozess auf Glauben beruht, zeigt die Tatsache, dass die Selbstheilung bei Unfällen oder plötzlichen Erkrankungen auch durch vorgefertigte „Notfall (Rescue) Tropfen“ in Gang gesetzt werden soll.

Bioenergetik ist ein überwiegend sozial-interaktives und körperlich-expressives Psychotherapieverfahren, das den Körper des/der Klienten/in in die therapeutische Arbeit mit einbezieht. Mit dem Verfahren soll, „psychotherapeutisches Geschehen aus der Sicht des Körpers mit seinen physiologischen, biologischen und physikalischen Begriffen und Prozessen“ verstanden und die ursprüngliche „Bioenergie“ wieder hergestellt werden.

Das Verfahren geht auf den Reich-Schüler Alexander Lowen zurück, der annahm, dass sich die Lebensgeschichte eines Menschen im Körper-Ausdruck widerspiegelt (Muskelblockaden, Muskelpanzer, Stauungen u. a.). Den energetischen Blockaden werden psychische Symptome und neurotische Verhaltensweisen zugeordnet.

Die Therapie zielt darauf ab, in den Körper oder in bestimmte vorgegebene Körperregionen hinein zu spüren, dort verankerte Gefühle wahrzunehmen, sie mit alten Erinnerungen in Verbindung zu bringen und durch den körperlichen, verbalen und/oder emotionalen Ausdruck eine Lösung zu ermöglichen. Bioenergetik ist heute eine Domäne der HeilpraktikerInnen, wobei öfters im gleichen Atemzug für „Klangmassagen“, „energetische Hausreinigung“ oder „Master-Healing“ geworben wird. Bei schwerer gestörten Personen kann es – zumal bei nicht qualifizierten BehandlerInnen – zu gefährlichen Schädigungen bis hin zum Ausbruch von Psychosen kommen.

Biofeedback Entspannungsverfahren, das nach dem Prinzip des operanten Konditionierens arbeitet. Physiologische Vorgänge sind dem Bewusstsein nicht direkt zugänglich. Im Falle von Dysregulationen (z.B. Migräne) sollen sie mittels Biofeedback bewusst und damit steuerbar gemacht werden. Klient/Klientin ist an ein Biofeedback-Instrument angeschlossen, Körperfunktionen (z.B. Herztätig-

keit, Atemtätigkeit, Blutdruck) werden akustisch und optisch übermittelt und der Klient/Klientin lernt zunächst durch trial and error Körperfunktion willentlich zu beeinflussen. Während anfangs der Therapeut/die Therapeutin anwesend ist, kann mit der Zeit auch allein geübt werden. Von jeder Sitzung werden Computerprotokolle zur Kontrolle der Entwicklung angefertigt. Ziel ist, dass der Klient/die Klientin die entsprechenden physiologischen Vorgänge ohne äußere Hilfsmittel steuern kann.

Bioresonanztherapie Der Arzt und – laut Aktion Bildungsinformation – Scientology-Aktivist Franz Morell entwickelte die Theorie, dass Körperzellen elektromagnetische Signale abgeben, die im Gewebe Schwingungen bewirken. Diese können harmonisch oder disharmonisch sein. Durch ein von Morell entwickeltes Gerät, bei dem Elektroden je nach Krankheitsbild an verschiedenen Körperstellen des Klienten/der Klientin angebracht werden, sollen diese Schwingungen erfasst, analysiert, und die krankhaften in harmonische verwandelt und dann zurückgeleitet werden. Dies aktiviere die Selbstheilungskräfte des Körpers. Ein Typ dieses Geräts wird von einer Firma vertrieben, deren Geschäftsführer ebenfalls Scientologe sein soll. Hohe Kosten!

Demartini-Methode Ein relativ neues kognitives Verfahren aus den USA. In Seminaren, Einzelkontakten mit Dr. Demartini oder durch die Beantwortung von Fragebögen soll eine Art „Umwidmung“ der bisherigen Lebenseinstellungen erzielt, „Vitalität“ gestärkt und der Energiehaushalt vergrößert werden. Dazu gibt es konkrete Ratschläge, wie etwa mäßig essen, reichlich Wasser trinken, Dankbarkeit und Freude zeigen. Ziel ist, bestimmte Konflikte oder Ereignisse anders zu sehen und die neue Sicht schriftlich festzulegen und kognitiv einzuüben. Die Methode ähnelt NLP und Ratschlägen des „New Age“. Durch die Fragebögen findet eine gewisse Analyse der eigenen Probleme statt. Dies kann mindestens zunächst erleichternd und fördernd wirken, zumal in Verbindung mit der charismatischen Ausstrahlung des Dr. Demartini. Es wird rasche positive Veränderung versprochen. Die Methode verfügt über keinen Krankheitsbegriff, auch deshalb kann sie allenfalls in die Kategorie „Selbsterfahrung“ eingeordnet werden. Die Kosten sind beträchtlich.

DIA – Institut Das Deutsche Institut für Angstüberwindung (DIA) ist auf Angst- und Panikstörungen und hiermit verbundenen Depressionen spezialisiert, die durch „leichte medizinische Hypnose, ähnlich einer Tiefenentspannung“ behandelt werden. Das Institut wirbt mit 90 % igen Heilungserfolgen. Die Konzepte zur Entstehung, Symptomatik und Behandlung von Ängsten kommen tiefenpsychologischen Vorstellungen sehr nahe.

Am Beginn steht ein schriftlicher diagnostischer Fragenkatalog, der „ca. 10 Gesprächsstunden“ ersetzen soll. Es folgt ein „Hypnoseaufbautag“ von ca. 8 Stunden mit Erarbeitung eines „maßgeschneiderten, individuellen“ sog. „Dialogramms“, gewissermaßen der „Hypnoseplan“ für die Behandlung. Auf diese Weise wird der „Hypnosezustand“ eingeübt. Den Hilfe Suchenden wird ihr „Dialogramm“ auf einem Tonträger zur Verfügung gestellt, um es über einen mehrmonatigen Zeitraum „hypnotisch aufzunehmen“. Für Notfälle existiert an Werktagen eine „DIA-helpline“. Beträchtliche Kosten.

Familienaufstellung nach Hellinger Eine neuere sozial-interaktive und expressive Therapie-Methode, die von allem etwas hat: Esoterisch, spirituell und „New Age“. Aus einer Gruppe werden „Familien“ aufgestellt, wobei ein(e) KlientIn aus den TeilnehmerInnen seine/ihre „Familienmitglieder“ auswählt. Auf diese Weise sollen Fami-

lienstrukturen, Familienkonflikte oder auch Gefühle einzelner „Familienmitglieder“ bewusst werden. Die KlientInnen werden mit manchmal durchaus destabilisierenden Gefühlen und Erkenntnissen allein gelassen, auffangende Gespräche sind nur äußerst begrenzt möglich, eine weiterführende Bearbeitung oder Therapie gar nicht. Wer Skepsis oder Kritik äußert, wird häufig massiv entwertet. Ohne Rücksicht auf die Folgen und ohne klares therapeutisches Konzept wird „Aufdeckung“ betrieben. Aber selbst eine richtige Erkenntnis ist keine Heilung. Die autoritäre Ideologie Hellingers ist inzwischen allgemein bekannt, wie es um die Qualifikation seiner zahllosen SchülerInnen steht, dagegen weniger.

Feldenkrais Bei diesem nach seinem Begründer benannte Verfahren soll mit aktiver und passiver Körperarbeit Bewusstheit für die Körperbewegungen entwickelt werden. Dadurch soll auf körperlicher Ebene mit einem Minimum an Anstrengung ein Maximum an Effizienz erzielt werden. Mittels „Bewusstheit durch Bewegung“ soll darüber hinaus eine positive Veränderung des Selbstbildes bewirkt werden, die zu einer „funktionalen Integration“ führt.

In Gruppen erhalten die TeilnehmerInnen Anweisungen, um spielerisch neue organischere Bewegungen zu erspüren und zu erlernen. In Einzelarbeit werden durch kleine Berührungen und Bewegungen des Unterrichtenden die „eingefleischten“ Bewegungsabläufe deutlich gemacht und neue bessere Möglichkeiten gezeigt.

Focusing Focusing gehört zu den humanistischen Psychotherapien und wurde von Eugene T. Gendlin, einem Mitarbeiter von Carl Rogers, entwickelt. Ein zentraler Begriff ist der „felt sense“ ein ganzheitliches Gefühl der Richtigkeit hinsichtlich einer Situation, einer Person, einer Entscheidung. Um zu dieser inneren Evidenz zu kommen, richtet Focusing die Aufmerksamkeit auf das unmittelbare körperliche Erleben; körperlich spürbare Veränderungen (felt shift) weisen den Weg zu Lösungsschritten und entwickeln das verwickelte Gefühl. Der Kontakt zwischen Körper und Seele, Bewusstem und Unbewusstem, Denken und Fühlen soll hergestellt und alles integriert werden. Focusing soll helfen, mit sich selbst besser in Einklang zu kommen, und Kreativität und Problemlösungsfähigkeit steigern. Als Therapie oder als Therapietechnik innerhalb anderer Therapiearten, soll es helfen, blockierte Problemlösungsprozesse wieder in Gang zu setzen.

Gestalttherapie Ein von Frederick S. Perls entwickeltes Verfahren aus dem Bereich der „Humanistischen“ Therapieformen. Der Ansatz: in den verschiedensten körperlichen und seelischen Regungen des Menschen findet „Entfremdung“ im/vom „Hier und Jetzt“ ihren Ausdruck und kann wahrgenommen werden. Die Überwindung dieser Entfremdung wird das „Schließen von Gestalten“ genannt. „Gestalten“ sind in diesem Sinne unerledigte, verdrängte, vermiedene Gefühle oder innere Hemmnisse, die sich einem unbeschwerten Leben im „Hier und Jetzt“ entgegen stellen. Im sog. „hot seat“ sollen sich die KlientInnen mit therapeutischer Unterstützung jeweils einer dieser „Gestalten“ stellen, die dazu gehörigen Gefühle erleben und nach außen bringen, dadurch schließe sich die Gestalt und sei „erledigt“. Bei der Traumarbeit werden Träume nicht gedeutet sondern „zu Ende“ gespielt, so dass auch eine „Traum-Gestalt“ geschlossen werden kann.

Perls hat die Gestalt-Therapie in Opposition zur Psychoanalyse entwickelt. Heute ist diese Entfernung nicht mehr so groß. In der Tiefenpsychologie werden Gestalt-Techniken (Perls nennt sie „Tricks“) verwendet, umgekehrt hat die Gestalt-Therapie wieder größere Nähe zur Tiefenpsychologie gefunden. Es fehlen ihr aber ein eindeutiger Krankheitsbegriff und ein diagnostisches Verfahren.

Hakomi Dieses Verfahren nennt sich eine „auf das gegenwärtige Erleben bezogene, tiefenpsychologisch fundierte und körperzentrierte Psychotherapiemethode“ und wurde Anfang der 80er Jahre von seinem Begründer, dem Amerikaner Ron Kurtz, in Deutschland eingeführt. „Hakomi“ bedeute in der Sprache der Hopi-Indianer „Wer bin ich?“. KlientInnen sollen das eigentliche eigene Wesen (Selbst) hinter all seinen Schutzmechanismen, Ängsten und Blockierungen „befreien“ und daraus Lebenslust und Potentiale mobilisieren. Dazu werden durch den/die TrainerIn bestimmte Techniken angewandt, z. B. so genannte „Sonden“ gesetzt, d. h. es wird versucht mit empathischer verbaler Zuwendung, einen direkten Zugang zu diesen „Kraftquellen“ zu bekommen. Das „Abnehmen“, eine weitere Technik, bedeutet, dass der/die TherapeutIn dem/der Klienten/in einen Widerstand der während der Sitzung auftaucht (zum Beispiel Angst oder Schmerz) „abnimmt“.

In diesem Verfahren finden wir eine Mischung von Konzepten der Tiefenpsychologie, Bioenergetik, GT, Gestalt u. a.. Im Vordergrund steht das Konzept der Abwehr, das aber nur scheinbar tiefenpsychologisch verstanden wird. Ausdrückliches Ziel von Hakomi ist es, mit einer Reihe von Techniken hinter die Abwehr zu kommen und nicht, an und mit ihr zu arbeiten. Trotz starker Betonung des empathischen Kontaktes zwischen KlientIn und TherapeutIn als „Wirkungsfeld“ des Verfahrens werden Übertragungsphänomene wenig beachtet.

Hypnotherapie Hypnose oder hypnoseähnliche Verfahren sind uralte. Die moderne Hypnotherapie geht wesentlich auf den Psychiater Milton H. Erickson zurück. Durch Suggestion kommt der Klient/die Klientin in einen Trancezustand. Der Trancezustand wird nicht als schlafähnlicher Zustand verstanden, sondern als Zustand intensiver Konzentration nach innen, wobei man durchaus die Kontrolle über sich behält. Nicht nur physiologische Reaktionen werden verändert und Entspannung bewirkt (z. B. herabgesetztes Schmerzempfinden), sondern das rationale logische Denken trete in den Hintergrund und der Zugang zum bzw. die Veränderung des Unbewussten werde leichter möglich. Regression in die Vergangenheit, um Ressourcen zur Problembewältigung zu finden oder unbearbeitete Traumata aufzuspüren, gehören ebenso zum Repertoire wie die fantasierte Vorwegnahme künftiger Ereignisse, um sich darauf vorzubereiten. Der/die TherapeutIn gibt neue Ideen, Bilder, Metaphern vor, die dem jeweiligen Gegenüber angepasst sind, um dessen Kreativität für neue Lösungsmöglichkeiten anzuregen.

Katatypes Bilderleben Eine von dem Psychiater und Psychoanalytiker Hanscarl Leuner in den 50er Jahren entwickelte Methode, in der die KlientInnen angeleitet werden, mit ihren Tagträumen (Imaginationen) zu arbeiten. Anhand von vorgegebenen Standardmotiven, die in drei Stufen aufgeteilt sind (z.B. Wiese, Partner, Höhle), aber auch frei eigenen Einfällen folgend „bildern“ KlientInnen jeweils ihre „Traumreise“. So entstehe ein „inneren Film“, der die unbewussten Konflikte widerspiegeln, die dadurch bewusst werden. Der letzte Teil jeder Sitzung dient dazu, das Erlebte mit dem Therapeuten/der Therapeutin durchzusprechen mit dem Ziel der Konfliktlösung, Ichstärkung und Erweiterung der Erlebnisfähigkeit.

NLP (Neuro Linguistisches Programmieren) NLP gehört zu den kognitiven Therapieverfahren und kam in den 70er Jahren aus den USA nach Deutschland. Danach orientieren sich alle Denk- und Handlungsvorgänge an der Struktur einer persönlichen „Innenwelt“. Diese wird als kognitive Repräsentation der eigenen Sinneseindrücke und -erfahrungen sowie der sozialen Erwartungen gesehen. NLP

setzt bei dem Gedanken an, dass unsere „innere Konstruktion“ defizitär sein kann und dadurch immer wieder fehlerhaftes Denken und Handeln produziert. Die „innere Konstruktion“ des Welt- und Selbstbildes ist zu analysieren und mit Hilfe der Sprache oder durch Übungen zu verändern mit dem Ziel besseren Problemlösens und größerer Effizienz („coping“). Die so bewirkte Veränderung wird als „Umprogrammierung“ neuronaler Verknüpfungen verstanden, was der Methode einen naturwissenschaftlichen Anstrich gibt, aber wohl kaum den Tatsachen entspricht.

Es gibt einerseits durchaus positive Stimmen, in Managementkreisen erfreut sich NLP großer Beliebtheit. Andererseits wird dem Verfahren nicht selten der Vorwurf gemacht, eine auf Manipulation abzielende Psychotechnik zu sein.

Rebirthing (Auch Integratives Atmen genannt) ist eine Atemtechnik, die auf alte Yoga-Techniken zurückgeführt wird. Leonard Orr (der inzwischen das „Konzept der physischen Unsterblichkeit“ als zentrale Theorie vertritt) hat es in den 70er Jahren in den USA „neu entdeckt“ und weiter entwickelt. Es ist eine Kombination von Atemtechnik, Körperarbeit, Meditation und spirituellen Reinigungstechniken sowie Gedankenarbeit (positives Denken). Es kann in Einzel- oder Gruppensitzungen oder (nach entsprechender Erfahrung) allein durchgeführt werden. Durch richtiges Atmen beseitigt man körperliche und geistige Blockaden, aber auch Geburtstraumen. Es kommt zur Integration von Körper, Seele und Geist. Ob dabei gezielt Ausnahmezustände durch Hyperventilation herbeigeführt werden, sei dahingestellt. Offen bleibt auch, wie die Menschen weiter betreut werden, bei denen die angestrebte Aufhebung „alter energetischer Muster“ eine Krise auslöst und nicht wie angepriesen auf körperlicher, seelischer und spiritueller Ebene zu einem neuen Lebensgefühl („wie neu geboren“) führt.

Reiki Reiki („göttliche Energie“) (auch „Radianz-Technik“) wurde zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts von Mikao Usui kreiert, der an einer christlichen Klosterschule in Japan lehrte. Durch Handauflegen soll die göttliche Lebenskraft des Universums (mit der auch Jesus geheilt habe) übertragen werden. Entsprechend wird Reiki nicht gelehrt oder gelernt, sondern von LehrerIn zu SchülerIn weitergegeben: durch Einweihungsriten wird der Körper des Schülers/der SchülerIn für „kosmische Energie“ geöffnet und wieder „versiegelt“, damit die Energie nicht entweichen kann. Es gibt verschiedene Grade, die auch zur Fernheilung befähigen sollen. In den Sitzungen, die die Beseitigung emotionaler und mentaler Probleme zum Ziel haben, liegt der Klient/Klientin auf einer Matte und der Therapeut/die Therapeutin legt die Hände jeweils minutenlang einem Ritual folgend auf bestimmte Körperstellen. Dabei können auch Kristalle verwendet werden.

Rolfing Begründet von der Biochemikerin Ida Rolf in den dreißiger Jahren des vorigen Jahrhunderts.

Innerhalb von zehn Stunden soll der Körper seine ideale „Iotrechte“ Struktur wieder finden, die er aufgrund verkürzten „verklebten“ muskulären Bindegewebes verloren hat. Gefühle und Einstellungen würden sich auf Körperstruktur und im Bindegewebe abbilden, Fehlentwicklungen durch manuelle Therapie zur ganzheitlichen „Strukturellen Integration“ führen. Rolfing versteht sich nicht als Therapie i. e. S., ein Krankheitsbegriff fehlt. Vielmehr geht es darum, neue körperliche Bedingungen zu schaffen, die eine neue Entwicklung einleiten sollen.

Ähnlich wie Rolfing arbeiten Vertreter der „Soma“- und „RosenWork“-Methode. Theorie und Wirksamkeit sind – vorsichtig gesagt – umstritten.

Wissenschaftliche Gesprächstherapie Etabliertes Psychotherapie-Verfahren nach Carl R. Rogers, auch „Klienten zentrierte Therapie“ genannt. Es beruht auf der Annahme, dass es in der Entwicklung des/der KlientenIn Brüche und Hemmungen (durch Lebensphasen oder Einzelereignisse) gegeben hat, die sich in Abwehrverhalten („Fassade“) und falscher Einstellung gegenüber dem eigenen wahren Sein ausdrückt. In einer „kongruenten“ therapeutischen Beziehung, die durch bedingungslose positive Zuwendung und empathisches Verstehen des/der Therapeuten/in gekennzeichnet ist, erfährt der/die Klient/in diese Qualitäten und erlernt sie für sich, um das eigentliche Selbst hinter der Fassade hervorzubringen. Die Wirksamkeit des Verfahrens ist unbestritten. Allerdings fehlen ein klares Krankheitsverständnis und ein diagnostisches Instrumentarium. Behandelt werden daher vor allem Befindlichkeitsstörungen, Lebenskrisen, Traumen oder Lebensprobleme ohne neurotischen Hintergrund.

RÜDIGER HAGELBERG, ORTWIN LÖWA, URSULA NEUMANN

Die Nicht-Richtlinienverfahren und der Prozess ihrer gesellschaftlichen Entwertung



Marianne Funk

Vor dem Psychotherapeutengesetz

1977-1993

Viele PsychologInnen haben sich Anfang der 80er Jahre für eine Ausbildung in Nicht-Richtlinienverfahren entschieden. Ihnen erschien weder Psychoanalyse noch Verhaltenstherapie ausreichend attraktiv. Die Psychoanalyse tendierte dazu, seelische Erkrankungen als innerpsychisches Konfliktgeschehen zu individualisieren und vernachlässigte die realen psycho-sozialen Belastungen, damit wurde sie vielen PatientInnen nicht gerecht. Die Verhaltenstherapie hatte die kognitive Wende noch sehr unzureichend vollzogen und verlor sich in pragmatisch orientierten Einübungen funktionalen Verhaltens. Für viele PatientInnen war das nicht geeignet. Die KollegInnen damals erwarteten selbstverständlich, dass Verfahren wie Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Logotherapie, Körperpsychotherapie, Transaktionsanalyse und Psychodrama als psychologisch begründete Verfahren zur vertraglichen Versorgung ermächtigt werden, sobald die heilkundliche

Anerkennung und die kassenärztliche Zulassung der PsychologInnen geregelt wäre. Man war überzeugt, dass es ein derartiges erweitertes Psychotherapeutengesetz bald geben werde.

Von 1967 bis 1980 waren nur die Psychoanalyse und die Tiefenpsychologie in der gesetzlichen Krankensversorgung (GKV) anerkannt; anfangs lediglich für ärztliche PTen, seit 1972 im Rahmen des Delegationsverfahrens auch für nicht-ärztliche. 1980 kam die Verhaltenstherapie über einen Modellversuch hinzu, seit 1987 ist sie endgültig als Richtlinienverfahren in der GKV verankert. Der damit verbundene Aufbau einer geregelten Ausbildung über KBV- anerkannte Institute trug wesentlich zu ihrer Etablierung und gesellschaftlichen Aufwertung bei.

Zunächst gab diese Entwicklung für die BehandlerInnen mit Nicht-Richtlinien-(Non-Rili)-Verfahren wenig Grund zur Beunruhigung. Die Zahl der zugelassenen BehandlerInnen war gering und die Non-Rili-Verfahren wurden von den KlientInnen/PatientInnen gut akzeptiert. Allerdings nahm der „Qualifikationsdruck“ für die selbständig tätigen KostenerstatterInnen zu, und viele absolvierten mehrere Aus- oder Weiterbildungen, um für das heterogene Patientenspektrum ein ansprechendes Angebot bereitstellen zu können.

Über die Techniker-Krankenkasse erfolgte ab 1983 eine Aufwertung: ein „Methoden übergreifendes Behandlungsverfahren“ konnte im Rahmen der Kostenerstattung offiziell abgerechnet werden. Dafür wurden vor allem durch den BDP Aus- und Fortbildungsbedingungen entwickelt, die den Standards der Psychotherapierichtlinien entsprachen. Aufgrund des Erfolgs beteiligten sich viele andere Kassen nach § 13.3 SGB V an der außervertraglichen Finanzierung von Psychotherapien in Non-Rili-Verfahren. Bis 1993 gab es ein weitgehend geduldetes Nebeneinander von Richtlinien- und Nicht-Richtlinienverfahren. Besonders in den 80er Jahren konnten sich viele Non-Rili-Kostenerstattungspraxen gut etablieren.

Aber die Konkurrenz in Gestalt der Kassenärztlichen Vereinigungen bestritt einen Versorgungsnotstand bei der Psychotherapie. Heilkunde war durch ein Gesetz von 1939 den ÄrztInnen vorbehalten. Mit zum Teil kurzen Ausbildungen (dem kleinen Psychotherapietitel) konnten sie schnell an die Legitimation und an eine geregelte Finanzierung kommen. Die psychologischen Kostenerstattungspsychotherapeuten (v. a. „KliPs“, BDP) glaubten sich lange Zeit geschützt vor der Deklassierung/Ausgrenzung. Sie vertrauten auf ihren einschlägigen akademischen Grundberuf, ihre postgraduelle klinische Ausbildung und die nachweisbare Wirksamkeit der Non-Rili-Verfahren. Jedoch auch die „DelegationspsychologInnen“ wandten sich gegen die Vertreter der Non-Rili-Verfahren. Psychoanalytiker sahen ohnehin in ihrer Methode das Mittel der Wahl. Die rasche Expansion der Verhaltenstherapie seit ihrer Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV, vertiefte die Spaltung unter den PsychologInnen ebenso wie die Angst um die Honorare. Die KostenerstatterInnen griffen ihrerseits die DelegationskollegInnen an, sie würden ihren Status als Psychologen verraten und hätten sich der Ärzteschaft unterworfen. Kurzzeitig triumphierten sie sogar mit ihren festen Honoraren gegenüber den zugelassenen Kollegen, deren Punktwerte zusammenbrachen. Man zog aus der Entwertung der anderen viel trügerisches Selbstbewusstsein. KostenerstatterInnen ignorierten die Beschädigung, die für sie dadurch entstand, dass der graue Psychomarkt neben soliden Non-Rili-Ausbildungen auch undurchschaubare und problematische selbsternannte Ausbildungssysteme aufblühen ließ.

1990-1998

Die Änderung kam schleichend und wurde in den Non-Rili-Praxen lange kaum wahrgenommen. Seit 1990 ging die Nachfrage für Ausbil-

dungen in Nicht-Richtlinien-Verfahren zunehmend zurück. Verhaltenstherapeutische Ausbildungsinstitute dagegen sprossen seit 1987 aus dem Boden. Die jüngeren KollegInnen, die keine praktischen Erfahrungen mit Nicht-Richtlinien-Verfahren hatten, wandten sich zunehmend der Verhaltenstherapie mit ihren gesicherten Zukunftschancen zu. Eine psychoanalytische Ausbildung scheiterte oft an den immensen Kosten, die nur bei der entsprechenden Überzeugung aufgebracht wurden. Tiefenpsychologische Ausbildungen entsprechend dem Psychotherapietitel der Ärzte gab es für die PsychologInnen nicht.

1993 wurde die Verhaltenstherapie durch die Metaanalyse von Klaus Grawe als besonders wissenschaftlich fundiertes Verfahren geadelt. Sowohl die Psychoanalyse als auch die Nicht-Richtlinien-Verfahren (außer der Gesprächstherapie) kamen dadurch unter Legitimationsdruck. Die Diskussion um geeignete Kriterien für psychotherapeutische Forschung wird seither kontrovers geführt.

Außerdem rückten finanzielle Interessen zunehmend in den Vordergrund. Je größer die Behandlerzahl wurde, umso schwerer konnte Psychotherapie, insbesondere Non-Rili-Therapie außerhalb des Kassenärztlichen Systems durchgesetzt werden. Für die einzelne Praktikerin gab es demütigende Erfahrungen mit den Kassen: Es kamen behandlungsbedürftige PatientInnen, die innerhalb des Systems keinen Therapieplatz fanden. Die Non-Rili- BehandlerInnen hatten Kapazitäten und therapeutische Kompetenz, und dennoch wurde die Finanzierung der Behandlungen abgelehnt. Teilweise hatte man sogar auf Anforderung Antragsberichte für den MdK geschrieben, die dann wegen der angeblich fehlenden Qualifikation der BehandlerIn nicht einmal gelesen wurden. Oder aber der Gutachter empfahl den Kassen aufgrund des Berichtes zwar die Genehmigung der Psychotherapie, allerdings nicht bei dem Urheber des Berichtes, da dieser nicht über die „notwendige Qualifikation“ verfüge. Es gab Regionen und Kassen, in denen es schier unmöglich war, auf dem Weg der Kostenerstattung eine Therapie finanziert zu bekommen. Deshalb ist auch die Bestimmung des BSG höchst unreal, nach der für das Zeitfenster elf wöchentliche kassenfinanzierten Behandlungsstunden erbracht werden mussten.

Im Oktober 1996 brachte das Landessozialgericht in Nordrhein-westfalen die Regelung der Technikerkasse zu Fall. Es erklärte eine reguläre Kostenerstattung für unzulässig, ebenso den Einsatz methodenübergreifender Verfahren, weil dies nicht den Psychotherapierichtlinien entspreche. Damit waren die Nicht-Richtlinien-Verfahren von der Finanzierung abgeschnitten. In der Kostenerstattung wurden seither nur noch Richtlinienverfahren finanziert. Gleichzeitig hatten bei den Versicherten die ökonomischen Möglichkeiten zur Selbstfinanzierung abgenommen und es gab zunehmend mehr kassenzugelassene BehandlerInnen. Die Nachfrage nach Nicht-Richtlinien-Verfahren ging deutlich zurück.

Der Druck für ein Psychotherapeutengesetz stieg an, wobei die Richtlinienverbände und die sog. Kostenerstattungsverbände vor allem wegen der finanziellen Ängste in erbitterter Konkurrenz standen („Das Boot ist voll“).

Vom Psychotherapeutengesetz bis heute

Das PTG hat den psychologischen PsychotherapeutInnen die lang erhoffte gesellschaftliche Anerkennung ihrer professionellen Qualifikation gebracht. Der Preis dafür war, dass die ehemaligen KostenerstatterInnen dabei im Prokrustesbett der Legaldefinition des Psychotherapeutengesetzes auf Richtlinienverfahren zurechtgestutzt wurden. In der ambulanten Versorgung verschwanden die Nicht-Richtlinienverfahren vollständig von der Bildfläche der gesetzlichen Krankenversor-

gung. Sie dürfen nicht auf der Basis der neuen Approbation durchgeführt und abgerechnet werden, sondern sind heute über den kleinen Heilpraktiker für Psychotherapie legitimiert und werden auf dessen Stufe gestellt.

Über die Kassenzulassung verwandelte sich die Mehrheit der KostenerstatterInnen kurzerhand zu VerhaltenstherapeutInnen und TiefenpsychologInnen. Nur wenige wurden über ihr Nicht-Richtlinienverfahren zugelassen, sie mussten aber den Verfahrenswandel in einer Übergangszeit bis Ende 2003 erfüllen. Die „Sozialisierung“ der KostenerstatterInnen erfolgte mittels des Gutachterverfahrens, mit dem die Denkschemata der Richtlinienverfahren einzuüben waren. In den Anfängen wachten GutachterInnen argwöhnisch darüber, ob KollegInnen durch ihre Wortwahl zu erkennen gaben, dass andere Verfahren in die Behandlung einfließen, denn diese waren über die Psychotherapierichtlinien ausgeschlossen.

Der Wissenschaftliche Beirat spielte bei der Regulierung der Psychotherapieverfahren eine viel kritisierte Rolle. Er stellt einseitig empirische Kriterien auf, die am Goldstandard von RCT-Studien orientiert sind. Verfahren, die nicht im universitären Kontext forschen, können das nicht leisten, zudem entsprechen die EbM-Kriterien auch nicht dem Wissenschaftsverständnis vieler PsychotherapeutInnen.

Die Diskussion um die Nicht-Richtlinien-Verfahren ist in der etablierten Psychotherapie nicht verstummt. Der Trend geht aber nicht dahin, die Zulassung weiterer Therapieschulen zu fördern. So hat die Gesprächstherapie derzeit zwar als drittes Verfahren die wissenschaftliche Anerkennung erhalten, ihre sozialrechtlichen Anerkennung wird aber im Gemeinsamen Bundesausschuss mit fadenscheinigen Verfahrensnotwendigkeiten blockiert.

Auf einer Tagung des GK II im Juni 2005 wurde die formale Kategorisierung und die Einschränkung von Therapieverfahren in den Psychotherapierichtlinien kritisiert. Man wies darauf hin, dass PraktikerInnen Techniken einsetzen, die nicht aus der eigenen Ausbildung kommen. Besonders VerhaltenstherapeutInnen fordern hier eine Flexibilisierung der Psychotherapierichtlinien, denn es fällt ihnen bei ihrem empirisch-behavioralen Vorgehen leicht, aus anderen Verfahren einzelne Techniken herauszulösen und in die eigene Arbeit zu integrieren.

Wollen wir das wirklich?

Es gibt zahlreiche Verfahrensanteile der Nicht-Richtlinien-Verfahren die unter neuem Label und nunmehr als wissenschaftlich geadelte Techniken eine Renaissance erleben und am sozialrechtlichen Manna teilhaben. Ist das aber wirklich eine günstige Entwicklung für die Psychotherapie? Die Komplexität der Non-Rili-Verfahren wird in ein Sammelsurium von Techniken zersplittert, wobei selbst die „Quellenangabe“ unterschlagen wird. Ob aber ein „hot seat“ in der Verhaltenstherapie wirklich dasselbe ist wie in der humanistisch orientierten Gestalttherapie, ist zu bezweifeln. Mag sein, dass durch symptomorientiertes evidenzbasiertes wissenschaftliches Vorgehen mancher Wildwuchs verhindert wird. Aber der Preis dafür sind fade Einheitsprodukte aus Monokulturen. Die derzeitige Entwicklung lässt befürchten, dass die therapeutischen Gesamtkonzepte von Non-Rili-Verfahren mit humanistischer, systemisch-ökologischer oder körperorientierter Prägung und ihr jeweiliges dahinter liegende Menschenbild nachhaltig aus der psychotherapeutischen Versorgung verdrängt werden. Das wäre ein Verlust zum Schaden der PatientInnen. In einer heterogenen Gesellschaft mit unterschiedlichen Denk- und Lebensweisen, Lebenszielen, Werten etc., sollte nicht ausgerechnet die Psychotherapie die komplexe Pluralität der Bewältigungsmöglichkeiten ignorieren.

MARIANNE FUNK

Erfahrungen mit dem „wahren“ Buddhismus

Wo finden wir heute Antworten auf existenzielle Fragen unseres Lebens? Die ehemaligen Gewissheiten aus dem Glauben sind für viele zu Spekulationen geworden, familiäre Bezugsrahmen erwiesen sich als brüchig, und ehemals Halt gebende Traditionen oder Ideale haben sich überlebt.

In unserer Suche nach „Ersatz“ öffnen wir uns den „ganzheitlichen“ Angeboten der neuen Zeit. Häufig verschwimmt dabei der Unterschied zwischen „Heilung“ und „Heil“, das heißt, zwischen unserem Wunsch nach einer „gesunden Seele“ und nach letzten Sinn gebenden Glaubensinhalten. Aus persönlichem Erleben möchte ich die Widersprüche des Strebens nach Heilung auf der einen Seite und spiritueller Hingabe auf der anderen darstellen.

Der Buddhismus, von dem ich berichten will, wurde mir als japanische Variante von einer Freundin nahe gebracht: begründet von dem im 13. Jahrhundert in Japan lebenden buddhistischen „Meister“, Nitscheren Daischonin, und heute von der „Soka Gakkai“, einer inzwischen weltweiten Organisation mit ihrem 3. Präsidenten Daisaku Ikeda, vertreten und verbreitet. Ein hohepriesterliches Zentrum befindet sich in Japan.

Ich lernte eine Gruppe von ca. dreißig Menschen unterschiedlicher Nationalität kennen, die sich einmal pro Woche zum Praktizieren trafen: zum „Chanten“, dem „meditativen“ Sprechen einer Art von Mantra und zum „Gongyo“, dem gemeinsamen Rezitieren eines alt-japanischen Textes von Nitscheren Daischonin aus dem sog. „Lotos Sutra“. Das „Gongyo“ fand vor dem „Gohonson“ (übersetzt: „Objekt größter Verehrung“) statt, einer Schriftrolle mit den ersten Versen des „Lotos-Sutra“ in alt-japanischer Schrift. Der Gohonson wird an neue Mitglieder übergeben, wenn sie sich entschlossen haben, die Praxis dieses Buddhismus „beizubehalten“.

Die Zusammenkünfte fanden in der Wohnung unseres japanischen Leiters statt, später auch bei anderen Mitgliedern, die einen „Gohonson“ hatten. Einen Höhepunkt der Treffen gab es, wenn Herr O., der ebenfalls aus Japan stammende höhere Leiter, anwesend war. Er wusste unnachahmlich zu motivieren, war verehrt und ein bisschen Legenden umwoben. Er starb früh und wurde von den Mitgliedern sehr vermisst.

Was eigentlich war das Ziel all dieses Praktizierens? Nach dem buddhistischen Glauben an Wiedergeburt und Karma, der Gesetzmäßigkeit von Ursache und Wirkung, sollte das Praktizieren dieses Buddhismus in diesem Leben „gute Ursachen“ für das nächste setzen oder sogar die Buddhaschaft im jetzigen Leben bewirken. Andere Möglichkeiten dahin gab es nicht. Es gab einige Problem beladene Menschen unter den Praktizierenden. Manch einer war in einer Lebenskrise zu den „Buddhis“ gestoßen. Es entwickelten sich bei manchen beeindruckende Besserungen.

Die Gruppenerfahrung sprach mich zunächst an. Dass ich nun für mein Heil selbst verantwortlich war und dafür etwas tun konnte, schien mir „erwachsener“ als der Glaube an einen „Gott-Vater“ oder „Gott-Sohn“. Wie konnte man ein Symbol anbeten, hieß es, das einen ans Kreuz genagelten Menschen darstellte? Manchmal störte mich die Abwertung des Christentums. Galt der Buddhismus nicht als besonders tolerant? Andererseits hatten japanische Buddhisten, so hörte man, als einzige dem japanischen Faschismus widerstan-

den. Eines Tages forderte Herr O. dazu auf, dass wir uns von unseren Bibeln trennen sollten.

Kopfschmerzen bereiteten mir zwei Punkte: Die ewigen „Erfolgsmeldungen“ in den Gesprächsrunden, die der buddhistischen Praxis zugeschrieben wurden, und die Thematisierung von Kindheit und Eltern. Auseinandersetzungen und Konflikte mit den Eltern seien besonders „schlechte Ursachen“ und man habe sich seine Eltern ja schließlich selbst „ausgesucht“. Die schlichte Aufforderung ging mir gegen den Strich, dass man sich mit den Eltern gut verstehen müsse.

Unsicher wurde ich, als ich las, dass sich dieser Buddhismus als der „wahre“ bezeichnete. Nitscheren Daischönin war demnach der „wahre“ Buddha. Zen-Buddhismus und andere Richtungen wurden als Irrlehren abgelehnt. Als wenn er die „Richtigkeit“ dieses Buddhismus bestätigen müsste, stand „Soka Gakkai“-Präsident Ikeda als angeblicher Freund Gorbachows und Autor vieler Publikationen geachtet in der Öffentlichkeit. Im „Express“, der Mitgliederzeitung der Buddhisten, konnte man ihn in vielen Reportagen über seine Treffen mit den „Großen“ dieser Welt bewundern. Auch Tina Turner und andere Prominente praktizierten diesen Buddhismus.

Als meisten litten meine „shaku buku“- Bemühungen. „Shaku buku“ besagt „Mission“, d. h. anderen von diesem Buddhismus zu erzählen und ihnen damit die Chance zu eröffnen, die Buddhaschaft in diesem Leben zu erreichen. Diese „mitleidige“ Aktivität anderen gegenüber wurde als die „beste Ursache“ und damit als beste Möglichkeit bezeichnet, sein Karma zu verbessern. Am wichtigsten galt das „shaku-buku“ bei den Eltern.

Immer häufiger sprach ich meine Kritik an. Man empfahl mir, mehr zu „chanten“ und endlich auch den „Gohonson“ zu beantragen. In einer Runde bezeichnete ich den „Express“ als Blatt zur nimmermüden Darstellung der Ansichten des „Selbstdarstellers“ Präsident Ikeda. Ein Leiter sagte mir darauf, ich verstehe das buddhistische Prinzip der „Meister-Schüler-Beziehung“ nicht. Ich fragte zurück, ob er das Buch: „Der Tod ist ein Meister aus Deutschland“ kenne. Ich hörte eine merkwürdig indolente Haltung der Japaner zu der Judenermordung in der Nazi-Zeit heraus. Es gäbe auch ein kollektives Karma, hieß es.

Wir erfuhren, dass es zwischen Präsident Ikeda und der Priesterschaft zu einem Zerwürfnis gekommen und die politische Partei der „Soka Gakkai“ in Japan, die „Komeito“, in unklare Korruptionsaffären verwickelt sei. Immer mehr fragte ich mich, wo ich da gelandet war. Eines Tages erzählte die besagte Freundin, Leiterin inzwischen, dass sie über alle buddhistischen Treffen Protokoll „für Japan“ führen müsse.

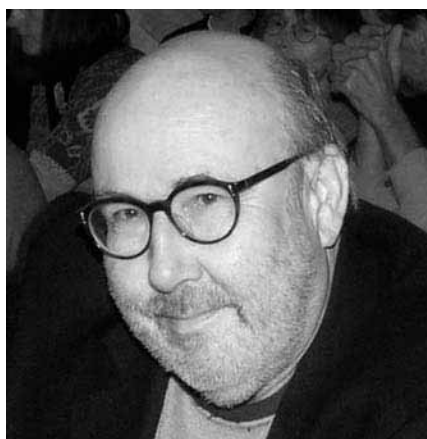
Ich schrieb einen Brief an den obersten Hamburger Leiter, in dem ich meine Zweifel auflistete. Besonders schwierig sei für mich, meine psychotherapeutische Überzeugung mit der buddhistischen Praxis zu vereinbaren. Bei einem der nächsten Treffen sagte mir dieser Leiter, er halte wenig von Psychotherapie. Nur die Praxis dieses Buddhismus könne das Karma verändern. Und wörtlich: „Warum machen Sie die Nachttischlampe an, wenn die Sonne schon scheint?“

Mein Ausscheiden aus der buddhistischen Gemeinschaft nahm man hin. Ich hätte diesen Buddhismus kennen gelernt, alles Weitere sei meine Sache. Vieldeutige Worte zum Abschied nach einer langen inneren Auseinandersetzung. Noch immer spüre ich ein wenig Angst vor der – nach dem Verständnis dieses Buddhismus – „schlechtesten Ursache“, die man in seinem Leben setzen kann: Abwenden vom „Gohonson“ und damit Verstoß gegen das „einzig wahre Lebensgesetz“ bedeuten „Verleumdung“, das größte negative Karma.

RÜDIGER HAGELBERG

Panik auf der Titanic – Was macht der Bordpsychologe?

Boomt die Esoterik weil die Psychologie versagt hat?



Ortwin Löwa

Das 20. Jahrhundert war eine Zeit großer Hoffnungen und noch größerer Ängste. Der technische Fortschritt sollte in eine bessere Welt führen, am Ende standen Katastrophen, zu deren Symbol der Untergang der Titanic gehörte. Der größte Schrecken freilich waren die Kriege.

Die Überlebenden der „Materialschlachten“ mit ihren „Stahlgewittern“ verfolgte der Wahnsinn und schlug sie mit verstörenden Symptomen: Als „Schüttler“ und „Zitterer“ boten Kriegsheimkehrer ein grausiges Schauspiel, das drohte, den Wehrwillen der Bevölkerung zu untergraben. Das Militär erhoffte von der neuen psychologischen Wissenschaft eine effektive Behandlung solcher „Kriegsneurosen“. Auf dem 5. internationalen psychoanalytischen Kongress 1918 in Budapest wurde darüber diskutiert, ob man derartige Fälle übernehmen könnte. Das Kriegsende machte diese Pläne zunichte und Sigmund Freud beklagte sich:

„Unsere Analyse hat eigentlich auch Pech gehabt. sie von den Kriegsneurosen aus die Welt zu interessieren beginnt, nimmt der Krieg ein Ende und wenn wir einmal eine Quelle finden, die uns Geldmittel spendet, muss sie sofort versiegen.“

Aber die schwer traumatisierten Veteranen waren nicht aus der Welt, so dass die Militärärzte die Brechstange ansetzten: Sie traktierten die Patienten mit schweren Stromstößen! Die Schreie der so sinnlos Gequälten verstörten die Bevölkerung nicht minder als ihr Zittern.

Die psychologische Diagnostik hatte subtilere aber umso wirksamere Mittel, das Problem der Kriegsneurosen zu beseitigen. Sie wurden zur bloßen Einbildung von Psychopathen und Willenschwachen erklärt. Mit dem Dogma der „Rentenneurose“ wurden die massenhaften Anträge von Frontsoldaten des Ersten Weltkriegs auf Versorgung abgelehnt. Noch bis weit nach dem Zweiten Weltkrieg wurden mit diesem Lehrsatz Ansprüche von politisch und rassistisch Verfolgten abgewehrt. Man ging von der grenzenlosen Belastbarkeit der menschlichen Seele aus.

Das Boot ist voll – Der Guru empfiehlt: Glauben sie an die Wiedergeburt oder nehmen sie ein UFO

Mein Vater kam mit knapp 18 in den Ersten Weltkrieg. An verschiedenen Fronten bediente er eine 20 cm-Haubitze mit Giftgasgranaten. Einer gefährlichen Beförderung entzog er sich, weil er, obwohl ausgezeichnete Mathematiker, auf einmal alle Zahlen vergaß. Sein weiteres Leben war von schweren Depressionen geprägt. Aber die Wirkungsgeschichte der Mordorgie des Krieges für die individuelle und die psychische Gesundheit der Familien wurde tabuisiert und verdrängt. Erstmals haben Alexander und Margarete Mitscherlich 1967 das Tabu in ihrer Schrift „Die Unfähigkeit zu trauern“ angesprochen – viel zitiert, aber letztlich vergeblich. Erst in diesen Tagen wird geforscht, welche Verletzungen nicht nur Kriegsteilnehmer, sondern auch deren Kinder davon getragen haben.

Bleiben wir bei meinem Vater, seiner Familie und seinem Bekanntenkreis. Wenn sie über die zwanziger und dreißiger Jahre erzählten, entfaltete sich eine esoterisch-magische Wunderwelt. War das der aus der Not geborene Ausweg, um mit dem gesellschaftlichen Tabu und dem eigenen Verdrängten fertig zu werden? Ist Parapsychologie anziehend, weil die Psychologie versagt?

Da zogen über die pommerschen Dörfer meiner Mutter Erweckungsprediger mit der Botschaft des Paradieses. Da spürte meine Mutter den Tod ihrer Mutter, indem sich ihr eine Hand auf die Schulter legte. Da sah mein Großvater einen Tisch die Treppe herunter laufen. In gebildeten Kreisen wurde gependelt, in spiritistischen Sitzungen meldeten sich die Verstorbenen, die Seelenwanderung entwickelte sich zu einem anerkannten Glaubensgrundsatz. Hellseher faszinierten mit magischem Blick die Öffentlichkeit. Heldenverehrung und Totenkult überdeckten die Angst vor dem wirklichen Sterben. Wer nicht an Reinkarnation oder den Himmel glaubte, konnte sich mit den Phantasien der frühen Science Fiction Autoren trösten.

Der Fahrstuhl nach oben ist besetzt – Testen oder Tarot?

Zum zweiten Mal in dem Jahrhundert hatte der Moloch Weltkrieg zugeschlagen, diesmal mörderischer als je zuvor. Weil in Deutschland fast niemand von Verbrechen etwas gewusst haben wollte, wurde über die Vergangenheit nun richtig eisern geschwiegen. Da das Leben und vor allem die gesellschaftliche Leistung wieder in Schwung kommen mussten, stürzte sich die Wissenschaft von der Seelenkunde auf den „Charakter“. Testverfahren aller Art suchten nach der effizienten Aufstiegs Persönlichkeit. Trotz leiser Zweifel, ob dabei nicht soziale Bedingungen ausgeblendet würden, wurden die Tests weitgehend als gesellschaftliche Auslese angewandt, also nicht fördernd, sondern diskriminierend.

Wir Studenten einer Jugendgruppe waren dem Intelligenztest oder dem Neurosefragebogen gewachsen. Mehr Interesse fanden die Kleckse des Rohrschachttests, die Farbtafeln der Charakteranalyse nach Lüscher, das graphologische Rätselraten in unseren Schriftbildern oder – besonders aufregend – die Betrachtung der psychiatrischen Bilder von Szondi, die uns angeblich in das schicksalhafte familiäre Unbewusste projizieren sollten.

Und plötzlich steht es neben dir!

Nach Studium, etlichen Jahren Berufstätigkeit, mehreren Gestaltgruppen, 10 Jahre Männergruppe, fiel es mir auf: Während die psychologischen Lobbys um die Deutungshoheit im Gesundheitssystem stritten, war rings umher eine Psychoszene wie in der Vorkriegszeit umfangreich wieder erblüht: Der Männergruppenfreund schwärmte von einem reisenden Schamanen, die journalistische Kollegin versorgte

mich mit Stress mildernden Bachblüten, eine Freundin traf mich bei einer Rückführung angeblich als Pfarrer in der Provence, der Gestalttherapeut warf Tarotkarten in den Gruppenprozess, eine Künstlerin schleppte ihr gesamtes Umfeld zur Bioresonanzmaschine. Die esoterische Buchhandlung musste sich mehrfach vergrößern und wuchs zu einem bundesweiten Netzwerk.

Da kann man jetzt seufzen: Breit ist der Weg der Heilsversprechen, der ins Verderben führt, aber selig sind die, die sich auf dem schmalen Weg der seriösen Therapie mühevoll selbst erkennen.

Ist ja richtig, aber irgendwo muss die Angst vor dem Seelenklempner ja herkommen. Liegt es daran, dass die Psychologie in ihrer Geschichte mehr den Mächtigen als den Menschen gedient hat? Die Zitterer waren zwar gestört, die echten Verrückten aber die Kriegsherren. Klaus Dörner hat die Verhältnisse dadurch zurechtgerückt, dass er nicht von dem armen Irren, sondern von den irren Armen sprach.

ORTWIN LÖWA

„Bei mir gehen die Sterne auf“

... und der Esoterik-Markt hat Konjunktur

Sein Gesicht ist zu einem Markenzeichen geworden: Hager, hohlwändig, ein Asket mit brennendem Blick, Guru der Astrologenzunft: Winfried Noé. Schon seit längerem vermarktet er seine Produkte in unterschiedlichen Medien, jetzt ist er auch Teil der Questico AG, die bei der Medienanstalt Berlin-Brandenburg im Jahre 2004 die Zulassung für ein bundesweites Fernsehprogramm mit Beratungssendungen zu den Themen Esoterik und Astrologie erhalten hat. Im Zulassungsantrag wird das Unternehmensgeflecht wie folgt beschrieben:

„Die Questico AG hält sämtliche Anteile an der Astro&More GmbH, die u. a. die Zeitschrift „Zukunftsblick“ herausgibt, sowie an der NoéAstro Holding GmbH, die schriftliche Horoskope verkauft und die Internetseite www.noeastro.de betreibt. Ferner kooperiert sie mit verschiedenen Print- TV- und Onlinemedien in den Bereichen Marketing und Vertrieb und liefert Programmbeiträge für verschiedene Fernsehprogramme zu – neben Regionalfernsehsendern z.B. SAT 1, NEUN LIVE und RTL WORLD.“

Bislang ist ein bundesweites Esoterikprogramm allerdings noch nicht als Vollprogramm installiert und Questico begnügt sich mit Sendefernstern, in denen ernst blickende Damen mittleren Alters beispielsweise Karten legen, mit Lebenstipps schnell bei der Hand sind und vornehmlich auf die Möglichkeit längerer Beratung am Telefon hinweisen.

Im Internet findet sich dafür sozusagen für jede Lebenslage die passende Hellseherin bis hin zu der Kombination: „Spirituelle Lebensberatung durch Skat mit Zeitangabe und Hellsichtigkeit.“ Schon in früher Jugend wurde die besondere Begabung der BeraterInnen entdeckt, oder – wer hätte das gedacht – von einer alten Frau geweissagt. Die lobenden Zeugnisse der Kunden sind entsprechend: „Mein heutiger Anruf geht nur zum Dank, denn N. hat mir vor einigen Tagen gesagt, mein Liebster wird mich einladen – zu dem Zeitpunkt undenkbar. Aber heute hat er mich zum Kaffee eingeladen.“

Soviel Lebenshilfe ist natürlich nicht umsonst und die Bilanz der AG muss ja auch stimmen. Wie bei den Fernsehgewinnspielen entsteht

der Gewinn der Lebensberatung aus einem einfachen Rechenexempel, über den das Unternehmen im Internet freimütig Auskunft gibt:

Questico ist die führende deutschsprachige Plattform für hochqualitative Lebensberatung. Um als Experte tätig zu werden, müssen Sie mindestens sechs Monate gewerblich als Lebensberater gearbeitet haben.

Und so einfach geht's:

Geben Sie uns Information über Ihre Erfahrungen und Kenntnisse in nachfolgenden Bildschirmmasken ein. Wir erstellen daraus ein attraktives Angebot, dies dauert 1–3 Tage. Dann werden Sie zur Beratung freigeschaltet.

So errechnet sich der Preis für den Anrufer:

Zu Ihrem Wunschpreis addieren wir die Telefonkosten und die Questico-Gebühr und erhalten so den Endpreis für den Anrufer. Für Festnetzgespräche betragen die Telefonkosten 0,35 € pro Minute, wenn Sie oder der Anrufer ein Mobiltelefon verwenden, sind es 0,75 € pro Minute. Die Questico-Gebühr beträgt 40% des Nettoerlöses, also nach Abzug der Telefongebühren.

Wenn Sie zum Beispiel 60 Cents pro Minute verdienen wollen, kostet Ihr Angebot den Anrufer insgesamt 1,35 € pro Minute. Die Telefongebühren betragen in diesem Beispiel 0,35 €, von dem Resterloß gehen von 60% (also 0,60 €) an Sie. Questico behält 40%, das sind 0,40 € ein. Falls Sie oder der Anrufer über ein Mobilfunknetz telefonieren, gilt eine Telefongebühr von 0,75 €. Damit erhöht sich der Endpreis für Ihren Anrufer auf 1,75 € pro Minute. Der Höchstpreis für Endkunden beträgt 2 € pro Minute für Festnetzgespräche.

Wenn Sie in einem Monat brutto über 2000 € (inkl. Chat) verdienen, bekommen Sie im Folgemonat einen Anteil von 70% vom Resterloß. Dadurch werden die Experten, die mehr telefonieren, belohnt.

So errechnet sich der Preis für den Expertenchat:

Beim Expertenchat werden die Einnahmen zwischen Questico und Ihnen zu je 50 % geteilt. Wenn Sie also hier 60 Cents pro Minute (inkl. Ust) verdienen wollen, beträgt der Endpreis für den Kunden 1,20 Euro. Der Höchstpreis für Endkunden beträgt 1,50 € pro Chatminute.

Wie viel Geld können Sie bei Questico verdienen?

Das hängt davon ab, wie viele Beratungsangebote Sie machen, wie gut Ihre Beratungsleistung bei Questico ankommt und wie häufig Sie sich für Anrufe zur Verfügung stellen.

Wie funktioniert die Bezahlung?

Alle Ihre Einkünfte werden auf Ihrem Questico-Konto verbucht. Wenn Ihr Konto am Ende des Monats einen Saldo von mehr als 15 € aufweist, erhalten Sie innerhalb von etwa 30 Tagen von uns eine Überweisung. Wenn Ihr Konto weniger als 15 € aufweist, verbleibt das Geld so lange auf Ihrem Konto, bis Ihr Guthaben am Ende eines beliebigen Monats 15 € oder mehr erreicht hat. Selbstverständlich können Sie Ihr Guthaben auch verwenden, um Ihrerseits Experten über Questico anzurufen.

Wenn man bedenkt, dass nach Schätzungen 6 000 Astrologen mit einem Umsatz von 150 Millionen Euro in Deutschland tätig sind, dann haben die Steuerberater reichlich zu tun.

Das Esoterik – Geschäft boomt auch in der Verlagsbranche. Sowohl Spezialverlage als auch Sparten der großen Buchverlage bieten entsprechende Produkte an. Der Versandhandel blüht. Allein die Esoterikabteilung eines großen Buchhauses umfasst über 200 Titel. So etwa:

Die Engel geben Antwort – Grundkurs Pendeln – Reinigungsrituale für Haus und Wohnung – Trost aus dem Jenseits – Praxisbuch Kabbala – Magische Amulette und Talismane – Lichtbahnen Heilung.

Kritische Untersuchungen gehen in der Esoterikmasse unter. Und immer wieder entstehen neue magische Produkte, d.h. sie fallen tatsächlich vom Himmel, etwa so:

„Am 6. Oktober ist eine neue Flasche geboren, Erzengel Chamael! B 104 irisierendes Rosa über Magenta.“

Dahinter verbirgt sich eine Palette von hübschen Flaschen, Ölen und Essenzen mit der Bezeichnung Aura-Soma. Was üblicherweise ein Kosmetikprodukt wäre, soll hier höheren Zwecken dienen – zu stolzen Preisen. Auszüge aus einem Werbetext:

Aura-Soma ist eine einzigartige Kombination von Farb-, Edelstein-, Aroma- und Pflanzen-System, das auf mentaler, geistiger und emotionaler Ebene einen Wirkungsbereich hat. Ihre eigenen Farbvorlieben, Ihre Lieblingsfarbe und die Farben, die Sie gerne nebeneinander sehen, sind ein Teil Ihres inneren Selbst und werden Ihre Auswahl automatisch beeinflussen. Aura-Soma bietet mit seinem Farbsystem die Möglichkeit der Transformation und der Bewusstwerdung. Aura-Soma ist daher besonders für die Menschen gedacht, die ihr Leben verändern, Klarheit über Situationen erhalten und sich selbst weiter entwickeln wollen. Es gibt zahlreiche Aura-Soma-Produkte – das Herz dieser Produkte bilden allerdings die Equilibrium-Flaschen. Die zweifarbigen Aura-Soma-Farböle, deren Anzahl inzwischen auf über 100 angewachsen ist, dienen immer mehr Menschen nicht nur als hochwertige Hautpflege, sondern auch zur Bewusstwerdung, zur Pflege der Seele, zur Erkenntnis ihrer selbst und ihrer Möglichkeiten und Gaben.

Dagegen muss jede L'Oreal-Werbung verblassen. Und zu welchen Erkenntnissen kommt Winfried Noé?

„Ein Blick in das Horoskop von Angela Merkel weist bis November 06 sehr gute Aspekte aus. Doch dann, von November 06 bis Januar 07 ein Saturn-Pluto-Quadrat. Unter dieser Konstellation gehen als sicher verbuchte Erfolge verloren. Da diese Auslösung mit den schlechten Konstellationen der großen Koalition korreliert, dürfte ihr Bestand zu Beginn des übernächsten Jahres sehr gefährdet sein“

Nun ja, schauen wir mal!

ORTWIN LÖWA

INTERVIEW

„Grau“ muss doch nicht schlecht sein!

Interview mit Hilarion G. Petzold

Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold leitet die „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (Fritz-Perls-Institut)“. Er gehört zu den Pionieren der Methodenintegration in der Psychotherapie und ist „geistige Vater“ der „Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie“. Er lehrte u. a. in Amsterdam und Paris, verfasste Bücher zu den „Mythen der Psychotherapie“, zur Psychotraumatologie und zur Sucht- und Gerontotherapie. Das von ihm mitherausgegebene Buch „Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ wird auf Seite 38 besprochen. Die ungekürzte Fassung des Interviews finden Sie auf www.bvvp.de

URSULA NEUMANN



Hilarion G. Petzold

Verhaltenstherapie, psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapie haben die „höheren Weihen“ als anerkannte Richtlinienverfahren. Das legt für ihre VertreterInnen den Schluss nahe, „Graue Psychotherapie – das ist das, was die anderen machen“. Wie sehen Sie das?

Es gibt immer Leute, die unliebsame Konkurrenz diskriminieren. Aber das dürften nur Wenige sein. Die wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie, die systemische Therapie, die Integrative Therapie, das Psychodrama, die moderne Hypnotherapie, das alles sind theoretisch elaborierte, im klinischen Rahmen langjährig erprobte und auch hinlänglich gut untersuchte Verfahren. Sie als „graue Therapie“ zu klassifizieren, würde nicht für seriöse Fachlichkeit sprechen. Hinzu kommt, dass viele KollegInnen aus den Richtlinienverfahren Methoden und Techniken aus anderen Verfahren

verwenden. PsychotherapeutInnen heute haben zwei bis drei Verfahren erlernt, und man kann davon ausgehen, dass sie in ihrer Praxis angewandt werden. Gute Praktiker verwenden „alles was sie können“, um gute „Passungen“ mit ihren PatientInnen herzustellen oder für deren spezifische Problemlagen gute „Tools“ einzusetzen. Schwarz-weiß-Klischees sind problematisch, puristisches Zelotentum hat durchaus Gefahrenpotentiale – „grau“ muss doch nicht schlecht sein?

Mangelnde Transparenz, fehlende Selbstkritik und -reflexion, Manipulation der KlientInnen bis hin zur ihrer Unterwerfung, Strukturen einer Glaubensgemeinschaft – all das sind Vorwürfe, die man zahlreichen Gruppierungen auf dem „Psychomarkt“ z. T. zu Recht macht. Ist das bei den Richtlinienverfahren „ganz anders“?

Von „zahlreichen Gruppierungen“ auf dem Psychomarkt zu sprechen, geht nicht an. Solche Dramatisierungen tun nicht gut. Es gibt „orange“ Therapie und eigenartige, auch gefährliche Gruppen, ohne Frage. Vor denen muss man warnen. Und schwarze Schafe gibt es auch – überall. Patienten und Patientinnen gehören in die Hände seriös ausgebildeter Psychotherapeuten, die in möglichst zwei wissenschaftlich fundierten Therapieverfahren ausgebildet sind, auch wenn die Richtlinien hier m. E. dysfunktionale Grenzen setzen – und die überdies eine breite Palette weiterer Methoden zur Verfügung haben, welche sie reflektiert einsetzen auf dem Boden solider Kenntnisse der modernen wissenschaftlichen Psychologie und der Neurowissenschaften. Das ist heute der „metatheoretische Rahmen“ für psychotherapeutische Praxeo-logien. Der traditionelle Fundus der Richtlinienverfahren reicht hier nicht mehr aus.

Ich schreibe Bücher wie „Die Mythen der Psychotherapie“ gegen Mythen des Psychomarktes, aber auch gegen Mythen der traditionellen Psychotherapieverfahren, denn denen mangelt es nicht an problematischen mythoformen Annahmen, die in diskursanalytischer Betrachtung (Foucault) oder im dekonstruktivistischen Blick (Derrida) oder im Lichte der Neurobiologie (Davidson, Freeman, Grawe, Yehuda) recht „alt“ aussehen. Problempotentiale liegen „strukturell“ in jeder Form der Psychotherapie: weil die „Hermetik des therapeutischen Raumes“ die Gefahr der Intransparenz birgt, weil einerseits die Bedürftigkeit vieler PatientInnen das Risiko von Dependenzbildung mit sich bringt und andererseits die strukturelle Machtposition der TherapeutInnen die Gefahr der Klientelisierung und Parentifizierung birgt, die im krassen Fall zu Formen des Missbrauchs führen kann. Da gilt es wachsam und sorgfältig zu sein, sich der kollegialen Kontrolle in Intervision und Supervision zu stellen.

Es gibt durchaus ähnliche strukturelle Gefahren: die der Dogmatisierung, der Hermetik, der „strukturellen Gewalt“ (im Sinne Galtungs), der „strukturellen Machtausübung“. Aber wir finden bei seriösen Psychotherapieverfahren, und das sind nicht nur die Richtlinienverfahren, auch ein besonderes Maß an wissenschaft-

licher Reflexion, externaler Kontrolle und Selbstkontrolle, an Professionalität und Engagement für die PatientInnen. Eine vermehrte ideologiekritische Reflexion theoretischer und metatheoretischer Positionen täte allen Verfahren der Psychotherapie gut.

Man darf den „Psychomarkt“ nicht mit dem „Feld professioneller Psychotherapie“ gleichsetzen. In die Eso-Szene, in das Rebirthing, Aufstellungsgruppen und Angebote anderer Psychomoden gehen Leute, die überwiegend keinen Bedarf an klinisch-psychologischer Therapie haben. Einige wollen einen „Psychotrip“ nehmen, andere sind Sensation-Seeker oder ganz einfach neugierige Menschen. Leitfiguren der Richtlinienverfahren fraternisieren unlängst ja auch mit dem Dalai Lama. Der Psychomarkt ist ein Phänomen der erlebnishungrigen oder erlösungssehnächtigen oder sinnbedürftigen Spätmoderne. Dass sich auch PatientInnen in solche Gruppen verlaufen, vielleicht auch geschädigt werden, wird man durch Verbote oder Verteufelung nicht verhindern können. Hard-Core-Sekten, „Psychosekte“, sind für Menschen eine ernsthafte Gefahr. Man darf das aber nicht mit dem „Psychomarkt“ gleichsetzen. Dessen Angebote – von der Astrologischen Lebensberatung bis zum Aurallesen, vom Quadrinity Process bis zum Ritual mit importierten Schamanen – gefallen mir persönlich nicht. Das aber zu verbieten, gefällt mir noch viel weniger. Es gibt Schlimmeres. Massen-Konsumprodukte wie Gewaltpornos sind in jeder Videothek oder im Netz zu haben. Das wird ja auch nicht verboten.

Wenn eine Richtlinien-therapie lege artis durchgeführt wird, kann sie nicht schaden. Wenn sie nicht fruchtet, liegt das nicht am Verfahren, sondern am Patienten bzw. an der Patientin. Wie sehen Sie das?

Was wirkt – und Psychotherapien wirken – kann auch Nebenwirkungen und schädliche Wirkungen haben. Die Schädigungen können auf verschiedenen Ebenen liegen etwa: 1. Psychische bzw. psychosomatische Reaktionsbildung aufgrund nicht gelingender interpersonaler Passung, 2. Unverträglichkeitsreaktionen gegenüber der angewandten Methode 3. Fehlattribution bzw. -ideologisierung, 4. Stigmatisierung mit folgender Selbststigmatisierung, 5. Learned helplessness by therapy etc..

Und was heißt lege artis? Schauen Sie doch einfach an, wie man 1984 in Grawes Abteilung in Bern, an der ich von 1980–1989 als Gastprofessor tätig war, PatientInnen behandelte, und wie man sie 2004, dem Jahr des Erscheinens von „Neuropsychotherapie“ behandelt. Viel wird sich weiterentwickeln und ändern müssen. Oder nehmen wir die Kontroverse um die TraumapatientInnen. Wie behandelt man sie richtig? Etwa in der neuerlich beliebten Kombination mit EMDR? Ist das psychoanalytische „Lege-Artis-Trauma-Behandlung“? Sind Expositionsbehandlungen – vielfach in den Richtlinienverfahren als „Lege-Artis-Methode der Wahl“ betrachtet – sicher?

Lege artis, das sollte meiner Meinung nach heißen: „evidence based best practice“. Aber können wir das gewährleisten für alle unserer PatientInnen bzw. Patientengruppen? Nehmen wir in der VT die gut manualisierten und relativ gut untersuchten Expositionsbehandlungen bei Angststörungen. Nehmen wir die 70% der „erfolgreichen“ Behandlungen, wobei zumeist die Abbrecher nicht mit untersucht wurden, was die Erfolgsraten auch etwas runtersetzt. Was geschieht denn mit den 30–40% der Nonresponder? Wie viele davon haben iatrogene Nebenwirkungen oder Nachwirkungen? Und wenn es „nur“ keine Wirkungen gegeben hat, bedeutet das doch nicht, dass die PatientInnen „schuld sind“, son-

dern dass man für diese Nonresponder – meist mit komplexeren Komorbiditäten oder besonders belastenden Lebenslagen – offenbar noch keine Methoden einer evidenzbasierten „best practice“ hat. Je komplexer die Störungen sind, desto weniger affirmativ können wir von Lege-Artis-Behandlungen sprechen.

Die Rede von „grauer Therapie“ sollte man da wirklich überdenken, denn „Fast alle Ansätze haben wirklich etwas Positives beigetragen. Aber alle Therapien haben auch wirklich ihre Grenzen“ (Grawe). Und alle Therapieformen haben spezifische und unspezifische Risiken und Nebenwirkungen.

Schadensforschung bei der Psychotherapie ist ein zartes Pflänzchen. Welche Rolle haben dabei die Psychotherapieschulen?

In der Tat ein zartes Pflänzchen. Die Rolle, die die Psychotherapieschulen und die schulendominierte Psychotherapieforschung dabei spielt, ist nicht sonderlich gut. Denn in den Schulen meint jede: „Wir arbeiten lege artis und nur wir!“ Das heißt aber, der andere arbeitet nicht lege artis. Meist ist man da einfach nicht ehrlich. Psychotherapeuten meinen: Wir (will meinen unsere Schule) machen's doch gut, was kann denn da schief gehen? Wir tun doch Gutes für die Menschen. „Therapeuten schämen sich der Abbrüche“ (Grawe) oder sie geben den PatientInnen die Schuld, die „im Widerstand“, „therapieresistent“ sind oder „keine Motivation“ haben. Alle Schulen haben ihre Form des „patient blaming“ Dabei scheinen auch wir TherapeutInnen Widerstände zu haben, unsere Arbeit kritisch anzuschauen. Es gibt in der Literatur nur wenig über Negativwirkungen von Psychotherapie, obgleich es viele publizierte Patiententexte gibt, in denen sie über ihre Schäden, Beschädigungen in Therapie und durch Therapie berichten, und zwar nicht nur aufgrund von unethischem Verhalten der „schwarzen Schafe“, sondern wegen misslungenen Standardbehandlungen. Auf unser Buch „Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ erhielten wir viele Zuschriften von PatientInnen, die zum Teil schlimme Dinge berichteten, aber es waren nicht allzu viele KollegInnen, die sich über potentielle Risiken und Nebenwirkungen ihrer Arbeit informieren wollten. Das fällt in die gleiche Richtung wie der Sturm der Empörung gegenüber „Grawe et al. 1994“, als sich da jemand anheischig machte, mal kritisch zu hinterfragen, wie gut und wirksam die behauptete Qualität der Psychotherapie denn sei. Ein Aufschrei der Schulen statt zu fragen: Wo haben die vielleicht Recht? Auf die ideologiekritische Bestandsaufnahme des eigenen Verfahrens durch Pohlen und Bautz-Holzherr „Psychoanalyse – das Ende einer Deutungsmacht“ hat die eigene „Schule“ mit Ignorieren reagiert. Die Konfrontation mit dem Misslingen erfordert Kraft. Eine Kultur, die eigenen Schwachstellen anzusehen, ist bei den helfenden Berufen wohl noch zu entwickeln. Die Schulen müssen sich miteinander bemühen, ihre Qualität zu verbessern, und da jede Schule auch ihre „blinden Flecken“ hat, ist es z. B. keine schlechte Idee, einen Teil der Supervision durch SupervisorInnen eines anderen Verfahrens durchführen zu lassen.

„Effektive und sichere Psychotherapie ist erheblich mehr, als das Erzielen von guten Effektstärken in Forschungssettings“ schreiben Sie. Was schlagen Sie vor?

Wenn wir gute, patientInnengerechte Psychotherapie machen wollen, geht es um eine integre zwischenmenschliche, „partnerschaftliche“ Praxis, in der der PatientInnenwille, informed consent, gemeinsame Entscheidung und „patient dignity“ – dieser Begriff ist mir besonders wichtig, denn die Würde des Patienten/

der Patientin ist antastbar – im Zentrum stehen. Bei vielen Patienten finden wir belastende Lebenslagen, die verändert und bewältigt werden müssen, deshalb reicht Symptombeseitigung für nachhaltige Wirkungen bei komplexen Störungen oft nicht aus. Die sozialen Netzwerke müssen unterstützt werden, um bessere Lebensqualität zu generieren. In diesem Sinne arbeiten wir eigentlich nie „einzeltherapeutisch“, sondern mit dem virtuell präsenten „Konvoi“. Hilfen, einen „destruktiven Lebensstil“, dysfunktionale Lebensführung zu verändern, sind oft erforderlich. Bei den erwähnten komplexen Störungen und desolaten Lebenslagen werden Schulen übergreifende und Disziplin übergreifende Zusammenarbeit notwendig z. B. mit SozialarbeiterInnen, Kreativ-, Körper- und SporttherapeutInnen, mit der Erwachsenenbildung, dem Breitensport. Maßnahmen der Lebenshilfe, Case Management sind wichtig. Reden allein genügt nicht! Unsere Disziplin, die Psychotherapie hat noch viele spannende Aufgaben und Entwicklungsmöglichkeiten vor sich.

„Positives Denken macht krank“

Interview mit Dr. Günter Scheich

Dr. Günter Scheich ist als Verhaltenstherapeut und Supervisor in eigener Praxis tätig. Auf sein momentan leider vergriffenes Buch „Positives Denken macht krank“ war ich schon kurz nach seinem Erscheinen (1997) aufmerksam geworden und habe es damals mit Vergnügen und Gewinn gelesen. Eine Neuauflage ist geplant, antiquarisch kann man es im Internet auch derzeit erhalten..

URSULA NEUMANN



Günter Scheich

„Positives Denken macht krank.“

Wie kommen Sie zu der Behauptung?

Es ist natürlich ein provokativer Titel. Im Grunde geht es um Kritik an diesem platten positiven Denken, und daran, hier ein Allheilmittel zu sehen, mit dem man alles erreichen kann. „Positives Denken“ ist ja etwas anderes als gesunder Optimismus, der auf Fähigkeiten, auf Kenntnisse, auf richtige Einschätzung von Situationen aufbaut. Leute, die häufig vorher Direktverkäufer waren, Selfmadeleute ohne irgendwelche Abschlüsse aus dem Bereich der Psychologie, fühlen sich zu Kündnern dafür berufen, dass etwas aus dem Nichts heraus geschaffen werden kann.

Alle negativen Gefühle und Gedanken werden verteufelt als wenn sie keine Bedeutung hätten. Wir wissen gerade in der Psychologie, dass Trauer, Wut, Ärger, Aggression ganz wichtige Empfindungen sind, nicht nur zur Selbstfindung sondern auch zur Selbstbehauptung und zur Selbstabgrenzung. Das wird negiert, es handelt sich um eine regelrechte Verdrängungspsychologie, die da ohne irgendwelche Grundlagen vertreten wird. Mit einer „schwarz-weißen“ Schmalspurpsychologie wird der Mensch hineingedrängt, zwanghaft positiv zu denken. Es ist ein aufgesetztes Denken, dem eine ganz andere psychische Struktur und Realität zugrunde liegt. Das führt zu einer Spaltung des Ichs: das Gute und das Schlechte im Menschen. Das Schlechte ist der Teufel und muss gefürchtet werden, das Gute ist das positive Denken. Das kann zu einer Identitätsproblematik bis hin zur Schizophrenie führen. Aber es führt auch zur Depression, wenn Menschen in aufgesetzter Weise sagen „ich muss gut drauf sein, ich muss positiv denken“. Es tritt wie beim Stottern oder Zittern das Gegenteil von dem ein, was man will.

Ihr Buch ist vergriffen. Das Thema selbst hat sich aber nicht erledigt?

Wenn Sie sich mal Carnegie angucken, das Buch ist immer noch up to date, die Leute kaufen es. Oder Peale und Murphy, die sind immer noch im Gespräch und verbreiten ihre Botschaften. Das amerikanische Denken ist unheimlich hier herüber gekommen. Die Wirtschaft orientiert sich mittlerweile immer mehr an diesen amerikanischen Attitüden, mit deren ganzen Nachteilen und Vermenschlichungen. Dahinter steckt die Mentalität, dass jeder alles aus sich selbst hat. Wenn er richtig denkt, dann wird er auch erfolgreich sein. Die Rahmenbedingungen werden nicht kritisiert, und darum Missstände nicht mehr aufgearbeitet. Auch das Wertesystem ist nicht mehr da, Werte gibt es im Grunde nicht. Wer richtig – d. h. positiv (damit auf nur egoistische Wünsche bezogen) – denkt, ist immer richtig.

Was macht die „don't worry, be happy“-Botschaften so anziehend für viele?

Es ist schon erstaunlich, wie naiv die Menschen sind und was sie letztlich hören wollen. Sie wollen auch in gewisser Weise belogen werden und halten an etwas fest, was es gar nicht gibt. Das liegt auch daran, dass das alles sehr einfach klingt: man muss nichts tun, man muss nur richtig denken und dann erschafft man sich das Paradies auf Erden. Das sind Selbsterlösungsgedanken und -tendenzen und alles ist fast umsonst, denn Denken kostet ja nichts. Man meint, das sei einfach hinzukriegen immer positiv und richtig denken. Das kommt der Bequemlichkeit mehr entgegen als die Forderung, sich auseinanderzusetzen, an der Psyche zu arbeiten und regelmäßige Lernprozesse zu durchlaufen, auch unangenehme Dinge in diese Arbeit hinein zu nehmen. Die Menschen möchten an das Einfache glauben. Auf mein Buch bekam ich zum Teil fanatisch negative Zuschriften. Das ist als ob man Menschen eine Religion wegnimmt, an der sie sich angeblich festhalten können. Es geht ja auch in diese Richtung Esoterik und New Age, da passt das genau rein, auch NLP tendiert dahin.

Die Ratgeber von Murphy, Carnegie, Peale usw. sind voller Tipps, wie man sich und andere dazu bringt, wunschgemäß zu funktionieren. Was für ein Menschenbild steckt dahinter?

Das Menschenbild ist recht unmenschlich, es heißt, ich kann den anderen Menschen genau so manipulieren, dass er das macht, was

ich gerne möchte, er ist ein Roboter. Genauso kann ich mein Unbewusstes programmieren, dass es immer genau das macht, was ich mir vorher zurechtgelegt habe, auch wenn die Ziele noch so unreif sind: ich bin der Größte, Schönste, Beste, Reichste und so weiter. Man glaubt tatsächlich, man könnte das Unbewusste dazu bringen, dass diese unreifen kindlichen Ziele verwirklicht werden.

„Wenn man wirklich will, schafft man alles. Wer unglücklich oder erfolglos ist, hat selbst Schuld.“ So viel anders hört sich das in Politik und Wirtschaft nicht an, wenn Eigenverantwortlichkeit und Wettbewerb als Allheilmittel dargestellt werden.

Was ich 1997 gesagt habe, wird jetzt Wirklichkeit. Die Generation, die sich von solchen Wertvorstellungen und angeblichen Managementmethoden hat beeinflussen lassen, erntet ihre Früchte. Wir sehen, dass das ein ganz heilloses Durcheinander ist, es wird für alle Beteiligten, selbst für die Protagonisten schon gefährlich. Viele sind pleite, andere gekündigt. In der Politik ist es dasselbe. Da haben wir auch dieses ständige positive „wird-schon-werden-Denken“. Man setzt sich nicht richtig auseinander, das ist in allen Gesellschaftsbereichen eine sehr oberflächliche Richtung. Die Wirkungen sind allerdings weniger oberflächlich, denn das ist eine ganz schlimme existentielle Bedrohung, die wir zur Zeit sowohl seelisch als auch materiell erleben.

„Werde reich und glücklich“ ist der Titel eines der Bücher von „Dr. Murphy“. Ist die Reihenfolge zufällig?

Das glaube ich nicht. Diese Menschen haben ungewusst ihr eigentliches Motiv offen gelegt. Sie wollen mit dieser einfachen Methode Geld verdienen. Das ist in unserem puren Kapitalismus und Materialismus sehr attraktiv, aber es zeigt auch, welche einseitige Wertspitze wir hier haben.

Was man so liest, lässt aber darauf schließen, dass Gott dem „positiven Denken“ gegenüber sehr aufgeschlossen ist.

Die Religiosität wurde nur als ein Hilfsmittel genommen um weite Massen zu erreichen. Gerade Murphy benutzt Bibelzitate vollkommen sinnentfremdet, aus dem Zusammenhang gerissen, manchmal werden sie sogar mit neuen eigenen Worten belegt, damit sie passen. Es wird versucht diese Bewegung religiös zu verankern. Weil sie weder in der experimentellen Psychologie bewandert sind, noch sonst irgendeinen Forschungshintergrund haben, flüchten die Protagonisten in die Religion und versuchen diese Metaphysik zu nutzen. Da ist ja alles undurchsichtig und man kann behaupten, was man will.

Haben Sie Informationen, welche Summen in dieser Branche umgesetzt werden?

Nehmen wir jetzt mal das Carnegie Institut, das weltweit tätig ist und als Einrichtung hier richtig Geld verdient. Schauen wir uns den Büchermarkt mit der Esoterik, den Ratgebern und der New Age-Bewegung an, wo wir das Positive Denken einordnen müssen, dann ist das meines Wissens der einzige Bereich, in der der Buchhandel noch wirklich Geld verdient. Wenn man dann noch die Managementseminare nimmt, wo sich diese ganzen Leute berufen fühlen, Firmen und Manager zu schulen, dann sind das wahrscheinlich 10 bis 40 Milliarden Euro Umsatz weltweit jedes Jahr.

In Ihrem Buch fordern sie LeserInnen auf, über ihre Erfahrungen mit dem „positiven Denken“ zu berichten. Was war die Resonanz?

Wir haben hier ganze Ordner voll mit Zuschriften, häufig wird

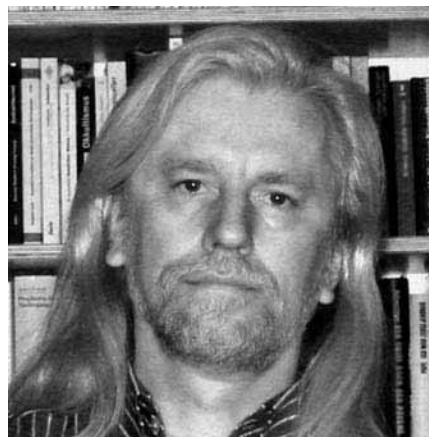
der Wunsch nach Hilfe oder Therapie geäußert. Vielleicht mache ich mal eine Veröffentlichung dazu. Das Buch hat eine ziemliche Medienwelle losgetreten. Der Buchhandel war nicht unbedingt begeistert, weil damit praktisch ihr Hauptumsatzbringer angegriffen wurde. Ich habe deswegen auch etwas gestutzt, als Sie sagten, das Buch ist vergriffen. Wir hatten schon häufiger erlebt, dass Buchhandlungen behaupteten, das Buch gibt es nicht mehr, obwohl es noch im Handel war. Es wurde nach meiner Beobachtung und auch des Verlages teilweise ziemlich gemauert und wir haben Kurioses erlebt. Aber das hat den Erfolg trotzdem nicht verhindert.

Unqualifizierte Mächtigers murksen in den Seelen herum

Interview mit Colin Goldner

Colin Goldner ist klinischer Psychologe und Wissenschaftsautor mit langjähriger Tätigkeit in den USA. Sein Standardwerk „Die Psycho-Szene“ beschreibt die Geschichte und die Aktivitäten fragwürdiger esoterischer Institutionen. Wir freuen uns, im folgenden Interview Colin Goldner als klassischen „Aufklärer“ präsentieren zu können. Eine Besprechung seines Buches „Die Psycho-Szene“ finden Sie auf S. 37.

ORTWIN LÖWA



Colin Goldner

Wie sind Sie zu den umfangreichen Informationen über die Psychoszene gekommen?

Ich bin seit 1989 Vorstandsmitglied im Forum Kritische Psychologie e. V., dem Träger einer gemeinnützigen Beratungsstelle für Therapie- und Psychokultgeschädigte in der Nähe von München. Seit 1995 leite ich diese Einrichtung und bin von daher täglich mit den Auswüchsen der Psychoszene befasst. Um die Verfahren, deren Opfer in unsere Beratungsstelle kommen, besser verstehen und bewerten zu können, habe ich eine Unzahl einschlägiger Workshops und Seminare besucht, in mehr als drei Dutzend dieser Verfahren habe ich undercover komplette Ausbildungen absolviert. Meine Informationen entstammen insofern eigener Recherche, vor allem aber den Berichten von Geschädigten, die unsere Einrichtung aufsuchen.

Welche Maßstäbe haben sie angelegt, um fragwürdige psychotherapeutische Methoden der Psychoszene zuzuordnen?

Ich ordne all jene Verfahren der Psychoszene zu, die entweder keine stichhaltige Wirksamkeitsuntersuchung vorlegen können oder bei denen solche quantitativ und/oder qualitativ nur in unzureichendem Maße vorgenommen wurde beziehungsweise nicht überzeugend ausfiel; bei denen es insofern an den Minimalkriterien fehlt, dass man von wissenschaftlicher Fundiertheit sprechen könnte. Ich zähle im Übrigen auch die Analytische Psychologie nach C. G. Jung oder die Logotherapie nach Frankl zur Psychoszene, desgleichen die Individualtherapie nach Adler sowie die Transaktionsanalyse nach Berne/Harris, für die es bis heute keinerlei ernstzunehmende Wirksamkeitsnachweise gibt.

Viele der von mir untersuchten Verfahren und Ansätze sind gleichwohl mit wissenschaftlichen Methoden nicht fassbar. Sie gehören, so auch der Duktus eines Grundsatzurteils des Landgerichtes Kassel „dem Glauben oder Aberglauben, der Vorstellung oder dem Wahne“ an und entziehen sich insofern rationalem Zugriff. Selbst wenn man unterstellen wolle, wie es in schönstem Juristendeutsch heißt, die Unmöglichkeit der von den jeweiligen Anbietern behaupteten Leistung sei nicht offenkundig, so trete insoweit zumindest eine Umkehr der Beweislast ein: „Wer sich auf parapsychologische Tatsachen beruft, deren Existenz jeglicher Lebenserfahrung widerspricht und deren Existenz auch durch naturwissenschaftliche Forschungen bislang nicht nachgewiesen werden konnte, den trifft die Beweislast für diese Tatsachen. Es ist nicht Aufgabe eines Skeptikers, jede absurde Behauptung zu widerlegen.“ (Az.:1S 491/84)

Für Sie ist Psychoszene = Scharlatanerie = Betrug. Was macht Sie so sicher in diesem harten Urteil?

Die überwiegende Mehrzahl der Anbieter auf dem Psychomarkt ist nicht nur gänzlich unqualifiziert zur Ausübung von Psychotherapie, sie besitzt noch nicht einmal die rechtliche Formalerlaubnis dazu. Die Chuzpe der Szene ist unerhört: Mit völlig unbrauchbaren, teils hochgefährlichen Methoden macht man sich an Menschen zu schaffen, die vertrauensvoll um Rat und Hilfe nachsuchen und scheut sich nicht, ohne die geringste Fachkenntnis auch an schwersten psychischen und psychosomatischen Problemen herumzudilettieren. Was in der Bundesrepublik – in Österreich und in der Schweiz ist dank fortschrittlicherer gesetzlicher Regelung solcher Missstände etwas eingedämmt – unter dem Signet „Psychotherapie“ firmiert, ist zu nicht geringen Teilen reine Scharlatanerie beziehungsweise reiner Betrug. Vielfach finden sich in der Szene Figuren, die, selbst dem Laien erkennbar, persönliche Störungen dadurch zu kompensieren suchen, dass sie sich zu „Therapeuten“ und „Lebenslehrern“ aufspielen; die dringlichst also selbst einer Behandlung bedürften. Vielfach finden sich auch Betrüger, die sehr genau wissen, dass sie gänzlich untaugliches Zeug verkaufen. Teil unserer Arbeit ist es, Betroffene zu ermutigen, gerichtlich gegen die Ausbeuter der seelischen Not anderer vorzugehen. Im Einzelfalle kann dies ein entscheidender Schritt der Selbstfreisetzung sein.

Wie haben die von Ihnen kritisierten Personen oder Gruppen auf Ihre Untersuchungen reagiert?

Innerhalb der Szene hat das Buch zu enormem Aufruhr geführt. Es gibt kaum eine Beschimpfung oder Schmähung, die ich nicht zu hören bekam: ich wurde „hasserfüllter Ignoranz“, „materialistischer Verbohrtheit“ und „krankhaften Hirnfickens“ geziehen,

wahlweise auch „syphilitischer Hirnaufweichung“. Ein einschlägig bekannter Parapsychologe brachte gar ein eigenes Buch heraus, in dem er sich gegen die „Verleumdungs-, Hetz- und Verunglimpfungskampagnen“ des „Lügners und Volksverdummers Goldner“ wandte. Eines der führenden Szenemagazine bezeichnete mich als fanatischen „Hexenjäger“ und „Großinquisitor“, vermutlich ohne jede Ahnung, was diese Begriffe historisch bedeuten, und rief zu entsprechenden Maßnahmen gegen mich auf. Erwartungsgemäß wussten auch Soutaneneträger meine Studie zu bemäkeln: ihnen passte vor allem deren „laute Polemik“ nicht, sprich: der Umstand, dass Kritik an innerkirchlich – vor allem innerkatholisch – kultivierten Esoterikvorstellungen und -praktiken selbstredend nicht außen vor blieb, zumal diese sich von jenen der Psychoszene nur sehr unwesentlich unterscheiden.

Trotz der teils massiven Bedrohungsrhetorik passierte freilich gar nichts, sieht man davon ab, dass die Schaufenster unseres Büros mehrfach beschmiert wurden. Die wortreich angekündigten juristischen Schritte wurden nie eingeleitet, gleichwohl einige der kritisierten Verfahren und ihre Anbieter – Rebirthing, Subliminal Tapes, Mind-Machines, Positivdenken oder auch der in den 1990ern boomende Hoffman-Quadrinity-Prozess – erhebliche Einbrüche erlebten.

Haben Sie Unterstützung bei medizinischen/psychologischen/psychotherapeutischen Organisationen gefunden?

Das Buch wurde in allen wichtigen deutschsprachigen Fachzeitschriften, in mehr als hundert Nachrichten-, Boulevard- und Tagesblättern sowie mehreren TV- und Hörfunkbeiträgen rezensiert und dabei durchwegs als „exzellentes Nachschlagewerk“ empfohlen. In der Fachzeitschrift Psyche hieß es gar, kein anderes Buch habe „ein solches Maß an Vollständigkeit in Sachen Therapiekritik erreicht“ wie eben mein Report. Vielfach diente das Buch als Quelle für weitere Publikationen: zahlreiche Beiträge in verschiedensten Medien und Buchveröffentlichungen nahmen ausdrücklich Bezug darauf.

Medizinische oder psychologische beziehungsweise psychotherapeutische Fachgesellschaften haben sich interessanterweise nie explizit dazu geäußert, vermutlich in Rücksichtnahme auf Mitglieder, die eines oder mehrere der kritisierten Verfahren in ihrer Praxis einsetzen.

Welche regulierende Rolle haben aus Ihrer Sicht rechtliche Regeln wie im Heilpraktikergesetz oder dem Psychotherapeutengesetz?

Das nach jahrzehntelangem Hin und Her zum 1.1.1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz gibt dem Konsumenten die Gewähr, dass er bei einem Psychologischen Psychotherapeuten, so die neu geschaffene Berufsbezeichnung, einen akademisch qualifizierten Psychologen mit zumindest dreijähriger postgradualer therapeutischer Ausbildung in einer anerkannten Einrichtung vorfindet. So weit so gut. An der untragbaren Rechtslage des Heilpraktikerwesens, das, zurückgehend auf ein Gesetz von 1939, auch fachlich völlig Unkundigen erlaubt, ganz legal Psychotherapie auszuüben, hat sich, zum Nachteil der Hilfe suchenden Menschen, allerdings gar nichts geändert: Angehende Heilpraktiker müssen bei ihrer Überprüfung durch die Gesundheitsbehörde – es ist dies ein Verwaltungsakt und keine Prüfung im schulischem Sinne – keinerlei heilkundliche oder psychotherapeutische Ausbildung nachweisen. Auf dem Psychomarkt tummeln sich zudem Figuren, die noch nicht einmal über die Formalzulassung als Heilpraktiker oder heilpraktische Psychotherapeuten verfügen. Es

ist dies ein Skandal ohnegleichen, der in keinem anderen europäischen Land denkbar wäre.

Kann man die Psychozene gliedern in eher harmlos bis hochgefährlich? Mit welchen Beispielen?

Die meisten Verfahren und Verfahrenskombinationen der Psychozene entbehren jedweder Plausibilität, geschweige denn ernstzunehmender Belege. Sie bewirken – über einen möglichen Placeboeffekt hinausgehend – rein gar nichts. Abgesehen von finanzieller Übervorteilung des Rat- oder Hilfesuchenden besteht ihre Gefahr in erster Linie darin, dass der rechte Zeitpunkt zum Einsatz einer verfügbaren und wirksamen Therapie versäumt wird. Einige dieser Verfahren – vor allem solche, die den Atemfluss manipulieren wie Rebirthing oder Primärtherapie – können allerdings auch fatale Folgen zeitigen. Sie können massive Angst- und Panikzustände auslösen, auch Wahrnehmungsverzerrungen und Wahnvorstellungen. Selbst Fälle psychotischer Dekompensation und völligen Zusammenbruchs sind dokumentiert. Die Anbieter sind in der Regel nicht ansatzweise qualifiziert, mit auftretenden Problemen sachgerecht umzugehen.

Wie reagieren Sie auf den Vorwurf: Mir hat das doch geholfen. Was hilft, kann doch nicht falsch sein?

Individuelle Heilbekundungen ersetzen keine empirische Forschung. Sie reichen, Glaubwürdigkeit und Plausibilität des jeweiligen Berichtes vorausgesetzt, allenfalls dazu, eine Hypothese aufzustellen, die dann klinisch kontrolliert überprüft werden muss. Es ist hierbei zunächst noch gar nicht die Frage, den Wirkmechanismus zu klären: man muss nicht oder noch nicht wissen, wie etwas funktioniert, um beobachten zu können, dass es funktioniert. Letzteres aber muss in einem eng umrissenen Definitionsbild und unter standardisierten Bedingungen beobachtbar sein. Die Aussage „mir geht es seither so viel besser“ -, besagt per se noch gar nichts: es kann sich auch um einen Placeboeffekt, eine Spontanrückbildung, eine beschwerdefreie Periode und vieles andere handeln; auch das Phänomen der „kognitiven Dissonanz“ kann eine Rolle spielen, einem Verfahren Wert zuzumessen, der ihm objektiv nicht zukommt.

Bei vielen der von Ihnen beschriebenen Methoden der Psychozene hat man den Eindruck: Alles schon da gewesen. Gibt es eine Psychogeschichte?

Der Eindruck ist richtig. Bei sämtlichen Angeboten der postmodernen Psychozene handelt es sich um Ideen- und Methodenrecycling: alles zu Beginn des 20. Jahrhunderts schon einmal da gewesen.

Ihr Buch ist im Jahr 2000 abgeschlossen. Gibt es seitdem neue Entwicklungen? Wie umfangreich schätzen Sie grundsätzlich den Markt der Psychozene?

Die Szene ist gekennzeichnet von ständigen Neubegründungen irgendwelcher Praxen, Institute, Zentren und Schulen, von Aufteilungen, Zusammenlegungen oder Namensänderungen, oftmals auch von sang- und klanglosem Verschwinden einzelner Einrichtungen oder Figuren. Der Grund hierfür liegt vor allem im Versuch, in einer Art Igel- und Hase-Spiel die stets hinterherhinkenden Gesundheitsämter, Staatsanwaltschaften und Steuerbehörden auszutricksen. Die alle Augenblicke auftauchenden „revolutionär neuen Verfahren“ sind alles andere als neu: es handelt sich durchgängig um simple Umetikettierung marktgesättigter

oder in Kritik geratener Ansätze, die unter neuen Bezeichnungen Fort-, Weiter- oder gar Neuentwicklung suggerieren sollen. Vielfach werden einzelne Verfahren oder Teile daraus untereinander kombiniert und unter phantasievollen Namen als „neue“, eigenständige Therapieverfahren ausgegeben.

Grundsätzlich: Soll Ihr Buch nur aufklären oder rufen Sie nach Verboten?

Ich setze voll auf Aufklärung, weiß allerdings, dass viele Menschen, vor allem wenn sie in eine Krise geraten und der Hilfe bedürfen, keine Chance haben, seriöse von unseriösen Angeboten zu unterscheiden. Insofern plädiere ich für ein Verbraucherschutzgesetz, das die vielfach höchst undurchsichtigen Vertragsverhältnisse zwischen Anbieter und Konsument auf dem Psychomarkt regelt. Solches „Lebensbewältigungshilfegesetz“ wird seit Jahren debattiert, zu einem greifbaren Ergebnis ist es aber noch nicht gekommen. Die derzeitige Koalition in Berlin gibt auch keinen Anlass zur Hoffnung, dass sich in absehbarer Zeit etwas ändert. Im Übrigen plädiere ich für eine ersatzlose Abschaffung des Heilpraktikerwesens: es geht nicht an, dass völlig unqualifizierte Möchtegerns ganz legal in den Seelen Rat und Hilfe suchender Menschen herumrutschen dürfen.

Einige Links, Artikel und Buchtipps

- Verein gegen unlautere Praktiken im Gesundheitswesen:
<http://www.promed-ev.de/>
- Aktion Bildungsinformation hat verschiedene Merkblätter, zu finden unter:
<http://www.abi-ev.de/>
- Gesellschaft zur wissenschaftlichen Untersuchung von Parawissenschaften e.V.
<http://www.gwup.org/>
- AGPF – Aktion für Geistige und Psychische Freiheit (Bundesverband Sekten- und Psychomarktberatung e.V., Bonn):
<http://www.agpf.de/Zahlen.htm>
- Forum kritische Psychologie:
<http://www.fkpsych.de/>
- NLP Kritisch-informativer Artikel zu NLP:
<http://www.boerdlein.gmxhome.de/nlpmemo.html>
- Udo Schuster, Familienaufstellung nach Bert Hellinger:
<http://www.religio.de/therapie/hellinger/helli.html>

Antiquarisch sind z.B. folgende Bücher zu erhalten

- Krista Federspiel et al., Kursbuch Seele :
<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3462025252>
- Michael Utsch (Hg.), Wenn die Seele Sinn sucht:
http://www.galileus.info/search/lob_detail?isbn=3797500076
- Heiner Barz, Susanne May (Hg.)
Erwachsenenbildung als Sinnstiftung?
<http://www.amazon.de/exec/obidos/ASIN/3763918175>



Herzlich
willkommen
bei **MARITIM**

MARITIM Hotels finden Sie in:

Berlin · Bonn · Braunlage
Bremen · Darmstadt
Dresden (ab 2006) · Düsseldorf (ab 2007)
Frankfurt/Main · Fulda
Gelsenkirchen · Halle · Hamburg
Hannover · Heringsdorf/Usedom
Bad Homburg · Kiel · Köln
Königswinter · Magdeburg
Mannheim · Bad Mergentheim
München · Nürnberg
Bad Salzuflen · Bad Sassendorf
Schmallenberg · Stuttgart
Timmendorfer Strand
Titisee-Neustadt · Travemünde
Ulm · Bad Wildungen · Würzburg
Bali · Belek/Türkei · Dubaj (ab 2007)
Malta · Mauritius · Riga/Lettland
Teneriffa · Tunesien

Spezielle Übernachtungsraten in allen deutschen **MARITIM** Hotels sowie in Riga/Lettland erhalten Sie auch in 2006 unter dem Buchungscode BVVP99. Mehr Informationen hierzu finden Sie auf der Homepage www.bvvp.de im Bereich „Dienstleistungen“

Unsere Empfehlung:

Genuss total – Ihr Naturerlebnis im Harz

- 2 Übernachtungen im Comfort-Zimmer inkl. reichhaltigem Frühstücksbuffet
- Begrüßungscocktail
- 5-Gang-Gourmet Menü inkl. korrespondierender Weine
- 4-Gang-Menü (oder samstags Teilnahme am **MARITIM** Gala-Buffer)
- Wahlweise eine Beauty- oder Massageanwendung
- Freier Eintritt in das Schloss Wernigerode oder Besuch der Kaiserpfalz Goslar
- Late-Check-out am Abreisetag bis 14 Uhr

199 € pro Person im Doppelzimmer

245 € pro Person im Einzelzimmer

Und hier buchen Sie:

MARITIM Berghotel Braunlage
Telefon: 05520 805-0 · info.brl@maritim.de
www.maritim.de

FÜR UNS GELESEN

VERBRAUCHERZENTRALE: Chance Psychotherapie

2002 hat die Verbraucherzentrale NRW die vorerst letzte Auflage dieser lesenswerten Broschüre herausgegeben. Obwohl unspektakulär aufgemacht und deshalb als Entscheidungshilfe zu wenig im Bewusstsein der Öffentlichkeit, ist damit eine einfühlsame Darstellung des „Angebotes“ Psychotherapie für Patientinnen und Patienten in Deutschland verfügbar.

Die Broschüre gliedert sich in eine Einführung in das Fach „Psychotherapie“, in eine Orientierungshilfe für die Suche nach einem(r) Psychotherapeuten/in, in eine grobe Einweisung in den Ablauf der Behandlung, in die nicht ganz unproblematische Darstellung der wichtigsten Verfahren. Den Schluss bilden zwei Kapitel über „Stolpersteine“ in der Therapie und über den so genannten „Psychomarkt“. Gegen den Trend und vollmundige Versprechen wird betont, dass Psychotherapie eine zuweilen langwierige, gemeinsame Arbeit ist. Die Regeln und Grenzen werden klar aufgezeigt.

Es werden fünf Gruppen von Therapie-Verfahren aufgeführt: Verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische, humanistische und systemtherapeutische Ansätze sowie übungsorientierte Verfahren. Die Berücksichtigung von derzeit nicht in der Vertragspsychotherapie zugelassenen Verfahren ist zu begrüßen. Sie scheint aber einer gewissen Beliebigkeit zu folgen, da sie die Fragen nach Wirksamkeit und wissenschaftlich-ethischen Gesichtspunkten umgeht. Mit einer klareren Zuordnung der unterschiedlichen Verfahren zu möglichen Therapiezielen sollte die ansonsten sehr informative Broschüre ergänzt werden.

RÜDIGER HAGELBERG

Verbraucherzentrale NRW, Düsseldorf (Hg.) (2002): Chance Psychotherapie, ISBN 3-933705-99-1, Zu bestellen bei den Verbraucherzentralen oder über www.verbraucher.de, 9,80 €.

VERBRAUCHERZENTRALE IM NORDEN (Hg.): Psychotherapie. Auswahl, Finanzierung, Vertrags- bedingungen, Schutz vor Miss- brauch

Die Verbraucher-Zentralen geben Kurzbroschüren zur Patienteninformation heraus (u. a. zu Alternativen Heilmethoden, Arztwahl, Einsichtsrecht in Krankenakten, Patientenanwälte, Patientenverfügung, IGeL-Leistungen, Schönheitsoperationen). Die Broschüre „Psychotherapie: Auswahl, Finanzierung, Vertragsbedingungen, Schutz vor Missbrauch“ informiert auf 11 Seiten verständlich über alles, was PatientInnen vor einer Therapie wissen sollten. Ich verleihe die Broschüre beim Vorgespräch, das erspart Aufklärungsarbeit. Außerdem: Transparenz steht unserer Profession gut an.

URSULA NEUMANN

VERBRAUCHER-ZENTRALE HAMBURG (Hg.) (4. Aufl. 2001): Psychotherapie: Auswahl, Finanzierung, Vertragsbedingungen, Schutz vor Missbrauch. Zu bestellen bei den Verbraucherzentralen, www.verbraucher.de oder www.vzhh.de, 2,56 €.

TSCHINAG, GALSAN: Mein Altai

Auf der Bühne eines Hamburger Kinos sitzt ein Mann, der einen mitreißenden Film über seine Heimat und über sein Leben vorstellt, das nicht minder spannend ist. Schamane und normaler Mensch zugleich – der mongolische Schriftsteller, Stammeshauptling und Schamane Galsan Tschinag fasziniert durch seine spontane Natürlichkeit, nichts von erhabener Attitude! Vielmehr ist der Saal im Nu erfüllt von seiner fröhlichen Bescheidenheit.

Sein Leben begann Anfang der vierziger Jahre in einer Jurte in der Westmongolei, setzte sich dann 1962 in Leipzig mit einem Deutschstudium fort und führte wieder zurück in die Mongolei. Aus dieser Wanderung zwischen den Welten wuchs eine fruchtbare Begegnung zwischen westlicher Zivilisation und der Geschichte des kleinen zersplitterten Nomadenstamms der Tuwa. Galsan Tschinag

hat ein fast vergessenes und zerrüttetes Naturvolk in seiner Existenz bewahrt und zugleich dessen Geschichte – Erzählungen und Gesänge – gerettet – in Büchern voller unmittelbarer Sprachkraft.

Ein Teil seines Lebens verbringt Galsan Tschinag in seiner Heimat, den anderen im Westen, wo er mit seinen Veröffentlichungen Geld verdient, um die Wunden zu heilen, die der Sowjetkommunismus seinem Volk angetan hat. Ein erlöster Mensch, der Tod und Leben verbindet und die „Verwandelten“ mahnen lässt: „Wir sind Licht und Schatten, Luft und Gras, Erde und Stein. Wir sind auch Erinnerungen und Geschichten. Bewahrt sie rein und lernt daraus, denn sie sind da für euch und alle, die nach euch kommen werden.“

ORTWIN LÖWA

GALSAN TSCHINAG (2005): Mein Altai, A! Verlags GmbH, 26.80 €

GOLDNER, COLIN: Die Psycho-Szene

Mit stupender Kenntnis wird den LeserInnen akribisch vorgeführt (in des Wortes doppelter Bedeutung), was sich auf dem Psycho-Markt tummelt. Ich glaube nicht, dass es irgendein Verfahren zwischen Aromatherapie und Yoga gibt, das nicht erwähnt wurde. Zusammenhänge werden erkennbar, etwa zwischen Esoterik und rechter Ideologie. Das überrascht auf den ersten Blick, wird aber stringent dargelegt. Der Autor schlüsselt detektivisch auf, wie Methoden aus geschäftlichen, straf- oder steuerrechtlichen Gründen ihren Namen wechseln bzw. wie durch Abspaltungen „alte Bekannte“ Junge kriegen. Wie schwer es ist, auch gegen offensichtliche Scharlatanerie und Betrug gerichtlich vorzugehen, welche Rolle das unsägliche Heilpraktikergesetz von 1939 spielt, ist genauso Thema, wie die Auflistung hilfreicher Urteile, Literatur und Informationsstellen. Allerdings geht dem Autor gelegentlich der polemische Gaul durch. Das ist zwar nachvollziehbar, schadet aber leider der Wirkung des Buches. Zum anderen erscheint mir Goldner allzu „wissenschaftsgläubig“. Schade, dass ein solcher Skeptiker sei-



ne Skepsis nicht auch gegenüber den Doppelblindstudien-Gurus walten lässt, sondern zu meinen scheint, wenn diese das Verdikt „Wirkung wissenschaftlich nicht bewiesen“ aussprechen, sei der Fall erledigt. Davon abgesehen: Sehr empfehlenswert.

URSULA NEUMANN

COLIN GOLDNER (2. Aufl. 2000): Die Psycho-Szene, Alibri-Verlag, ISBN 3-932710-25-8, 32 €

MÄRTENS/PETZOLD (Hg.): Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapien

Ich lese genüsslich Berichte über Nebenwirkungen von Medikamenten und bin schadenfroh gegenüber den Pharmariesen mit ihrer Wundermittelwerbung. Die Lektüre des von Petzold und Märten herausgegebenen Buches machte mir klar, dass ich aber einem in unserer Profession verbreiteten Denkverbot aufgesessen war. Noch nie bin ich ernsthaft der Frage nachgegangen, ob der Hinweis „zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“ auch für Psychotherapie gelten sollte. „Es gibt kaum Risiko-, Nebenwirkungs- und Schadensforschung nach

zweihundert Jahren wissenschaftlicher Psychotherapie“ schreiben die Herausgeber in ihrem Fazit zu den knapp zwanzig Aufsätzen. Dabei ist doch eigentlich der Satz „Was wirkt, hat auch Nebenwirkungen“ eine Banalität – wieso sollte er nicht für uns gelten, bloß weil wir „nur“ mit Worten therapieren?

Dass sich unsere Profession um die Frage herumdrückt „wann schadet welche Methode wem warum?“, dass sie Misserfolge individualisiert, und diese teils als „Schuld“ der einzelnen TherapeutInnen (eher weniger), teils als „Schuld“ der PatientInnen (eher mehr) verbucht, liegt daran, dass Psychotherapie immer auch „Ideologie“ ist. Bei Scheering oder LaRoche ist im Fall von Fehlschlägen bestenfalls ein bisschen corporate identity angekratzt, wahrscheinlich noch nicht mal das, sondern man beklagt lediglich den wirtschaftlichen Schaden. Bei uns und unseren „Schulen“ geht es um mehr: der Nachweis, dass das „eigene Verfahren“ für dies oder das ungeeignet ist, kränkt tiefer, weil es an die eigene Identität geht. Zusätzlich kann man sicher sein, dass „die anderen Verfahren“ einen solchen Befund genüsslich breit treten. Blöd müsste man sein, für den eigenen Laden systematische Schadensforschung zu betreiben!

Oder etwa doch nicht? Könnte eine solche Kultur nicht Beweis sein, wie ernst wir das „Patientenwohl“ nehmen? Wäre es nicht ein Zeichen gelassener Souveränität im Gegensatz zur „Nestbeschmutzer“ - Wagenburgmentalität? Viele AutorInnen dieses Buches nehmen sich selbst und ihr eigenes Verfahren kritisch unter die Lupe. Dazu gehört Mut. Aber vielleicht nicht ganz so viel, wie man glaubt. Nach meiner Erfahrung gibt es in allen seriösen Psychotherapieverfahren vernünftige und selbstkritische Menschen. Was könnte das an menschlichem, wissenschaftlichem und therapeutischem Fortschritt geben, wenn sich diese zu Netzwerken und Koalitionen zusammenfänden! Dieses Buch macht dabei einen guten Anfang, auch weil es betont, dass erstens die PatientInnen bei der Forschung miteinbezogen werden müssen und zweitens der Psychotherapie nicht die in der somatischen Medizin geltenden Forschungsdesigns einfach übergestülpt werden dürfen.

URSULA NEUMANN

MICHAEL MÄRTENS, HILARION PETZOLD (Hg.) (2002), Therapieschäden, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie, Matthias-Grünwald-Verlag, ISBN 3-7867-2307-9 36,80 €.

Aufmerksamkeit

erlangen Sie hier schon
ab 120,- €*

**Bewerben Sie Ihre Veranstaltungen,
Dienstleistungen und Produkte im
bvvp-Magazin.**

* So viel kostet nämlich eine Anzeige in der Größe von 1/6 Seite.
Eine ganze Seite kostet 640 €.
Eine Beilage nur 120 € pro 1000 Stück.
(Preise zzgl. MwSt.)
Damit erreichen Sie über 4000 niedergelassene Psychotherapeuten und zahlreiche weitere Mitglieder der *Szene*.
Also pro Leser schon ab 3 Cent.

Weitere Informationen in unseren Mediadaten unter:
www.bvvp-magazin.de

Deutsche Psychologen Akademie
GmbH des BDP
Oberer Lindweg 2 53129 Bonn
Telefon 02 28 / 98731-28 Fax 02 28 / 98731-72
E-Mail: info@dpa-bdp.de Internet: www.dpa-bdp.de

**Planen Sie Ihre Fortbildung mit der
Deutschen Psychologen Akademie!**

*Gerne senden wir Ihnen unser aktuelles
Programm zu.*

✂----- (Coupon bitte an die DPA senden) -----

Bitte senden Sie mir das DPA Veranstaltungsprogramm 2006.

Name, Vorname _____

Strasse / Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

E-Mail-Adresse _____

Bvvp01.06

NEUERSCHEINUNGEN UND BÜCHER ZUM SCHWERPUNKT

Beltz

BRUMLIK, M.: **Sigmund Freud. Der Denker des 20. Jahrhunderts.** ISBN: 3407857802. 22.90 €

CYRULNIK, B.: **Warum die Liebe Wunden heilt.** ISBN: 3407857764. 19.90 €

KUNZE, R.: **«Ich bin müde, kraftlos und herzleer».** Wie Mütter die Magersucht und Bulimie ihrer Töchter erleben und bewältigen. (Beltz Taschenbuch 171). ISBN: 3407221711. 14.90 €

LÜCK, H.; MILLER, R.: **Illustrierte Geschichte der Psychologie.** ISBN: 3407858930. 22.90 €

dgvt-Verlag

BARTMANN, U.: **Laufen und Joggen für die Psyche.** Ein Weg zur seelischen Ausgeglichenheit. ISBN: 3871590568. 11.00 €

BOSCH, E.: **«Wir wollen nur euer Bestes!».** Die Bedeutung der kritischen Selbstreflexion in der Begegnung mit Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Arbeitsbuch. ISBN: 3871590320. 14.80 €

NEUMANN, W.; SÜFKE, B.; WITTMANN, A.; FLASSBECK, J.: **Wi(e)der die therapeutische Ohnmacht.** Ressourcenorientierte Psychotherapie in «schwierigen Fällen». ISBN: 3871590576. 22.00 €

SCHIRMER, B.: **Psychotherapie und Autismus.** (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 46). ISBN: 3871591467. 12.80 €

VOGT, I.: **Frauen-Körper. Lust und Last.** Band 2. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 45). ISBN: 3871591459. 15.80 €

Frommann-Holzboog

RAFFAY, A.: **Die Gewissensfrage in Psychoanalyse und Analytischer Psychologie.** Neue Untersuchung einer alten Wunde. (Beihefte zum Jahrbuch der Psychoanalyse 21). ISBN: 3772823718. 52.00 €

Hogrefe

BANDELOW, B.; HEISE, C.; BANASCHESKI, T.; ROTHENBERGER, A.: **Handbuch Psychopharmaka für das Kindes- und Jugendalter.** Deutsche Bearbeitung der englischsprachigen Version von Kalyna Z. Bechlibnyk-Butler und Adil S. Virani. ISBN: 3801719170. 49.95 €

BECKER, E.; HOYER, J.: **Generalisierte Angststörung.** (Fortschritte der Psychotherapie 25). ISBN: 3801714268. 19.95 €

GROMUS, B.: **Was jede Frau über weibliche Sexualität wissen will.** Ein Ratgeber für Frauen und ihre Partner. (Ratgeber zur

Reihe Fortschritte der Psychotherapie 8). ISBN: 3801717747. 8.95 €

HAHLWEG, K.; DÜRR, H.; DOSE, M.; MÜLLER, U.: **Familienbetreuung schizophrener Patienten.** Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. (Therapeutische Praxis). ISBN: 3801719596. 39.95 €

HAMM, A.: **Spezifische Phobien.** (Fortschritte der Psychotherapie 27). ISBN: 3801716120. 19.95 €

LINDENMEYER, J.: **Ratgeber Alkoholabhängigkeit.** Informationen für Betroffene und Angehörige. (Ratgeber zur Reihe Fortschritte der Psychotherapie 1). ISBN: 3801717607. 7.95 €

ROTHENBERGER, A.; STEINHAUSEN, H.: **Medikamente für die Kinderseele.** Ein Ratgeber zur Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. ISBN: 3801719677. 16.95 €

SUHR-DACHS, L.; DÖPFNER, M.: **Leistungsängste.** Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Angst- und Zwangsstörungen (THAZ). Band 1. (Therapeutische Praxis). ISBN: 3801718786. 36.95 €

VOCKS, S.; LEGENBAUER, T.: **Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa.** Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. (Therapeutische Praxis). ISBN: 3801718360. 29.95 €

WÜNSCHE, M.; REINECKER, H.: **Selbstmanagement in der Erziehung.** Ein Training mit Eltern. (Therapeutische Praxis). ISBN: 3801719081. 29.95 €

Klett-Cotta mit Pfeiffer

DREXLER, D.: **Das integrierte Stress-Bewältigungsprogramm ISP.** Manual und Materialien für Therapeuten und Berater. (Leben lernen 187). ISBN: 3608890114.

LAMPRECHT, F.: **Praxisbuch EMDR.** Modifizierungen für spezielle Anwendungsgebiete. (Leben lernen 189). ISBN: 3608890017.

SCHÄFER, I.; KRAUSZ, M.: **Trauma und Sucht.** Konzepte - Diagnostik - Behandlung. (Leben lernen 188). ISBN: 360889005X.

SCHMEER, G.: **Die Resonanzbildmethode - Visuelles lernen in der Gruppe.** Selbsterfahrung - Team - Organisation. (Leben lernen 190). ISBN: 3608890092.

STEMERLING, D.: **Wenn Paare sich nicht trennen können.** (Leben lernen 184). ISBN: 3608890106.

Kösel

SIENAERT, P.; DAHL, E.: **Extreme Gefühle.** Manisch-depressiv. Leben mit einer bipolaren Störung. Hilfen für Betroffene

und Angehörige. ISBN: 3466307155. 19.95 €

STAUSS, K.: **Bonding Psychotherapie.** Grundlagen und Methoden. ISBN: 3466307163. 29.95 €

STEINEMANN, E.: **Der verlorene Zwilling.** Wie ein vorgeburtlicher Verlust unser Leben prägen kann. ISBN: 3466307171. 14.95 €

Pabst Science

CLAUS, M.; KARLE, M.; GÜNTHER, M.; BARTH, G.: **Sexuelle Entwicklung - sexuelle Gewalt.** Grundlagen forensischer Begutachtung von Kindern und Jugendlichen. ISBN: 3899672070. 20.00 €

KASTNER, M.; HAGEMANN, T.; KLIESCH, G.: **Arbeitslosigkeit und Gesundheit.** Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. ISBN: 3899672410. 40.00 €

KOTTJE-BIRNBACHER, L.; WILKE, E.; KRIPPNER, K.; DIETER, W.: **Mit Imaginationen therapieren.** Neue Erkenntnisse zur Katathym-Imaginativen Psychotherapie. ISBN: 3899672666. 35.00 €

STARKE, K.: **Nichts als die reine Liebe.** Beziehungsbiographien und Sexualität im sozialen und psychologischen Wandel: Ost-West-Unterschiede. ISBN: 3899672682. 20.00 €

VOGELGESANG, M.; SCHÜHLER, P.; ZIELKE, M.: **Essstörungen - Klinische Behandlungskonzepte und praktische Erfahrungen.** ISBN: 3899671147. 20.00 €

Psychologenverlag

GROSS, W.: **Karriere(n) 2010.** Chancen, seelische Kosten und Risiken des beruflichen Aufstiegs im neuen Jahrtausend. ISBN: 3931589706. 23.80 €

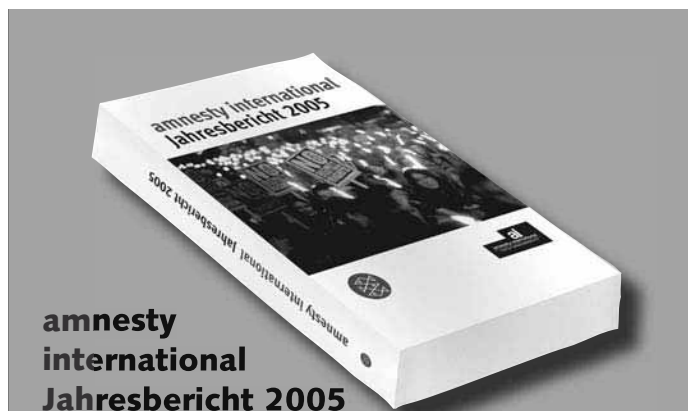
Reinhardt Verlag

KEENAN, J.: **Das Gesicht im Spiegel.** Auf der Suche nach dem Ursprung des Bewusstseins. ISBN: 3497017817. 24.90 €

ROHRMANN, S.; ROHRMANN, T.: **Hochbegabte Kinder und Jugendliche.** Diagnostik - Förderung - Beratung. ISBN: 3497017868. 19.90 €

Roderer

BANDT, C.: **Selbstbezogene Symbolisierungsmuster emotional instabiler Jugendlicher.** Eine klinische Pilotstudie zur kienenzentrierten Theorie pathogener Symbolisierung. (Theorie und Forschung. Psychologie 249). ISBN: 3897835010. 29.00 €



amnesty international Jahresbericht 2005

Das umfassende Nachschlagewerk zur Menschenrechtslage in 149 Ländern.

635 Seiten, ISBN 3-596-16699-3, Preis 13,90 EUR

Zu bestellen bei:
www.amnesty.de/shop
jahresbericht@amnesty.de

amnesty international Materialversand
53108 Bonn
oder im Buchhandel.

ai

amnesty international
FÜR DIE MENSCHENRECHTE

Spendenkonto: 80 90 100
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00

Neuerscheinungen und Bücher zum Schwerpunkt

ETZERSDORFER, E.; FARTACEK, R.; GÖTZE, P.; WOLFERSDORF, M.: **Fallstudien zur Suizidalität.** (*Suizidologie / Suicidology 18*). ISBN: 3897835177. 26.00 €

Schattauer

BLANZ, B.; REMSCHMIDT, H.; SCHMIDT, M.; WARNEKE, A.: **Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter.** Ein entwicklungspsychopathologisches Lehrbuch. ISBN: 3794521757. 99.00 €

MARLOCK, G.; WEISS, H.: **Handbuch der Körperpsychotherapie.** ISBN: 379452473X. 119.00 €

MARNEROS, A.; PILLMANN, F.: **Das Wort Psychiatrie... wurde in Halle geboren.** Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. ISBN: 3794524136. 39.95 €

RETTEBACH, R.: **Kompaktkurs Psychotherapie.** Arbeitsbuch zur Vorbereitung auf

die Approbationsprüfung nach dem Psychotherapeutengesetz mit Kommentar zum IMPP-Gegenstandskatalog. ISBN: 3794523873. 29.95 €

SCHMIDT, E.: **Lehrbuch Konzentrierte Bewegungstherapie.** Grundlagen und klinische Anwendung. ISBN: 3794524616. 39.95 €

Schwabe Verlag

BRAENDLE, C.; CAHN, T.; GASSER, B.: **Buntes Haus.** Ein Kunstprojekt mit Menschen in der Psychiatrie. ISBN: 3796520944. 24.50 €

ETIENNE KLEMM, R.: **Die Kraft der inneren Bilder.** Entstehung, Ausdruck und therapeutisches Potential. ISBN: 3796519539. 33.50 €

HERZKA, H.: **Kinderverträglich denken und handeln.** Vorträge und Stellungnahmen

in Texten und Tondokumenten. ISBN: 3796521274. 33.50 €

KUHN, R.: **Psychiatrie mit Zukunft.** Beiträge zu Geschichte, Gegenwart, Zukunft der wissenschaftlichen und praktischen Seelenheilkunde. ISBN: 3796520715. 48.50 €

SARASIN, A.: **Der kreative Widerspruch.** Theorie und Praxis der dialogischen Psychotherapie, insbesondere der Kinder- und Jugendpsychotherapie. ISBN: 3796521460. 33.50 €

Springer

Neurobiologie psychischer Störungen. ISBN: 3540256946. 149.95 €

BURISCH, M.: **Das Burnout-Syndrom.** Theorie der inneren Erschöpfung. ISBN: 3540237186. 27.95 €

FÖRSTL, H.: **Theory of Mind.** Zur Soziologie sittlichen Verhaltens. ISBN: 3540272402. 49.95 €

HOFFMANN, J.: **Stalking.** ISBN: 3540254579. 29.95 €

SCHNEIDER, S.; MARGRAF, J.: **DIPS.** Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen Handbuch - Interviewleitfaden - Protokollbogen. ISBN: 3540413626. 27.95 €

Thieme

BATRA, A.; WASSMANN, R.; BUCHKREMER, G.: **Verhaltenstherapie.** Grundlagen - Methoden - Anwendungsgebiete. (*Klinische Psychologie und Psychiatrie*). ISBN: 3131177829. 59.95 €

BUDDEBERG, C.: **Sexualberatung.** Eine Einführung für Ärzte, Psychotherapeuten

und Familienberater. ISBN: 3131365749. 29.95 €

HAUCH, M.: **Paartherapie bei sexuellen Störungen.** Das Hamburger Modell: Konzept und Technik. ISBN: 313139451X. 39.95 €

HOFMANN, A.: **EMDR.** Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. ISBN: 3131182431. 39.95 €

REMSCHMIDT, H.; QUASCHNER, K.; THEISEN, F.: **Kinder- und Jugendpsychiatrie.** Eine praktische Einführung. ISBN: 3135766047. 49.95 €

Waxmann

WENGER JINDRA, I.: **Konversion und Stufen- transformation: ein kompliziertes Verhältnis.** (*Internationale Hochschulschriften 446*). ISBN: 3830915373. 34.90 €

VERANSTALTUNGEN

Weiterbildung, Kongresse, Reisen

von bis	Veranstaltung	Kontakt
2006-01-28 2006-01-28	Fortbildungsveranstaltung des AAI-Düsseldorf: Dr. Heiner Sasse: Menschenbild u. Haltung als Grundlage von Qualität Humanität in der Psychotherapie	Alfred-Adler-Institut Düsseldorf Tel. 0211-357773, Fax 1646482
2006-02-11 2006-02-12	Curriculum Psychotraumatheorie Freiburg: 9-teilig, zertifiziert (144 FE) mit EMDR-Kurs. Beginn: 11./12.02.06, Gebühr: 2.295 Euro, Anmeldung: 030/4642185	Institut für Traumatherapie www.traumatherapie.de
2006-02-17 2006-02-19	Kinder nein danke – Elternschaft in der Krise: Symposion + Workshops und Beginn des neuen Lehrgangs zum Erwerb d. Zusatzbezeichnung Psychotherapie	info@aerztliche-akademie.de
2006-03-03 2006-04-08	Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung: Anleitung zur Entwicklung eines bedarfsge- rechten QM-Systems. Optimierung individueller Abläufe.	Fortbildungsstelle 0711/ 6781 421
2006-03-15 2006-03-18	Gesellschaftlicher Wandel als Chance und Risiko: 57. Jahrestagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) 2006 in Magdeburg	Prof. Dr. med. Jörg Frommer Frau Kathlen Scholz
2006-03-20 2006-03-22	Krisenintervention (Kurs): Dr. Regina Wolf-Schmid, Andrea Mannseicher, «Die Arche», München; Ort: Kloster Seon, Oberbayern, 405 Euro incl. Ubrg./Verpflg.	Bildungswerk Irsee www.bildungswerk-irsee.de
2006-04-01 2006-04-02	Einführungskurs in die Sensorische Integration: Grundlagen der Sensorischen Integration und der Systemischen Entwicklungsbegleitung für den Berufsalltag	www.zef.ch dj@zef.ch
2006-04-03 2006-07-07	Motivational Interviewing – Ausbildung: Siebentägige Ausbildung in drei Abschnitten.	www.gk-quest.de/seminare Te. 0622. 739 20 30
2006-05-05 2006-05-09	66. Verhaltenstherapiewoche in Dresden: Thema der Eröffnung: Acceptance and Commitment Therapy – Die dritte Welle der Verhaltenstherapie	andersson@iftd.de www.vtwoche.de
2006-05-11 2006-05-14	Wohin entwickelt sich die Traumatherapie?: 8. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)	trauma2006@mh-hannover.de www.trauma2006.de
2006-05-18 2006-05-20	Angewandte Gesundheitspsychologie: Kompaktfortbildung: 7-teilige Kursreihe, Gesamtumfang: 140 UE	DPA Tel.: 0228-98731-28 info@dpa-bdp.de
2006-05-24 2006-05-28	ENTSPANNUNGSTHERAPIETAGE der Psych. FG: Workshoptagung zu den Themen AT, Progr. Relaxation, Hypnose, Yoga u.a.	eMail: DP.Elis.Westhoff@gmx.de Tel. 0221 5905678
2006-06-10 2006-02-10	Workshop mit P. Schmidt, Dipl.-Psych.: Zwangsstörungen behandeln – ein interdisziplinärer Ansatz (Behandlungskonzepte, Trends und ungelöste Probleme)	Akademie bei König & Müller www.koenigundmueller.de
2006-06-24 2004-06-24	Neue Therapieansätze b. Angststörungen: Ref.: D. Barlow, A. Ehlers, M. Bohus, S. Hofmann. www.psychotherapie-ausbildung-frankfurt.de	Dr. Heike Winter 069-79823723

www.bvvp-magazin.de: Veranstaltungen bequem online eintragen, 2 Zeilen gratis