

# ***bvvp*** **magazin**

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

## ***Alter***

- *Der bvvp zu den KV-Wahlen*
- *Erfolg für uns: Das BSG-Urteil*
- *Kein Krieg der Generationen*
- *Interview mit Prof. Dr. Radebold*

*3. Jahrgang  
Ausgabe 2/2004*





Praxis

Gesuch/Gründung

Psycholog. Psychotherapeutin (VT, Psychoonkologie, Psych. Schmerztherapie) sucht KV-Sitz in den westlichen Bundesländern Telefon 05691/806766

Freiburg/Hochschwarzwald: Psychologischer Psychotherapeut/ Psychoanalytiker (auch Gruppe) sucht KV-Sitz in Praxisgemeinschaft bzw. Praxis zur Übernahme oder Job-Sharing. Tausch mit KV-Sitz in Münster/Westf. möglich. Tel: 0251-40333, Fax 6743617

Verkauf

Analytische Psychotherapeutin gibt Zulassung im Ortenaukreis innerhalb der nächsten 2 Jahre ab. www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-02/04-50

KV-Praxis (Sitz), gut eingeführt, psychologische Psychotherapie (TP) in Pforzheim zu veräußern. Schöne, zentral gelegene Praxisräume/Penthauswohnung mit Blick auf die gesamte Stadt können dazu gemietet werden. Pieter Loomans, Steinbachstr. 15, 79809 Weilheim-Remetschwil Tel.: 07755 - 919370

Räume

Gesuche

Freiburg Innenstadt: Ärztl. PTin su. Räume max. 100m² f. Praxisgem. o. Raum in besteh. lebend. Gem. m. gt. Infrastrukt. praxisraume.freiburg@web.de www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-02/04-56

Angebote

Hier könnte Ihre Anzeige stehen. Einfach online aufgeben unter www.cosis.net/ads.

Stellenanzeigen

Gesuche

Approbierte psycholog. Psychotherapeutin (VT) sucht Mögl. zu Einstieg, Job-Sharing in PT Praxis Raum Frankfurt (M). 069/95524468 od. praxismitarbeit@aol.com

Verschiedenes

Liebe bayerische Ursula, natürlich haben wir beim Schwerpunkt mal wieder alle Zeichen verbraten. Aber wie Du siehst: Mein Dank an Dich steht trotzdem da, wo er hingehört. Drei Jahre Zusammenarbeit mit Dir für das bvvp-magazin waren für mich ein Glücksfall. Was daran liegt, dass Du ein Glücksfall bist. Dein Abschied von der Redaktion ist keine Trennung, denn außerhalb sieben Jahren und sieben Tagen und 450 km trennt uns kaum was. Nicht wahr? Alsdann: bis demnächst im Elsass! Deine badische Ursula

Raum Heilbronn/Ludwigsburg: Suche tiefenpsycholog. oder psychoanalyt. Interventionsgruppe oder Interessenten/innen für Neuanfang. Tel.: 07133/139867

Reise

4000 niedergelassene Psychotherapeuten erreichen Sie für nur 12 €. Einfach online buchen unter www.cosis.net/ads.

# KLEINANZEIGEN BUCHEN

Kleinanzeigen bequem buchen mit unserem Online-Anzeigensystem!

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• schnelle Eingangsbestätigung</li> <li>• kinderleicht zu bedienen</li> <li>• faire Preise</li> <li>• rund um die Uhr für Sie da</li> <li>• superschnelle Chiffre</li> </ul> | <p><b>Preise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nur 12 € pro Anzeige bis 150 Zeichen</li> <li>• je weitere 50 Zeichen 6 €</li> <li>• echiffre: 10 €</li> <li>• und Porto gespart</li> </ul> |
|---|---|

Einfach buchen im WWW: [www.bvvp-magazin.de](http://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](http://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

## ÄRGERNIS

## DAS FINDEN WIR GUT

## FÜR UNS GELESEN

## DIENSTLEISTUNGEN

## LESERBRIEF

## IMPRESSUM

## NEUERSCHEINUNGEN

## VERANSTALTUNGEN

Vorwort von Birgit Clever .....	4
Die KV-Wahlen im Lichte der Organisationsreform der KVen .....	5
Wettbewerb verbessert die Qualität! Zentralisierung spart Geld! Monopolstellung der KVen muss gebrochen werden! .....	6
Nachdenken über das Sich-Organisieren in einem gemischten Verband .....	7
Ein bvvp-Erfolg – BSG-Rechtsprechung hat ab 2000 Bestand .....	8
Stellungnahme des Rechtsanwalts Dr. M. Kleine-Cosack .....	10
Prozesssplitter .....	10
KBV bleibt KBV – was sonst .....	11
Quo vadis KV Bayern: Wo stehen eigentlich die Psychotherapeuten? .....	13
Rolle der Psychotherapeuten beim Brustkrebs-DMP .....	14
Die neugewählte Kammer packt an .....	15
VTler müssen umlernen .....	15
Auf dem Weg zur Integration .....	16
<b>ALTER</b>	
In eigener Sache .....	18
... und ganz allgemein .....	19
Vorsorge .....	20
Kein Krieg der Generationen .....	22
Dr. Kunzmann: Weisheit: «Alter ist nicht hinreichend» .....	24
Prof. Dr. Radebold: «Nicht nur Keller aufräumen» .....	25
GMG: Die im Dunkeln sieht man nicht .....	27
Friedensarbeit in Palästina .....	29
Für uns gelesen .....	30
Versicherungen .....	32
Missbrauch in der Psychotherapie .....	12
Impressum .....	34
AutorInnen .....	23
Neuerscheinungen .....	33
Veranstaltungen .....	35

# VORWORT

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2004 ist für den bvvp in mehrfacher Hinsicht ein besonderes Jahr. Begonnen hat es mit den Prozessen im Januar am Bundessozialgericht zu unseren Honoraren. Viele von Ihnen werden sich noch daran erinnern können, dass sich der bvvp als erster psychotherapeutischer Verband die Honorarsituation der niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten zum zentralen Anliegen gemacht hat. Die Sorge um die künftige Honorarentwicklung war für alle im Rahmen der KV abrechnenden Psychotherapeuten der ausschlaggebende Grund für die Gründung des bvvp. Es wurde uns damals nach der ersten Seehoferschen Gesundheitsreform mit Budgetierung des Gesamthonorars für die Ärzteschaft ziemlich plötzlich und schmerzlich bewusst, dass sich die Psychotherapeuten, ob sie nun Ärzte, Psychologen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ob sie Analytiker oder Verhaltenstherapeuten waren, bis dahin fast ausschließlich um ihre fachlichen Belange und Entwicklungen gekümmert haben. Sie hatten ein vom Rest der medizinischen Disziplinen und Kollegen recht abgeschottetes Dasein geführt und daher gab es eben auch eine viel zu geringe, bzw. gar keine Verankerung in den Selbstverwaltungsgremien. Unser Anliegen war, diesem Umstand schnellstmöglichst entgegenzuwirken. Wir sahen doch deutlich auf uns zukommen – wie es dann auch tatsächlich geschah – dass wir mit unseren Honoraren enorm unter Druck gerieten und uns damit ganz konkret die Existenzgrundlage wegzubrechen drohte. Das einzig Positive war, dass die Honorareinbrüche alle Kollegen gleichermaßen zu treffen drohte – positiv deshalb, weil dadurch möglich wurde, erstmals über die hohen schulenspezifischen Barrieren hinweg Gemeinsamkeiten aller Vertragspsychotherapeuten auszumachen.

In den nun ins Land gegangenen 10 Jahren hat sich an diesen Themen des bvvp einerseits nicht viel geändert und andererseits doch:

Wir kämpfen immer noch um unsere Honorare, aber inzwischen nicht mehr allein. Einige der anderen Verbände haben sich dieses Themas auch sehr angenommen. Wir setzen uns immer noch für den Erhalt und die Weiterentwicklung der Psychotherapie als Ganzes ein und versuchen, Grabenkämpfe zu überwinden. Wir ringen weiterhin um eine verbesserte Repräsentanz in den Strukturen der Selbstverwaltung. Hier ist, ebenfalls im Verbund mit vielen anderen Verbänden, schon Wesentliches erreicht worden, aber immer noch nicht genug, um vertretbare Honorare erreichen zu können, ohne ersatzweise den steinigen Weg der gerichtlichen Auseinandersetzungen beschreiten zu müssen. Umso mehr freuen wir uns, dass nach 10 Jahren das Bundessozialgericht die bereits 1999 spektakuläre Rechtsprechung zu unseren Gunsten fortgesetzt und konsolidiert hat. Auf unserer Bundesdelegiertenversammlung, zwei Tage nach dem aktuellen Prozess, haben wir Norbert Bowe, der der innerverbandliche Haupt- und Dauermotor aller bvvp-Musterklagen ist, und den südwürttembergischen bvvp-Musterkläger entsprechend hochleben lassen. Und wir haben uns daran gefreut – um mit Norbert Bowe zu sprechen – dass aus dem Pflock, den das Bundessozialgericht 1999 eingeschlagen hat, jetzt im Jahr 2004 ein Damm geworden ist! Auch ein Damm muss natürlich weiter beobachtet, gepflegt und gesichert werden und das werden wir auch sorgsam tun.



*Birgit Clever und Ursula Stahlbusch*

Neben diesem erfreulichen Ereignis hatten wir noch einen Grund zum Feiern und zum gleichzeitigen Verabschieden: Ursula Stahlbusch, bayrisches Urgestein des bvvp und maßgebliche Erkämpferin der langjährig traumhaften 10 Pf Honorierung in Bayern und jetzt mit Ursula Neumann zusammen Initiatorin unseres bvvp-Magazins, hat sich aus unserer Redaktion verabschiedet. Liebe Ursula Stahlbusch, ich will dir auch hier, an dieser Stelle, noch einmal den herzlichen Dank des bvvp ausdrücken, besonders dafür, dass ich dir an dieser Stelle überhaupt danken kann – denn wenn du und die andere Ursula, Ursula Neumann, unser Magazin nicht zum Leben erweckt hätten, dann ginge das alles gar nicht! Dir alles Gute für neue Taten und uns noch viel Freude am Magazin!

EURE BIRGIT CLEVER

# AUS DEM BUNDESVORSTAND

## Die KV-Wahlen im Lichte der Organisationsreform der KVen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften öffentlichen Rechtes. Solche Institutionen gibt es überall dort, wo der Staat glaubt, die Umsetzung hoheitlicher Aufgaben weitgehend in die Hände der Betroffenen selbst legen zu können. Voraussetzung dafür ist das Vertrauen des Staates, dass diese Aufgaben gemäß dem in entsprechende Gesetze und Vorschriften gegossenen politischen Willen administrativ umgesetzt werden. Mit der Sachkenntnis der Institutionen soll erreicht werden, dass dieses Vorhaben realitätsgerechter gelingt als wenn es dem Staat selbst und seinen Verwaltungen überlassen würde. Insofern ist eine Ausfüllung und ggfs. Überformung der politischen Vorgaben durchaus notwendig und erwünscht und ermöglicht tendenziell einen schlanken Staat. Das Ganze funktioniert natürlich nur so lange wie die staatlichen Regulierungswünsche auch ausreichend in die Körperschaften durchgereicht und von diesen entsprechend loyal umgesetzt werden.

Nun war in den letzten Jahren das Wirtschaftswachstum in Deutschland insgesamt und mit ihm die für die Menschen in Deutschland Verantwortung tragenden Politiker unter Druck geraten. Dieser Druck hat dann zunehmend auch das Gesundheitswesen in Mitleidenschaft gezogen, teils direkt, beispielsweise durch die geringeren Krankenversicherungsbeiträge der wachsenden Zahl von Arbeitslosen, teils über zusätzliche Verzweiflungstaten der Politiker in Form der berühmten sozialpolitischen Verschiebebahnhöfe, d. h. einem finanziellen Aderlass der Krankenkassen als zweifelhaftem Versuch, den Staatshaushalt zu konsolidieren. In solchen druckvollen Situationen ist es immer günstig, wenn man einen bösen Buben ausmachen kann, der an der ganzen Misere schuld ist. Und so ließen die Politiker ihre Blicke schweifen und entdeckten die Fehler der Selbstverwaltung. Dann wurden

dabei plötzlich tatsächlich verbesserungswürdige Missstände wahrgenommen, die man bis dahin übersehen hatte. Es wurden den neugefundenen Buhmännern der Nation, den Ärzten, flugs auch Fehler und Organisationsversagen zugeschoben, die nicht diese, sondern die Politik zu verantworten hatten. Auf jeden Fall gediehen in dieser Gemengelage bei den Politikern aller Couleur die Zweifel, ob einer ausreichend staatstragenden Haltung der Selbstverwalter in ungeahnter Fülle und der immer lauter werdende Ruf nach notwendigen Reformen zur Selbstverwaltung einte und entlastete die Politik. Man unterzog sich großer, ungeahnter, gemeinsamer Anstrengungen, mit dem Haifischbecken der Ärzteschaft fertig zu werden. So kam es, dass neben anderem Regelungsbedarf die Reglementierung der unfreiwillig zum Buhmann mutierte Ärzteschaft die Politiker heiße Verhandlungsrunden kostete. Das Ergebnis war das von fast allen mitgetragene und mitgestaltete Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz. Ulla Schmidt und Horst Seehofer erlebten sogar eine unvergessliche Nacht.

### Eine schöne Bescherung

Diese Entwicklung beschert uns, mitgefangen und mitgehungen zu sein, auch wenn wir mit den berechtigten und unberechtigten Zweifeln der Politik äußerst wenig zu tun haben, sind wir doch bisher sowohl als Ärztliche, Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Grunde nirgends wirklich entscheidungs- und gestaltungsrelevant in KV- oder KBV-Strukturen einbezogen.

Nun sollen die Organisationsstrukturen der KVen und der KBV nach dem Willen des Gesetzgebers deutlich gestrafft und professionalisiert werden, um das nach Meinung der Politik teilweise etwas zu lebhaftes Binnenleben der Körperschaften wieder auf ein den eigentlichen hoheitlichen Aufgaben entsprechendes Maß zurückzuführen und überschaubarer, transparenter und damit auch steuerbarer und kontrollierbarer zu machen. Dazu soll die Anzahl der ehrenamtlichen Selbstverwalter je nach KV von der Hälfte

te bis auf ein Viertel des jetzigen Umfangs zurückgefahren werden, die Verwaltungsseite klar gestärkt und die dann hauptamtlichen Vorstandsmitglieder deutlich mehr in die Verantwortung genommen werden.

Mit dieser Reduktion der ehrenamtlichen Selbstverwalter und der zusätzlichen noch höheren Konzentration von Verantwortung und Gestaltung bei einem aber wiederum kleineren Vorstand als bisher entsteht insgesamt ein Mehr an Basisferne und Staatsnähe. Aber hoffentlich kommt es zu einer größeren Nähe zu Recht und Gesetz – an was denke ich da wohl? Es wird wahrscheinlich zu einem Weniger an Selbstbestimmung, aber hoffentlich auch einem Weniger an in HVMs geronnenen Gruppenegoismen kommen. Es entsteht natürlich auch der Effekt, dass sich die Politik mit den so zerkleinerten KVen wiederum aus Versehen auch solcher Instrumentarien entledigt hat, die sie dringend zum Schutz der Bürgerinnen und Bürger gebraucht hätte. Man denke nur an die schwierige Durchführung der Qualitätssicherung in Zeiten der Flexibilisierung der Versorgungslandschaft und der Verträge i. R. der integrierten Versorgung. Die Haifische sind ja nicht ausgestorben, bloß weil die Politik ein Gesetz macht, nein, sie haben schon gemerkt, dass teilweise sogar absichtlich große komfortable Becken extra für sie neu geschaffen wurden und sie freuen sich schon aufs baldige Schwimmvergnügen, z. B. im Becken der integrierten Versorgung, des Qualitätsmanagements und der obligatorischen Fortbildung. Nicht genug: Sie scheinen auch schon kräftig zu trainieren und sich auch noch zu vermehren! Neue Haifischarten wurden schon gesichtet in Gestalt kommerzieller Anbieter ... manchmal fürchte ich, dass es der Politik so gehen könnte wie dem Zauberlehrling. Was auf den ersten Blick aufregend und lebendig erscheint, könnte bald zum Alptraum für die Menschen in Deutschland werden. Eine Flexibilisierung der Versorgungsstrukturen will sorgfältig gehandhabt werden, sie darf weder zum Selbstzweck noch zum (untauglichen) Allheilmittel werden.

Wir Psychotherapeuten sind schon immer in den Strukturen der KVen und der KBV eher schlecht vertreten, je höher es in der Hierar-

chie geht, um so schlechter. Und das liegt nicht daran, dass es keine geeigneten Kandidaten gäbe. Durch das Psychotherapeutengesetz wurde zumindest für die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine Repräsentanz auf der unteren Ebene der Delegierten der Vertreterversammlungen gesetzlich verankert. Aber in die Vorstände der KVen und in wirklich entscheidungsrelevante Vorstandspositionen hat es kaum einer geschafft. Mit den Verkleinerungen der Vertreterversammlungen wird die absolute und die relative Zahl der Psychotherapeuten in den Vertreterversammlungen sinken. Von den bisher sowieso wenigen Ärztlichen Psychotherapeuten wird kaum noch einer überhaupt den Sprung in die Vertreterversammlungen der KVen schaffen, geschweige denn in die Vertreterversammlung der KBV. Die Zahl der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird zwar relativ konstant bleiben bei höchstens 10%, aber die Last der Verantwortung, die Interessen der gesamten Psychotherapeutenschaft zu vertreten, wird sich voraussichtlich auf deutlich weniger Kollegen verteilen. Und da sich die jetzigen KVen bei den Sozialministerien, die derzeit mit dem Erlass der konstituierenden Satzungen beschäftigt sind, NICHT für eine Beteiligung der Psychotherapeuten in den Vorständen der zukünftigen KVen stark gemacht haben, weshalb auch keine satzungsgemäße Verankerung einer solchen Beteiligung erfolgt ist, wird es auch keinen Psychotherapeuten in einem der zukünftigen Vorstände geben. Zwischenzeitlich waren auch, wie in Niedersachsen, Modelle im Gespräch, in denen ein den Vorstand näher begleitender und kontrollierender, von der Vertreterversammlung eingesetzter Hauptausschuss unter Beteiligung eines Psychotherapeuten angedacht war. Offensichtlich hat sich aber die Ministerialenrunde der Länder überwiegend darauf verständigt, solche Ausschüsse nicht in die Satzungen aufzunehmen, so dass es für die Psychotherapeuten unterm Strich bei einer noch geringeren Repräsentanz auf der Ebene der Delegierten und keiner Repräsentanz in Vorstandsnähe, geschweige denn im Vorstand selbst kommen wird.

### Was heißt das für die Wahlen?

Wenden wir uns mit Grausen ab und ziehen uns ins Therapiezimmer zurück?

Natürlich nicht. Es wird darauf ankommen, regional auf der Ärzteseite rechtzeitig Wahlbündnisse zu schließen, die eben doch

die Wahl eines ärztlichen Psychotherapeuten ermöglichen könnten. Zumindest können Ärztevertreter gewählt werden, die der Psychotherapie gewogen sind. Bitte beginnen sie hier dringend mit den entsprechenden Kontaktaufnahmen, sonst sind die Ärztelisten festgezurr. Und bei den Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird es sicher zu einem noch größeren Gerangel um die wenigen Plätze kommen. Es ist deshalb ganz erheblich, dass sie sich genauestens mit dem Prozedere der Stimmabgabe vertraut machen, damit weder ungültige Stimmzettel entstehen noch Stimmen verloren gehen. Und sie sollten sich selber und ihren Kollegenkreis genau informieren, welche Kandidaten für welche Positionen stehen. Es besteht inhaltlich und auch in der Handhabung konkreter Probleme ein großer Unterschied zwischen den Positionen der «gemischten Verbände», zu denen auch der bvvp zählt und den Positionen der rein ärztlich oder rein psychologisch ausgerichteten Verbände. Die «Gemischten» sehen die Psychotherapie als großzügiges, geräumiges Haus, das die verschiedenen Grundberufe und Schulen gemeinsam bewohnen und gestalten, die ausschließlich ärztlich oder psychologisch orientierten Verbände dagegen konkurrieren um den schöneren Bungalow und Vorgarten. Da fällt die Entscheidung doch eigentlich nicht so schwer, wo man lieber wohnen will, oder?

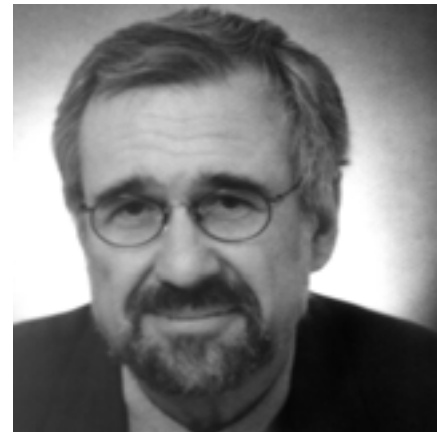
BIRGIT CLEVER

## Wettbewerb verbessert die Qualität!

### Zentralisierung spart Geld! Monopolstellung der KVen muss gebrochen werden!

Bitte meditieren Sie einmal über diese 3 Sätze und wenden Sie sie darauf an, dass eine Konkretisierung dieser «Erkenntnisse» in der Zusammenlegung der 4 KVen in Baden-Württemberg besteht.

Die 4 KVen existierten schon lange nebeneinander und konkurrierten. Manchmal führte dies dazu, dass die KV, die besser verhandelte, verbesserte Abschlüsse mit den Kassen erreichte. Es führte auch dazu, dass die Ergebnisse der Verhandlungen regionale Verhältnisse und Interessen widerspiegeln.



Jürgen Doebert

Aber manchmal führte es auch dazu, dass die KVen von den Kassen gegeneinander ausgespielt wurden. Monopol?

Zentralisierung spart in der Regel kaum Geld, führt aber dazu, dass die Zentrale immer ferner von denen agiert, die sie vertritt oder regiert. Demokratie, Mitbestimmung, Nähe zum «Regierten» kosten Geld. Zentralisierung kostet auch Geld: alle Wege sind weiter. Es geschehen Fehler in der Zentrale, die mühsam ausgebügelt werden müssen.

### Was heißt die Zusammenlegung für uns Psychotherapeuten?

- 4 Fachausschüsse mit 48 berufspolitisch aktiven und interessierten Psychotherapeuten werden zu einem mit 12 Mitgliedern.
- Über 20 gewählte Vertreter der PP und KJP in den Vertreterversammlungen schmelzen auf 5 Vertreter zusammen;
- Ein Psychotherapeut im Vorstand und ein kooptierter Psychotherapeut in einem anderen Vorstand gehören der Vergangenheit an: kein Psychotherapeut im Vorstand der neuen KV.
- Lokal erreichte Einfluss- und Informationsmöglichkeiten: perdu. Der neue Vorstand soll in der ersten Legislaturperiode aus jeder ehemaligen KV ein Mitglied haben. Dazu kommt als 5. Mitglied ein Jurist oder Verwaltungsfachmann.
- Landesweite Wahlen für die PP und KJP: die Kandidaten sind kaum noch persönlich bekannt.
- Regionale Wahlen für die Ärzte bei gleichzeitiger Reduktion der Vertreterversammlung bedeutet für die ärztlichen Psychotherapeuten: eine Chance nahe Null, einen Vertreter in der neuen VV zu haben.

## Was heißt die Zusammenlegung für alle KV-Mitglieder?

- Die Funktionäre sind mit der Positionierung für die Wahl beschäftigt.
- Die Verwaltungen sind mit der Vorbereitung der Wahl und der organisatorischen Umstrukturierung beschäftigt. (Gute Fachkräfte überlegen, ob sie das Weite suchen, da die Arbeit in einer Bezirksstelle weniger attraktiv ist).
- Effekt: für neue Konzeptionen wie integrierte Versorgung, Gruppenverträge usw. die speziell mit den Kassen außerhalb der Gesamtvergütung laufen würden, ist keine Kraft vorhanden.
- Bezirks- oder Abrechnungsstellen bleiben vor Ort, Politik wird im fernen Stuttgart gemacht.
- Die KV Nord-Württemberg ist die größte und wird den größten Einfluss haben. Zusammen mit den landesweit organisierten MEDI-Bünden wird dieser Einfluss noch größer. Die Baumgärtnerisierung der KV BW ist kaum aufzuhalten.

## Die Wahl der PP und KJP in die VV

Angesichts der kleinen Anzahl von Vertretern in der neuen KV-VV und des von den Ärzten immer wieder aus dem Hut geholten Vorwurfs, wir Psychotherapeuten seien eben zu uneinig, wurde in allen Verbänden überlegt, eine gemeinsame Liste der PP und KJP aufzustellen. Es gibt aber sehr viele politisch unterschiedliche Strategien und Schwerpunktsetzungen. Diese im Wahlkampf herauszuarbeiten und mit den Wählern zu diskutieren, wäre demokratischer und durchschaubarer. Der grundsätzliche Dissens zwischen bvvp und den reinen PP-Verbänden liegt in der Frage, ob es für die Psychotherapie im Gesundheitswesen und für die PP und KJP insbesondere besser ist, die in unserem Verband traditionelle Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und KJP auszubauen, zu pflegen und die jeweiligen Stärken auch zum Nutzen der anderen Gruppe einzusetzen oder ob eine reine Interessen-Politik der PP und KJP, die sich z. T. in offener Gegnerschaft, aber öfter in einfacher Negierung des Vorhandenseins der ärztlichen Psychotherapeuten, äußert, sich durchsetzt. Die PP und KJP wählen Baden-Württembergweit und können so ihre Kräfte auch über die alten KV-Grenzen hinweg bündeln.

Die Wahl der ärztlichen Psychotherapeuten in die KV-VV:

Die Ärzte wählen in 4 Bezirken. Aus jeder KV kommen nur wenige Vertreter in die VV der neuen KV Baden-Württemberg. Die wenigen Plätze in jedem Bezirk teilen sich Haus- und Fachärzte. Die Chance, dass ein ärztlicher Psychotherapeut, der ganz von Psychotherapie lebt, aufgestellt und dann auch noch gewählt wird, ist bei dieser Enge und den heftigen Positionskämpfen zwischen Hausärzten und Fachärzten sehr fraglich. Die größte Chance besteht in einer eigenen Liste der Psychotherapeuten oder der sprechenden Medizin. Der Wahlkampf läuft...

JÜRGEN DOEBERT

## Nachdenken über das Sich-Organisieren in einem gemischten Verband

In den nächsten Monaten stehen die Wahlen in den KVen und in die verschiedenen Gremien vor Ort und in die KBV an. Da wiederholt sich mit berechenbarer Regelmäßigkeit, was immer in solch entscheidungsschwangeren Zeiten geschieht: Einige Verbände auf Psychologenseite werden Ihnen klar machen, dass nur «rein» psychologische Verbände Ihre Interessen wirklich vertreten können, und dasselbe geschieht vice versa bei den «reinen» Ärzteverbänden auf ärztlicher Seite. Einen Vorgesmack durften wir schon davon erhalten, als das Ärzteforum (der gemischten Psychotherapie-Verbände) an die «rein» ärztlichen Verbände der Stäko (Ständige Konferenz) zum Gedankenaustausch und zur Frage ggf. gemeinsamer Wahlvorschläge für die künftigen KBV-Gremien eine Einladung schickte. Es kamen nur Vertreter von 2 der über 14 «rein» ärztlichen Verbände. Und diese machten uns dann auch unmissverständlich klar, dass das alles entscheidende Kriterium für sie sei, ob jemand reinrassig Ärzteinteressen vertreten könne. Aber davon sei bei überzeugten Vertretern gemischter Verbände eben nicht auszugehen, also: kein Platz auf einer gemeinsamen Liste! Alles andere würde nach Meinung der «Reinen» – z. B. im Beratenden Fachausschuss – Mehrheitsverhältnisse zu Ungunsten der Ärzte schwächen. Aufgrund derartiger Ansichten hatte man bereits bei der letzten Wahl des Beratenden Fachausschusses ei-



Norbert Bowe

ne «Koexistenz» mit bvvp und DGPT, den zwei größten «Gemischten», auf der Ärzteseite dieses Gremiums regelrecht hintertrieben.

Dass bei derartig profunden Auswahlkriterien nicht nur Gutes zustande kommt, hat spätestens die zu Ende gehende Legislaturperiode des Beratenden Fachausschusses der KBV (BFA) gelehrt: die Interessen und fachlichen Belange der psychotherapeutischen Kern-Leistungen (Richtlinienpsychotherapie) wurden – wenn überhaupt – von der «rein-ärztlichen» Ärztebank im Fachausschuss über weite Strecken nur halbherzig und ohne eigene inhaltlichen Eingaben unterstützt. Es gab sogar Situationen, in denen einige «Ärztebank-Kollegen» des BFA sich von der BSG-Rechtsprechung distanzieren zu müssen glaubten, um damit bei Vertretern anderer Facharztgruppierungen besser anzukommen. Wir meinen, dass die einseitige Besetzung der Ärztebank sich dringend ändern muss. Das wird aber nur möglich sein, wenn die gemischten Verbände stark aus den kommenden Wahlen hervorgehen.

Interessanterweise findet sich die Interessenlage «reiner» Verbände der ärztlichen und der psychologischen Seite in einem Punkt außerordentlich gut zusammen: Eine Frontstellung gegen die jeweils andere Berufsgruppe nach dem Motto «Ärzte gegen Psychologen» ist plakativ, werbewirksam und (pseudo-)identitätsstiftend. Denn gegen die Einseitigkeit und Alleinvertretungsansprüche der jeweils anderen Seite lässt sich trefflichst zu Felde ziehen. Daraus lässt sich stets aufs Neue wie selbstverständlich beweisen, wie unverzichtbar und allein zielführend die reinrassige Interessenvertretung gegenüber der jeweils anderen Seite sei. Einseitigkeit und Polarisierung der jeweils anderen Seite ist geradezu erwünscht als Erfordernisnachweis für eigene polarisierende Vorgehensweisen.

Ein derartiges Szenario erinnert an die Spannungen zwischen Herrschaftshäusern

vor der französischen Revolution und an die daraus erwachsenen Kabinettskriege. Tatsächlich zeichnen sich Personalentscheidungen und Schachzüge der Einflussreichen auf der derzeitigen Ärztebank bisher durch einen hohen Grad von Mangel an demokratischer Legitimation aus. Vieles von dem, was da geschieht, geht ohne das Wissen und gegen den Willen eines größeren Teils der Basis vor. Anders kann man die Haltung nicht verstehen, die den eigenen ärztlichen Kollegen gemischter Verbände eine Berechtigung zur Repräsentanz in den Gremien abzusprechen versucht, obgleich nachweislich mehr als die Hälfte der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen zu deren Mitgliedern zählt und sie sich durch zahlreiche berufspolitische Erfolge bewährt haben, die allen ärztlichen Psychotherapeuten zugute gekommen sind. Auch wenn wir überzeugt sind, dass die berufspolitische Einstellung und Haltung von Vertretern gemischter Verbände für die Anliegen der Psychotherapie und der Psychotherapeuten von unverzichtbarer Bedeutung ist, kämen wir wohl nicht auf die – m. E. verstiegene – Idee, die Berechtigung der Repräsentanz der «reinen» ärztlichen Verbände in den Gremien in Zweifel zu ziehen, wie es umgekehrt geschieht. Wir meinen, dass eine Koexistenz dringend erforderlich ist, da nur so auch die – wie wir meinen – eher überwiegend gemeinsamen Interessen aller Psychotherapeuten nicht unter die Räder kommen.

Wie sehr gerade jetzt die gemischten Verbände gebraucht werden, ergibt sich allein schon aus den Realitäten unseres Umfeldes: Wir leben als Psychotherapeuten eben nicht in einem Zeitalter des Absolutismus, in dem Europa mit sich selbst beschäftigt ist, sondern in einem modernen Haifischbecken konkurrierender Ärztegruppierungen. Wir können uns solche Polarisierungen, wie sie nicht selten von den «Reinen» zu Legitimationszwecken eigener Politik und zur regressiven «Identitätsstützung» aufgebaut werden, schlicht nicht leisten, weil sie – ungebremst durch die Brückenfunktion der «Gemischten» – zu einer gefährlichen Aufspaltung der Leistungserbringer des psychotherapeutischen Versorgungsbereiches führen müsste. Es gibt genug Interessierte jenseits des psychotherapeutischen Lagers, denen es nur recht ist, wenn sich die Psychotherapeuten durch Grabenkämpfe schwächen. Und angesichts sich verstärkender Macht der Krankenkassen wäre das die Möglichkeit schlechthin, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten gegeneinander auszuspielen.

Es gibt auf Seiten der psychologischen Psychotherapeuten und der ärztlichen Psycho-

therapeuten immer noch zu viele, die nicht wahrhaben wollen, dass vom Gesetzgeber mit dem Psychotherapeutengesetz eine integrierte gemeinsame Versorgungsstruktur geschaffen wurde, um den Bedarf an Psychotherapie zu decken und dass alle gesetzlichen Vorgaben zu Gremienbesetzung und Bedarfsdeckung von einer rechtlichen Gleichstellung der neuen Berufsgruppen und einem gemeinsamen Versorgungsauftrag ausgehen. Gemeinsam sollte dabei nach unserer begründeten Auffassung heißen: kooperierend und nicht konkurrierend in einem heillosen Verdrängungswettkampf.

Allerdings gibt es auf der Seite der Psychologenverbände – im Gegensatz zur derzeitigen Situation auf der Ärzteseite – eine gewachsene Bereitschaft und bewährte Strukturen, über welche «reine» Psychologenverbände mit gemischten Verbänden produktiv zusammenarbeiten (können). Auf ärztlicher Seite fehlen solche kooperativen Strukturen vollständig. Die um die Facharzt-Interessen (für Psychotherapeutische Medizin) gruppierten «rein ärztlichen» Verbände versuchen, sich mit ihren Lieblingsfeinden aus den Psychiaterverbänden mit dem austarierten Proporz eines sich gegenseitig In-Schach-Haltens in den Gremien einzumauern und wollen bei dieser feindlichen Umarmung nicht von den «Gemischten» gestört werden. Es fällt leicht, sich vorzustellen, dass auch bei dieser innerärztlichen Gegnerschaft «Psychotherapeut versus Psychiater» viele «identitätsstiftende» Polarisierungen ohne hinreichenden Realitätsbezug stattfinden (darauf ist an anderer Stelle gesondert einzugehen).

Den «Gemischten» fällt bei so viel möglichem Sprengstoff die wichtige Rolle zu, dafür zu sorgen, dass in diesem endlosen Gerangel die genuinen Interessen aller Psychotherapeuten und die Belange der psychotherapeutischen Versorgung nicht untergehen. Die «Gemischten» sind zu Kooperation mit den «rein» ärztlichen Verbänden bereit, setzen nicht auf Verdrängungswettkampf und wollen die Zukunft des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin sichern, u. a. auch durch Schutz und Weiterentwicklung des Kernstückes psychotherapeutisch-psychosomatischer Tätigkeit, der Richtlinienpsychotherapie. Wenn es aber beim derzeitigen Stand mangelnder Kooperationsbereitschaft der «rein ärztlichen» Psychotherapeutenverbände bleiben sollte, können die (fach-)ärztlichen Psychotherapeuten vor Ort nur dadurch eine Verbesserung der innerärztlichen Kooperationsmöglichkeiten und eine bessere Absicherung realistischer Perspektiven des Facharztes für Psychosomatik und Psychotherapie bewirken,

wenn sie mit ihrer Wahlentscheidung die gemischten Verbände unterstützen.

NORBERT BOWE

## Ein bvvp-Erfolg – BSG-Rechtsprechung hat ab 2000 Bestand

Das BSG hat Recht gesprochen. Die Rechtsmaßstäbe, die für die Zeit bis 1998 einen Mindestpunktwert von bis zu 10 Pf garantiert hatten, bleiben unverändert für die Zeit ab dem 1. Quartal 2000 bestehen. Denn weder wurde zwischenzeitlich das Gleichheitsgebot aus dem Grundgesetz entfernt, noch die übrige Ärzteschaft im Honorarkeller der Psychotherapeuten eingebunkert. Das BSG hat denjenigen in der ärztlichen Selbstverwaltung und bei den Krankenkassen, die bis zuletzt glauben wollten, in eigener Machtvollkommenheit klare Sachverhalte und ebenso klare höchstrichterliche Rechtsgrundsätze nach Opportunität bis zur Unkenntlichkeit verdrehen zu können, eine neuerliche klare Grenze gesetzt und an die Pflichten erinnert, auch bei den Psychotherapeutenhonoraren die fundamentalen Verfassungsgrundsätze einzuhalten. Wir hoffen nun, dass das Licht dieser Erkenntnis jetzt auch bis in die Winkel(-züge) der EBM-Diskussion leuchtet und für eine Zukunft mit solidem wirtschaftlichen Boden sorgt.

## Ein Blick zurück ...

Erinnern wir uns. Seit 1993 wurde einer ganzen Arztgruppe über mehr als 10 Jahre eine gesicherte Existenzgrundlage vorenthalten. Dabei wurde billigend in Kauf genommen, dass viele von uns in unerträgliche finanzielle und persönliche Bedrängnis gerieten. Erhebliche Einschränkungen der Qualität der psychotherapeutischen Arbeit und Versorgung sowie der Entwicklung des Faches konnten entstehen, die die meisten von uns vor die bange Frage stellte, wie sie ihre völlig unzureichende Altersvorsorge je kompensieren könnten.

Die ersten Urteile des BSG vom Januar und August 1999, erwirkt von Musterklägern des bvvp, brachten eine erste Wende bei den schier ungebremst abfallenden Honoraren für unsere Leistungen. Der bvvp hatte in seinen Musterverfahren minutiös die Situation einer typischen Psychotherapeutenpraxis und ihrer Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten dar-



gelegt, dabei bis ins Detail die krassen Unterschiede zwischen unserer Mangelhonorierung und den Verdienstmöglichkeiten der übrigen Ärzte und anderer akademischer und nicht-akademischer Berufsgruppen nachgewiesen. Nur auf dieser fundierten, durch zahlreiche Datenauswertungen und Plausibilitätsberechnungen gestützten Basis war es dem BSG möglich, in so eindeutiger Weise zu Gunsten der Psychotherapeuten einzugreifen.

Dass das keine Selbstverständlichkeit ist, kann man daran ermessen, dass in der Regel der ärztlichen und Kassenselbstverwaltung von der Gerichtsbarkeit ein weiter Ermessensspielraum zugebilligt wird und die Gerichte sich davor hüten, einzugreifen, wenn es nicht dringend erforderlich ist. Nur so kann ja eine Selbstregulierung im Bereich der Selbstverwaltung überhaupt funktionieren und verhindert werden, dass deren Beschlüsse grundsätzlich durch Klagen der Mitglieder gerichtlich entschieden werden. Um so bedeutender war es, dass das BSG in unserem Fall sogar einen festen Betrag von 10 Pf nannte – ganz entgegen der bisherigen BSG-Spruchpraxis. Doch anhand einer so unzweifelhaften Beweislage sah sich das BSG offensichtlich gezwungen, hier einen Pflock einzuschlagen. Dieser Pflock stellt bei genauerer Betrachtung ja auch keine Festsetzung eines konkreten Honorars dar, sondern – was gerne vergessen wird – eine untere Grenze, die eine Noch-Vergleichbarkeit im Sinne des Grundgesetzes gewährleisten soll.

Die KBV brachte nach den bahnbrechenden BSG-Urteilen genau ein halbes Jahr, ehe sie – nach Wechsel an der KBV-Spitze – den Dreh gefunden hatte, wie man zum Schein die Plausibilitätsberechnungen der BSG-Urteile aufgreifen kann und in mehreren Rechenschritten so entstellen und umbiegen kann, dass – streng ergebnisorientiert – unter dem Strich wieder dasselbe Honorarergebnis für die Psychotherapeuten herauskam wie vor den BSG-Urteilen. So gelangte die Beschlussvorlage in den Bewertungsausschuss. Die dortigen Kassenvertreter nahmen diese Steilvorlage dankend an und durften sich freuen, dass die ärztliche Selbstverwaltung bei der eigenen Klientel, den Psychotherapeuten, mit derartiger Sparsamkeit freiwillig etwas Druck aus dem gedeckelten Budget der Gesamtärzteschaft nahm.

Der bvvp intervenierte hier in vorderster Front mit zahlreichen Briefen, Berechnungen, Stellungnahmen gegenüber KBV, Kassen, Bewertungsausschuss – ohne eine unmittelbare Revision des Unrechtsbeschlusses zu erreichen – aber immerhin mit dem Achtungserfolg, dass das Bundesministerium für Gesund-

heit die Rechenkünste der KBV und des Bewertungsausschusses beanstandete.

Inzwischen liegt uns die dritte Version des Unrechtsbeschlusses vor, als Lehrstück, wie viele fintenreiche Variationen zum Thema zielgerichtetes Herunterrechnen der Honoraransprüche möglich sind – ein schier erschöpfliches Potential an nicht gerade konstruktiver Kreativität!

### Im Vorfeld des BSG-Verhandlungstermines ...

Auch im nun zweiten BSG-Verfahren zu den Honoraren ab 1/2000 war die Aktivität des bvvp unverzichtbar. Zum einen gingen unsere zahlreichen Ausarbeitungen zu den Bewertungsausschussbeschlüssen in die Argumentationen unserer und anderer Verfahren mit ein. Des Weiteren wurde die «Sonderauswertung für Psychotherapeuten zur Kostenstrukturanalyse 1999», die von uns in Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung vorbereitet und gefördert worden war, zur unverzichtbaren Datengrundlage und Argumentationshilfe bei dem Bemühen, mit gerichtlich verwertbaren Fakten Dichtung von Wahrheit zu trennen. Schließlich konnte die gebündelte Prozess Erfahrung von inzwischen 10 Jahren in die Sprungrevision unseres Südwürttemberger Musterklägers Hermann Mezger einfließen. Wie notwendig diese Erfahrung war und ist, zeigte sich im Vorfeld an mehreren Stellen. In den zwei Parallelverfahren von Vereinigung und DPTV war es in den Berufungen unseren Kollegen aus den genannten Verbänden im ersten Anlauf offensichtlich nicht gelungen, dem Landessozialgericht klarzumachen, dass über die Grenze von 36 Wochenstunden Behandlung bei 43 reinen Arbeitswochen hinaus nicht noch weitere 15% an sonstigen Leistungen, allen voran probatorische Sitzungen, im Rahmen einer optimalen Praxisauslastung geleistet werden können. Doch es kam sogar noch schlimmer: der DPTV ging in Nordrhein noch kurz vor dem BSG-Termin mit einem Musterkläger vor die Schranken des Gerichts, der eine bundesweit rekordverdächtig hohe Summe abgerechneter Leistungen vorweisen hatte. Ein wohlfeileres Geschenk an unsere Prozessgegner zum passenden Zeitpunkt konnte man sich gar nicht vorstellen!

Das machte aus unserer Sicht zusätzlich zu unseren zwei sorgfältig ausgearbeiteten Schriftsätzen zur Sprungrevision nötig, noch einmal schnell Daten zu erheben und in die Debatte zu werfen: Wenn es in Südwürttemberg lediglich 6,7%, in Südbaden nur 8% al-

ler Psychotherapeuten trotz Honorarnotstand gelang, die Hürde der optimalen Auslastung nach BSG-Definition (2.244.600 Punkte pro Jahr oder 561.150 Punkte pro Quartal) zu nehmen – gemessen über sämtliche Leistungen (einschließlich übrige Leistungen) –, konnten wir damit doch zuletzt noch jeden Zweifel ausräumen, dass weitere 15% übrige Leistungen in keinem Fall erbracht werden konnten und können.

### Nach dem Urteilsspruch des BSG ...

Nun hat das BSG am 28.01.04 erneut Recht gesprochen und bekräftigt, was es schon in seinen ersten Pilot-Urteilen zu bvvp-Musterklagen für Recht erkannt hatte: Es hat unmissverständlich zu verstehen gegeben, dass der Bewertungsausschussbeschluss rechtswidrig ist. Es bleibt zwar dem Bewertungsausschuss überlassen, welche Rechenwege er im einzelnen zur Ermittlung des angemessenen Honorars der Psychotherapeuten einschlägt, aber im Ergebnis muss ein vergleichbares Einkommen, wie es das BSG bisher in seiner Plausibilitätsberechnung definiert hatte, herauskommen. Für die Jahre 2000 und 2001 können als Vergleichsgruppe weiterhin die Allgemeinmediziner gelten, ab 2002 muss aber wegen der Facharzt-Hausarzt-Budgettrennung eine Vergleichsgruppe aus dem fachärztlichen Bereich gewählt werden, z. B. die Gruppe der Nervenärzte. Der Bewertungsausschussbeschluss wurde vor allem verworfen wegen der Anknüpfung an das Jahr 1998 zur Ermittlung der Praxiskosten der optimal ausgelasteten Psychotherapie-Praxis, wegen des dabei verwendeten, nicht sachlich begründbaren Faktors von 1,47 und der willkürlichen Obergrenze von 66.000 DM für die Praxiskosten.

Die Bedeutung dieser jüngsten BSG-Entscheidung kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die erneut bekräftigten Rechtsgrundsätze sind unsere einzig haltbare Sicherheit, vernünftige Bedingungen im EBM 2000+ und bei der Gestaltung der Regelleistungsvolumina für Psychotherapeuten zu verhandeln oder – bei fortgesetzter Uneinsichtigkeit – gerichtlich zu erstreiten. Mit diesen Urteilen im Rücken können wir wirklich aufatmen: die Psychotherapie ist jetzt nicht mehr auf dem kalten Weg des Entzugs der Existenzgrundlage eliminierbar, sondern kann sich unter realistischen – aber keineswegs üppigen – Bedingungen qualitativ entfalten und ungehindert fachlich entwickeln. Insofern haben nicht einfach nur die Psychotherapeuten

einen Gewinn davongetragen. Gewinner sind auch die psychotherapeutische Versorgung, die Psychotherapiepatienten und die gesamte Medizin, die eine gesunde Entwicklung in unserem Bereich als notwendigen Bestandteil einer zeitgemäßen Krankenbehandlung und -versorgung dringend benötigt.

Zu guter Letzt noch eine «Moral aus der Geschichte»: In Sachen Honorar bleibt es angesichts auch künftig zu erwartender Versuche, die Psychotherapeuten in die Randständigkeit abzudrängen, unverzichtbar, dass hinreichend Sachverstand in den Gremien der KVen und KBV vertreten ist. Sie können bei den anstehenden KV-Wahlen dafür sorgen, dass die Weichen dementsprechend gestellt werden. Es wird Sie unsere Meinung nicht überraschen: mit den bvvp-Kandidaten Ihrer Regionalverbände werden Sie auf der sicheren Seite sein ...

NORBERT BOWE

## Stellungnahme des Rechtsanwalts Dr. M. Kleine-Cosack

Das Bundessozialgericht hat am Mittwoch dem 28.02.2004 in mehreren Urteilen grundsätzlich entschieden, dass seine Rechtsprechung zur Stützungsbedürftigkeit psychotherapeutischer Leistungen auch für die Zeit ab dem 01.01.2000 Geltung beansprucht.

1. Es hat Versuche der KBV, der KVen und der Kassen zurückgewiesen, ab dem Jahre 2000 wieder unabhängig von den Vorgaben der Kasseler Richter die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen festsetzen zu wollen. Sämtliche Änderungen ab dem 01.01.2000 wurden vom BSG als nicht relevant bewertet, um von dem bewährten Stützungsmodell abzuweichen.

Das BSG machte eindringlich deutlich, dass der Gesetzgeber seine Rechtsprechung in seinen gesetzgeberischen Willen aufgenommen habe. Zudem gilt auch nach dem 01.01.2000 das Grundgesetz; es verpflichtet die KBV und die KVen zur Gleichbehandlung auch der Psychotherapeuten.

Mit diesem eindeutigen Bekenntnis des BSG ist der Fortbestand der Verpflichtung der KVen und Kassen zur angemessenen Vergütung langfristig gesichert.

2. Das BSG hat weiter alle Versuche abgewiesen, künstlich oder willkürlich die Vergü-

tungsansprüche der Psychotherapeuten herunterzurechnen.

Der diskriminierende Beschluss des Bewertungsausschusses wurde für rechtswidrig und nichtig erklärt, weil u. A.,

- seine Bezugnahme auf 1998 unhaltbar war, nachdem man die BSG-Rechtsprechung zur Nachvergütung und die danach zu zahlenden Beträge nicht berücksichtigt hatte mit der Folge der Perpetuierung der Ungerechtigkeit,
- man willkürlich eine Kostenobergrenze von 66.000 DM bei Psychotherapeuten festgesetzt hatte,
- die Zahlen und Statistiken der KVen und KBVen manifeste Widersprüche aufwiesen, die keiner auf der Gegenseite bis hin zum Bewertungsausschuss erklären konnte, usw.

Zugleich erklärte das BSG die Rechtsprechung des LSG NRW für rechtswidrig, die bei den Psychotherapeuten einen 15%igen Abzug im Hinblick auf die probatorischen Sitzungen für zulässig hielten.

3. Konsequenzen der Urteile des BSG:

- Alle Honorarbescheide sind rechtswidrig ab dem 01.01.2000.
- Der Bewertungsausschuss muss einen neuen Beschluss fassen, in dem die Psychotherapeuten nicht weiter diskriminiert werden.
- Die KVen müssen neue Bescheide für die Psychotherapeuten ab dem 01.01.2000 erstellen. Sie werden höher vergütet müssen. Die Psychotherapeuten können mit Nachzahlungen rechnen.

Damit haben sich die umfangreichen Bemühungen des bvvp und seines beim BSG erfolgreichen Musterklägers Dr. Mezger sowie die intensive Detektivarbeit von Norbert Bowe mit der erfolgreichen Aufklärung von Fallstricken und Unwahrheiten zu Lasten der Psychotherapeuten gelohnt. Die vom bvvp für die Zeit bis Ende 1998 erstrittene Rechtsprechung hat Fortbestand auch über den 01.01.2000 hinaus.

Ein schöner Tag für Deutschlands Psychotherapeuten.

## Bevor Ihnen HÖREN und SEHEN vergeht

empfiehlt der Verlag die beiliegenden Prospekte Ihrer geschätzten Aufmerksamkeit:

- auditorium netzwerk
- Beltz-Verlag

## Prozessplitter

### von der mündlichen Verhandlung am 28.01.04 vor dem BSG:

... Herr RA Kleine-Cosack diagnostizierte vor dem Hohen Gericht zur Erheiterung des Saales mangelnde Vergangenheitsbewältigung seitens der KBV, was die Integration der Psychotherapeuten betrifft, und empfahl eine Behandlung auf der Couch ...

... Herr Köhler gestand – aus Versehen? – den Psychotherapeuten zu, dass sie selbstverständlich auch auf Praxishilfen, z. B. auf eine Halbtagskraft, zurückgreifen könnten, und meinte, dass das mit der Kostenkalkulation der KBV und des Bewertungsausschussesbeschlusses möglich sei ... (bei angenommenen Gesamtkosten von 32.000 bis 66.000 DM blieb er uns allerdings die dafür erforderliche Zauberformel schuldig)

... Der Vertreter der KV Südwürttemberg machte für die Notwendigkeit, die Psychotherapeuten ab 2000 wieder in den Honorarkeller herunterzurechnen, sogar dringende Belange des Gemeinwohls verantwortlich ...

... Auf das Bemühen des Vertreters der KV Südwürttemberg, dem Gericht zu verdeutlichen, dass sich mit der Honorartrennung von 2000 in einen fachärztlichen und hausärztlichen Vergütungsanteil die ganze Systematik der Vergütung geändert habe, entgegnete Dr. Kleine-Cosack lapidar: ihm sei aber nicht erinnerlich, dass das Grundgesetz und die Gültigkeit des Gleichheitsgrundsatzes sich geändert hätten ...

... Beim Thema einer geeigneten Vergleichsgruppe im Facharztbereich kam nach einigem Hin und Her zwischen der Nennung der Dermatologen, Nervenärzten oder dem Durchschnitt aller Fachgruppen, der erheiternde Zwischenruf aus dem Publikum, die Orthopäden zu nehmen. «Die haben schon beim EBM 1996 ihren Hang zur sprechenden Medizin entdeckt.» Allen war klar, was das für eine finanzielle Aufwertung der Psychotherapeuten bedeutete ...

... Zwischenruf eines Zuhörers auf die mit rhetorischem Pathos vorgebrachte Frage von Herrn Kamps, woher die KVen das Geld für die Nachzahlungen denn nehmen sollten, «von den Orthopäden», der – außer bei den KV-Vertretern – große Heiterkeit auslöste ...

... Im Zusammenhang mit der auffallend großen Differenzspanne zwischen den ho-

hen Praxisgewinnen gut verdienender Arztgruppen einerseits und den vergleichsweise geringen der Nervenärzte andererseits merkte der vorsitzende Richter an, dass ihm die Größe dieser Differenz nicht ohne Weiteres plausibel sei, das müsste ihm irgendwann noch mal jemand erklären. Aber diese Frage sei dem Senat bisher nicht zur Entscheidung vorgelegt worden ...

... Herr Kleine-Cosack verdeutlichte den Qualitätsverlust der Praxisausstattung und die Notwendigkeit höherer Kosten bei den entstandenen Sparpraxen an der armseligen Erscheinung einer Rechtsanwaltspraxis, die auf Anrufbeantworterbasis arbeitet ...

... Der vorsitzende Richter Dr. Engelmann wies bei allem Verständnis für die Finanzierungsschwierigkeiten aus dem gedeckelten ärztlichen Gesamt-Budget darauf hin, dass die KVen in der Vergangenheit auf einen Schiedsamtsspruch und eine Klage dagegen hätten hinzielen können, um dieses Finanzierungsproblem bis vor das BSG zu bringen ... (da sagen wir nur: das war unsere Rede, die Fehlfinanzierung nicht durch Fehlberechnungen zu verstecken!)

HERMANN MEZGER, HEDWIG BLUME,  
BENEDIKT WALDHERR, NORBERT BOWE

## KBV bleibt KBV – was sonst?

### 1. Der Treffer

Die neuen BSG-Urteile – an denen der bvvp jetzt nicht nur mit einem gut vorbereiteten Klageverfahren vor dem BSG, sondern auch im Vorfeld über Jahre hinweg vorbereitend besonders beteiligt war – haben KBV und die KVen schwer getroffen und auch durcheinander gewirbelt. Das heißt aber noch lange nicht, dass man dort jetzt kapituliert. Nein, im Gegenteil, man ist um Schadensbegrenzung bemüht und übt sich bereits wieder in der alten Manier des Herunterrechnens, diesmal aber möglichst rechtlich unanfechtbar und gerade noch legitim. Statt den Willen des BSG, eine gerechte und vergleichbare Honorierung der Psychotherapeuten in Vergangenheit und Zukunft endlich umzusetzen, wird fieberhaft nach Schwachstellen in den – bisher nur mündlich verkündeten – Urteilen gesucht, die geeignet sind, die unvermeidlichen Nachzahlungen – immerhin bundesweit in den streitanhängigen drei Jahren voraussichtlich in dreistelliger Millionenhöhe!!! – doch so gering wie irgend möglich zu halten und

so die Mehrheit der Ärzteschaft mit spürbaren oder gar schmerzlichen Umverteilungseffekten weitgehend zu verschonen.

Eine solche Schwachstelle scheint zu sein, dass das Gericht als mögliche Vergleichsgruppe ab 2003 die Nervenärzte erwähnt hat. Denn erstens gibt es die als Arztgruppe heutzutage gar nicht mehr und zweitens wäre der ersatzweise Rückgriff auf die Gruppen der Psychiater und Neurologen auch wieder nur ein teilweiser Vergleich gewissermaßen mit uns selbst, da hier auch viel Psychotherapie gemacht wird. Eine zweite Schwachstelle könnte sein, dass das Gericht es wohl als zulässig ansieht, bei den Praxiskosten empirische Daten zugrunde zu legen. Hier gibt es bei uns eigentlich nur die – seinerzeit unter Mit- und korrigierender Einwirkung des bvvp – vom ZI der KBV erhobenen Daten von 1999, die aber leider nur die realen Kosten unserer zusammengeschrumpften Sparpraxen abbilden konnten, so dass selbst bei den Praxen der Einkommens-Spitzengruppe nur durchschnittlich 62.000,- DM/31700,- Euro p. a. anfielen. Diese Summe will die KBV nunmehr nicht nur bei den Nachzahlungen für 2000 bis 2003, sondern auch beim neuen EBM 2000+ – der ja angeblich betriebswirtschaftlich ganz genau durchkalkuliert ist – zugrunde legen. Wenn es nicht so ernst wäre, könnte man über die Chuzpe wirklich lachen.

### A. Das Urteil in Kurzform:

1. Der Gesetzgeber hat mit dem Angemessenheitsgebot der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nach § 85(4), Satz 4 die BSG-Rechtsprechung bestätigt und für die Zeit ab 2000 verbindlich gemacht.

2. Nach wie vor steht den Psychotherapeuten kein Honorar in einer bestimmten Höhe zu ohne Berücksichtigung der Durchschnittseinkommen anderer Arztgruppen.

3. «Die Festlegungen des Bewertungsausschusses erfüllen jedoch zu Lasten der Psychotherapeuten nicht die Anforderungen an eine sachgerechte Regelung zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung ...»

4. Konkret beanstandet wird am Beschluss des Bewertungsausschusses:

a. die Berechnung des «Soll-Umsatzes... auf der Basis regionaler Ist-Umsätze des Jahres 1998», weil zu der Zeit keine rechtmäßigen Verhältnisse hinsichtlich der Vergütung gegeben waren,

b. die bei den Kostensätzen der Psychotherapeuten eingeführte Obergrenze von 66.000 DM,

c. die Heranziehung eines linearen Kostensatzes von 59,3% bei der Vergleichsgruppe der Allgemeinmediziner, obwohl die tatsächliche Kostenquote nur 56,3% betrug.

5. Für 2000 kann auf den Durchschnittsüberschuss der Allgemeinmediziner von 1998, für 2001 auf den von 1999 als Vergleichswert zurückgegriffen werden. Ab 2002 ist aufgrund der Trennung der Hausarzt- und Facharztvergütung auf eine Vergleichsgruppe im Facharztbereich zurückzugreifen, z. B. auf die der Nervenärzte.

### B. Konsequenzen in Kurzform:

1. Das schriftliche Urteil des BSG wird zum Erscheinen dieses Heftes vorliegen. Darauf Bezug nehmend hat der Bewertungsausschuss nach einer KBV-Vorlage einen neuen Beschluss herbeizuführen (schätzungsweise bis Sommer 04).

2. Aufgrund der KV- und KBV-Wahlen wird die regionale Umsetzung in Nachvergütungsbescheide sich voraussichtlich verzögern bis in den Winter 04/05.

3. Der Mindestpunktwert wird regional unterschiedlich ausfallen. Sollte dessen Höhe und die sich daraus errechnende Nachzahlung nach unserer Auffassung nicht der rechts- und gesetzeskonformen Umsetzung des BSG-Urteils entsprechen, sind für diesen Fall die bvvp-Landesverbände bereits bestens gerüstet: die 18 Musterkläger in fast allen unseren Landesverbänden stehen dann erneut als Kläger gegen Nachvergütungsbescheide bereits in den Startlöchern.

4. Vermutlich würde es dann ein max. zweizügiges Verfahren von 1–3 Jahren geben.

5. Eine andere Vergleichsgruppe (z. B. Nervenärzte) ab 2002 kann bedeuten, dass die Streuung der Mindestpunktwert-Höhe von KV zu KV größer ausfällt. Insgesamt dürfte sich aber zumindest in den West-KVen der Punktwert nicht allzu sehr von der 10-Pf./5,11-Cent-Marge entfernen.

6. Die ersten BSG-Urteile waren ein Pflöck gegen das «Ertrinken», die neuen Urteile sind ein Damm, der auch zukünftig mehr Sicherheit – wenn auch keine absolute – verspricht. Unsere Vergütungen können nicht mehr nach Belieben heruntergerechnet werden.



Frank Roland Deister

## 2. Der EBM

Im letzten *bvvp*-Magazin 1/04 hatte ich beschrieben, dass wir in den letzten Jahren über verschiedene Schritte im EBM 2000+ mit unserer Hauptleistung, der Therapiestunde, von 1680 bis auf 1285 Punkte abgesunken waren, so dass sogar die KBV uns tröstend in Aussicht gestellt hat, dass sie nicht zulassen werde, dass die (bösen) Kassen uns unter die jetzige Höhe von 1450 Punkte drücken. Nicht zuletzt aufgrund hartnäckiger Interventionen und schwer widerlegbarer Berechnungen des *bvvp* war es gelungen, die KBV dazu zu bringen, nach umfassenden Neuberechnungen bei den sog. Kostenstellen (TL) und auf der Basis des Ansatzes von 60 Minuten pro Therapiestunde und einer Produktivität von 67,5% dann wieder mit 1490 Punkten in die Verhandlungen zu gehen. Hier gab es aber zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichts mit den Kassen noch keine Einigung – nicht zuletzt weil das BSG erst kurz vorher Recht gesprochen hatte und die im EBM absurd niedrig angesetzten Kosten von 49.000,- DM/25.000,- Euro unzweifelhaft angehoben werden müssen. Wenn die KBV wie geplant nunmehr hier Kosten von 62.000,- DM/31.700,- Euro ansetzt, müsste diese Leistung eigentlich auf etwa 1800 Punkte steigen (zu denen immer noch jedes Mal 50 Punkte Ordinationsgebühr hinzukämen). Aber das wäre ein echtes Wunder, weil weder die Kassen noch die KBV das ernsthaft wollen – wir sollen einfach da bleiben, wo wir schon jetzt sind! Und man wird uns sagen, leider waren nur 1470 oder 1490 Punkte drin – seid zufrieden!

## 3. Das Regelleistungsvolumen

Ab Juli 2004 soll es bundesweit für alle Arztgruppen sog. Regelleistungsvolumina geben, die Mengenausweitungen durch harte Ab-

staffelungen ab einem bestimmten Arbeitseinsatz verhindern und damit den Punktwert unter – auch zukünftig – gedeckelten Budgetbedingungen stabilisieren sollen. Die KBV hat dazu verschiedene Modelle vorgelegt, die alle nacheinander von der einen oder anderen Interessensgruppe verworfen wurden. Das jüngste Modell der KBV sah eine Obergrenze von ca. 30.600 Minuten Arztleistung (AL) – das ist die Zeit, die ein Arzt behandeln und abrechnen darf – vor und sollte zunächst unmodifiziert für alle Arztgruppen gleichermaßen gelten. Wenn man z. B. die 60 Minuten AL einer Therapiestunde nimmt und das für unsere Berufsgruppe ausrechnet, kommt man ungefähr auf eine maximale AL von ca. 9,5 Stunden täglich. Schon daran zeigt sich, dass auf diese Weise wohl kaum größere Steuerungseffekte zu erwarten sind. Trotzdem ist das Geschrei aufgrund von Einkommensverlustängsten bei bestimmten Interessens- und Arztgruppen schon wieder so groß, dass das Konzept modifiziert werden wird. Die KBV wird eine Fallzahlabhängigkeit berücksichtigen müssen mit dem Effekt, dass damit dann sämtliche Punktwertstabilisierungsmöglichkeiten endgültig verloren gehen.

Wie das Konzept bei uns genau aussehen wird und welche Unterscheidungen bezüglich Fallzahlen möglicherweise verfahrensspezifisch noch eingebaut werden sollen, war bei Redaktionsschluss noch nicht bekannt. Somit ist auch noch offen, inwieweit und ob unsere Berufsgruppe dadurch eingeschränkt werden wird. Es könnte sein, dass die ganze Abstufung uns einfach wegen unserer eher geringen AL wenig tangieren wird. Im Übrigen – ob dieses KBV-Modell in irgendeiner Variante überhaupt kommen wird, ist noch längst nicht ausgemacht. Es könnte auch sein, dass die KVen durchsetzen, die Steuerung in ihren HVM regional ganz spezifisch und damit völlig unterschiedlich vorzunehmen.

## 4. Praxisgebühr

Zum Schluss noch ein kleines Bonbon – die vorläufige Regelung des Praxisgebühreinzugs bei psychologischen Psychotherapeuten wird auch über das 2. Quartal hinaus bleiben. Es gibt zwar hier noch keine offizielle Vereinbarung, aber die Kassen haben dies dem Staatssekretär Schröder im BMGS zugesichert. Da kann man ja richtig aufatmen, oder? Spannend darf man sein auf den Versuch der KVen, rechtliche Schritte gegen den Einzug der Praxisgebühr durch sie stellvertretend für die Kassen einzuleiten.

FRANK ROLAND DEISTER

# LESERBRIEF

## Missbrauch in der Psychotherapie

Mit großem Interesse habe ich im *bvvp*-Magazin 1/2004 ein Interview mit der bayerischen Kollegin Veronika Hillebrand gelesen. Als Mitglied des Berufsordnungsausschusses der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg bewegt mich die Frage: Brauchen wir in der Psychotherapie eine eigene Ethik? Die Mediziner besitzen seit Jahrtausenden den Ehrencodex des Hippokratischen Eides. Viele Psychotherapeuten meinen, sie könnten sich eine solche ethische Selbstverpflichtung ersparen. Eine *bvvp*-Arbeitsgruppe in Bayern hat verdienstvollerweise Ethik-Leitlinien erarbeitet, um auf Schäden aufmerksam zu machen, die durch psychotherapeutische Behandlungsfehler angerichtet werden. Leider haben diese Ethik-Leitlinien in Bayern kein justiziables Gewicht erhalten. Können wir uns das alles erlauben? Ich denke: Nein! Wir müssen diese Leitbilder in unseren Berufsordnungen verankern, um den geschädigten Patienten und Patientinnen Gerechtigkeit widerfahren zu lassen. Denn wer die Schäden kennt, die durch berufswidriges Verhalten von Psychotherapeuten angerichtet worden sind, der kann sich dieser Konsequenz nicht durch argumentative Winkelzüge entziehen. Wir müssen bedenken, dass in einer psychotherapeutischen Beziehung ein Machtgefälle entsteht, welches bei Missbrauch zu unauflösbaren Kollusionen und zu Persönlichkeitsschäden führen kann. Dieser Schaden ist durchaus der Körperverletzung bei somatischen Operationen gleichzusetzen. Wer von Einschränkung der Behandlungsfreiheit spricht, wo es um Machtmissbrauch geht, der will bagatellisieren und Verantwortung auf Abhängige abwälzen. Es ist eine Schande für unseren Berufsstand, psychisch kranke Menschen zu Sündenböcken zu erklären und sie der Hoffnungslosigkeit preiszugeben.

WERNER KRAFT, DIPL. PSYCH.,  
PSYCHOANALYTIKER,  
MITGLIED IM BERUFSORDNUNGS-AUSSCHUSS  
DER LPK BW, MITGLIED DES BDP  
UND DES BVVP, FREIBURG

# AUS DEN REGIONALVERBÄNDEN

## BAYERN

### Quo vadis KV Bayern? Wo stehen eigentlich die Psychotherapeuten?

Die Auseinandersetzungen um die Satzung in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns dauern zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Zeilen an. Zwei außerordentliche Vertreterversammlungen der KVB am 22. November 2003 und am 10. Januar 2004 haben nicht den erwünschten Erfolg gebracht. Die Zerreißprobe, für die bis dato gut funktionierende Zusammenarbeit der beiden Versorgungsebenen in der mitgliederstärksten KV (über 24.000 Ärzte und Psychotherapeuten) lähmt zunehmend die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung. Diese Satzungsdiskussion, in der sich die Psychotherapeuten konstruktiv engagiert haben, zeigt, dass letztlich der Wille zu integrativer Zusammenarbeit scheitert, wenn sich in einer KV die großen Machtblöcke nicht einigen können. Das Kernproblem ist die Besetzung des KV-Vorstandes für die kommenden 6 Jahre. Durch die Selbstbeschränkung auf 2 hauptamtliche Vorstandsmitglieder und den gesetzlich vorgesehenen Stichtagsentscheid des ersten Vorsitzenden wird die Dominanz einer Versorgungsebene durch die andere z. B. der Hausärzte durch die Fachärzte befürchtet. Der Vorschlag der Hausärzte, die dauerhafte Dominanz einer Versorgungsebene durch die andere zu beheben, indem die Funktion des ersten Vorsitzenden alterniert, klingt zunächst durchaus plausibel und vernünftig. Eine Alternierung ist aber nicht mit dem Text des GMG konform und juristisch leicht angreifbar. Darüber hinaus kann es bei einer Alternierung im Konfliktfall zu einem Hin und Her der Versorgungsebenen mit einem Zick-Zack-Kurs der Entscheidungen kommen.

Den Psychotherapeuten wird dabei die Rolle als Mehrheitsbeschaffer oder Zünglein an der Waage zugewiesen. So werden

sie entweder umworben oder gefürchtet. Aus Sicht einer langfristigen Integration heraus ist dies wenig Erfolg versprechend. Eine ausgleichende Funktion in der Mitte zwischen den großen Blöcken wird weder ernsthaft toleriert noch als eigenständig wahrgenommen. Die feindselige oder angstbesetzte Perspektive der beiden großen Blöcke bestimmt die Wahrnehmung der kleineren Gruppierungen (Psychotherapeuten und Ermächtigte) in der Vertreterversammlung. Im Kern stehen sich in den Protagonisten des Konfliktes zwei Welten oder Zukunftsszenarien von KV-Arbeit einander gegenüber. Die neue Welt einer KV als schlanker Dienstleister für alle Ärzte und Psychotherapeuten, wird von Axel Munte favorisiert. Er selbst war nie ein Anhänger des KV-Monopols, und vertrat immer wieder öffentlich die Meinung, dass das Monopol Eigeninitiative und Selbstveränderungskraft der Körperschaft lähmt. In der Zufriedenheit und Selbstgerechtigkeit einer Monopolstellung geht das zentrale Ziel, nämlich die effiziente und wirksame Patientenversorgung, leicht verloren. In dieser Klarheit und Direktheit wird Axel Munte in Bayern auch von vielen seiner Facharztkollegen nicht nur geliebt. Diese selbstkritische Politik der Erneuerung wird entweder als Nestbeschmutzung oder als vorauseilender Gehorsam abgewertet. Die Perspektive von Wolfgang Hoppenthaler ist eine starke solidarische Interessensvertretung unter Nutzung der Monopolstellung. Auch dies soll zum Wohle der Patienten und Versicherten dienen und ist im Verhältnis zu anderen KVen ebenfalls fortschrittlich. Dieser Konzeption ist die effektive Selbststeuerung, z. B. durch eine strikte Plausibilitätsprüfung von Ärzten und Psychotherapeuten, ein geschicktes Verhandlungsmanagement mit den Kassen und innovatives Besetzen neuer Felder z. B. Chipkartenmissbrauch eigen. Auch hierin ist Bayern vielen KVen voraus und hat Maßstäbe gesetzt, die auch nicht jedem schmecken. Die Kollegen, die in die Prüfungen geraten und mit den Konsequenzen ihrer implausiblen Abrechnungen von der Rückzahlung bis zum Zulassungsentzug konfrontiert werden, sind nicht begeistert. Andererseits ist klar, dass

eine KV, die ihre Kontrollfunktion verschläft, den üblen Geruch des «Speziwirtschaft» auf sich zieht. Man könnte fast sagen, das Pech in Bayern ist, dass es zwei starke Führungspersönlichkeiten mit eigenem Profil, hoher Kompetenz und großer berufspolitischer Leistungsfähigkeit gibt, die sich in einem Punkt, nämlich wie die künftige KV gelenkt wird, uneins sind. Dabei scheint die Lösung nicht so schwierig. Viele der inhaltlichen Positionen lassen sich verbinden.

Die Machtbalance funktionierte immerhin 3 Jahre lang. Notlösungen wären eine schlechte Basis. Die Stärke der KV Bayerns in den letzten 3 Jahren war das Vertrauen und der Wille zur Zusammenarbeit im Sinne der Organisation und im Dienste derjenigen, die von dieser Körperschaft profitieren sollen, nämlich der Patienten sowie der Ärzte und Psychotherapeuten. Innovative Wege in der Qualitätssicherung z. B. bei der Mammografie, bei der Neuausrichtung der Organisationsstruktur oder dem Ausbau und der Vernetzung im IT-Bereich sind eigentlich gute Beispiele für echten Fortschritt.

Die Tatsache, dass Satzungen und regulative Mechanismen letztlich Konflikte nicht wirklich beseitigen können, müsste allen Beteiligten aus der Vergangenheit klar sein. Was tatsächlich zu Lösungen verhilft, ist das Gespräch, der intensive Dialog und wie gesagt, das Vertrauen ineinander. Die Rolle der Psychotherapeuten, hier den Dialog zu suchen oder zu unterstützen, ist sicher eine wertvollere Option, als das Zünglein an der Waage sein zu wollen oder sein zu müssen. Die Bemühungen sind aber nur soweit fruchtbar, als die Opponenten überhaupt an einer Vermittlung Interesse bekunden. Die dann verbleibende Rolle der Psychotherapeuten ist schnell erklärt. Im Grunde kürzt sie sich zusammen auf die einfache Formel: «Bist Du nicht mein Freund, bist Du mein Feind». Egal, wie differenziert die eigene Haltung ist, eine echte Mittelposition, die versucht, den Ausgleich zu gewährleisten, wird bei sich verhärtenden Fronten nicht zugestanden. Letztlich sind auch die Psychotherapeuten in der Vertreterversammlung am 10.01.04 bei einer der großen Gruppen, in diesem Fall den Fach-

ärzten, gelandet. Obwohl gerade in der Diskussion vorher viele Argumente in Richtung der Unterstützung der Hausärzte gegangen waren und die Alternierung auch eine Möglichkeit gewesen wäre, mit der man als Psychotherapeut hätte leben können. Der Antrag, doch einen Drei-Personen-Vorstand zu bilden, wie er im Gesetz steht unter Einbeziehung der PP/KJP, der Ermächtigten Krankenhausärzte oder einer unabhängigen Person, die nicht KV-Mitglied ist, ist weder sehr revolutionär noch der vermeintliche Lohn für den Schwenk zum Facharztlager. Bestenfalls war dieser Antrag ein braver und rechtskonformer Vermittlungsvorschlag. Ob es aus dieser schwierigen Lage in Bayern noch einmal ein Zurück geben kann und wird, wird sich in den nächsten Wochen und Monaten zeigen. Die Rechtsaufsicht das bayerische Sozialministerium hat in jenem Fall die Bleistifte gespitzt und Eckpunkte einer Ersatzvornahme benannt. Es würde wohl eine hart am Gesetztext orientierte, sparsame Satzungslösung entwerfen. Damit würden wohl nur zwei Vorstände hauptamtlich tätig sein und der Stichtentscheid, wie er im Gesetz steht, gelten. Die Vertreterversammlung würde aus Sparsamkeitsgründen nur noch 30 Mitglieder umfassen. Damit wären nur 3 Psychotherapeuten in der künftigen VV.

Auch wenn es aus verfassungsrechtlichen Grundsätzen, wie dem Gleichheitsgrundsatz, bedenklich ist, da dann die bayerischen Psychotherapeuten im Wahlgremium für die psychotherapeutischen Vertreter auf der Bundes-KV-Ebene deutlich schlechter gestellt wären, könnte das Ministerium so entscheiden. Alle konstruktiven Vorschläge aus der langen und konstruktiven Satzungsdiskussion, wie ein kooptierter Vorstand (zwei Hausärzte, zwei Fachärzte ein Psychotherapeut) und der Erhalt der Regionalität bei der Wahl analog der Bezirksstellen würden ebenfalls wegfallen. Insofern können die Beteiligten nur alle Anstrengungen unternehmen, um doch zu einem Konsens in der Satzungsfrage zu kommen. Bei einer Ersatzvornahme würden nach den gegenwärtigen Eckpunkten wohl alle verlieren, nicht nur die Psychotherapeuten, die ja manchmal wie die geborenen Verlierer ob ihres Minderheitenstatus in vielen KVen aussehen. Das ist auch eine Rolle, die man uns gerne gönnt.

BENEDIKT WALDHERR

## Rolle der Psychotherapeuten beim Brustkrebs-DMP

Knapp 70% der an Brustkrebs erkrankten Frauen haben behandlungsbedürftige psychische Symptome. Nach der Sulostiftung (2002) weisen 37% aller Frauen Komorbiditäten mit psychischen Störungen auf (Risikogruppe III), 31% haben Probleme mit der Krankheitsbewältigung (Risikogruppe II). Diese Zahlen verdeutlichen, dass Psychotherapeuten in die Versorgung erkrankter Frauen einbezogen werden müssen. Aber die Frage ist, welche Psychotherapeuten in welchen Strukturen hier tätig werden sollen. Bei manchen Niedergelassenen ist die Hoffnung groß, über DMPs an der Versorgung und den damit verbundenen Liquidationsmöglichkeiten teilnehmen zu können. Bedarfsstatistische Analysen lassen aber Zweifel daran aufkommen, ob psychoonkologische Fortbildungen derzeit nicht über den Bedarf bzw. am Bedarf vorbei stattfinden.

Pro Jahr erkranken 46.000 Frauen an Brustkrebs. Davon sind 11.000 Frauen älter als 75 Jahre, weitere 16.000 Patientinnen über 60 Jahre. Wenn wir davon ausgehen, dass wohl kaum mehr als 70% der Patientinnen am DMP teilnehmen und von diesen wiederum etwa 70% psychische Auffälligkeiten aufweisen, dann ergibt das – theoretisch – pro Jahr etwa 17.150 Kandidatinnen für psychoonkologische DMP-Maßnahmen, die jünger als 75 Jahre alt sind.

DMP-Maßnahmen sind in erster Linie begrenzte Gruppenmaßnahmen in Form von psychoedukativen und verhaltensmedizinischen Interventionen. Angenommen, jeder Frau stünde ein Kontingent von 10 Stunden zur Verfügung und an jeder Gruppe würden im Durchschnitt fünf Frauen teilnehmen, so ergäbe das ein bundesweites DMP-Kontingent von 34.300 Behandlungssitzungen im Jahr. Das entspricht 2,5 Promille der 14 Millionen Behandlungsstunden, die derzeit von 17.600 niedergelassenen Psychotherapeuten (Bundesarztregister zum 31.12.2002) geleistet werden!

In der Anfangsphase des DMP gibt es zusätzlich Patientinnen mit Alt-Erkrankungen, welche die Zahl der Interessentinnen erhöhen. Diese verschwinden aber in den nächsten Jahren, weil die heutigen Neuerkrankungen ab jetzt für die Folgejahre registriert werden. Deshalb wurden sie in der vorliegenden Berechnung nicht berücksichtigt. Dafür wurde aber davon ausgegangen, dass alle potentiellen Teilnehmerinnen die Maßnahmen auch tatsächlich wahrnehmen.



Marianne Funk

In der Versorgungsrealität gibt es aber verschiedene Einschränkungen:

- Krankheitsverlauf: Schwer kranke und moribunde Patientinnen können nicht teilnehmen; Leicht-Erkrankte verlieren derzeit ihren Chronikerstatus für DMP
- Motivation: Manche Frauen lehnen psychologische Maßnahmen generell ab; andere scheuen sich vor Gruppenmaßnahmen mit anderen Betroffenen.
- Regionales: Lange Anfahrtswege machen eine Teilnahme unattraktiv oder unmöglich
- Selbsthilfegruppen: Viele Frauen suchen keine Kurzzeitprogramme sondern den langfristigen Austausch z. B. in Selbsthilfegruppen
- Doppelbehandlung: Bestimmte Maßnahmen haben bereits in der Klinik stattgefunden.

All das lässt befürchten, dass der Anteil der psychologischen Betreuung im niedrigschwelligen Bereich in der Brustkrebsversorgung gering sein wird, wenn wir nicht die geeigneten Strukturen schaffen.

Eine gute niedrigschwellige Versorgung der erkrankten Frauen fordert ein breites Spektrum von Maßnahmen: psychoedukative und verhaltensmedizinische Gruppenprogramme, Einzelfallhilfe für Krisenintervention, Förderung der Compliance und der Krankheitsverarbeitung, teilweise auch sozialarbeiterische Betreuung und die Vernetzung mit Selbsthilfegruppen. Ein umfangreiches Angebot, das jede Frau nach ihrem Bedarf nutzen könnte, wäre wünschenswert.

DMPs sind aber zur Eingrenzung von Leistungen gedacht. Evidenzbasierte Leitlinien reduzieren auf Durchschnittsbedürftigkeit. Zur Regulierung der Versorgung werden Screeningverfahren eingesetzt. Dies führt zu einer grundlegenden Problematik. Screeningverfahren ersetzen die individuelle Entscheidung einer Patientin. Sie kann ein An-

gebot nur akzeptieren oder ablehnen, eine Ausweitung oder Modifizierung der Leistung ist nicht vorgesehen. Die Versorgung wird verschlechtert durch Zwangsbeglückung der einen, während andere weniger Versorgung erhalten, als sie benötigen. Es bedeutet eine Entmündigung der Psychotherapeutin und ihrer Patientin, sich nicht selbständig für eine längere oder kürzere Intervention entscheiden zu können. Dies ist eine Entwertung unserer Professionalität. Wünschenswert ist die Einrichtung von Krebsberatungsstellen, in denen Psychotherapeuten und Psychoonkologen die niedrigschwellige Versorgung übernehmen und Vernetzungsarbeit leisten könnten.

Für uns Niedergelassene bleibt in der Regel das Angebot psychotherapeutischer Behandlungen. Diese sollten mehr in die DMPs eingebunden sein. Es ist zu begrüßen, dass Kolleginnen und Kollegen ihre Kompetenz für die Behandlung Tumorkranker verbessern wollen, aber die Motivation dafür muss das Interesse an den Patientinnen sein. Die Hoffnung, dass sich durch entsprechende Fortbildungen in nennenswerter Weise neue Einkommensquellen erschließen lassen, dürfte enttäuscht werden.

MARIANNE FUNK

## SAARLAND

### Die neugewählte Kammer packt an

Nach einem fulminanten Wahlsieg bei den 1. Wahlen zur Vertreterversammlung (Wahlbeteiligung 90%) hat die Liste «Wahlbündnis Psychotherapie Saarland» gemeinsam mit der Liste der Angestellten und den KJP den Vorstand gebildet: Zur Präsidentin wurde Ilse Rohr gewählt (VVP, DGPT), Vizepräsident Bernhard Morsch (Liste Angestellte), Beisitzerinnen Liz Lorenz-Wallacher (VVP, Milton-Erickson-Gesellschaft), Irmgard Jochum (Liste Angestellte) und Andrea Maas-Tannchen (KJP). In den ersten 6 Wochen «Amtszeit» haben wir wichtige Aufgaben geplant und teilweise schon umgesetzt:

Der Haushalt wurde erstellt und verabschiedet.

Es wurde der Beschluss gefasst, eine eigene Zeitung, das «Forum der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes» als regelmäßig erscheinendes, offizielles Mitteilungsor-



Ilse Rohr

gan der Kammer herauszugeben. Die erste Nummer erscheint in der 3. März-Woche. Wir versprechen uns davon, den Vertrauensvorschuss, den die Mitglieder mit der hohen Wahlbeteiligung und dem eindeutigen Wahlergebnis gegeben haben, aufgreifen zu können, um einen aktiven Austausch rund um unsere gesamte berufspolitische Situation initiieren und organisieren zu können. Zusätzlich spart uns ein eigenes Mitteilungsorgan viel Geld: Die vorgeschriebenen Veröffentlichungen im saarländischen Amtsblatt entfallen, wenn wir ein eigenes Periodikum (2-monatig) haben. Die Veröffentlichung allein schon der Geschäftsordnung und der Wahlordnung hatte den Errichtungsausschuss 7.000 EUR gekostet! Wenn wir die Satzung verabschiedet haben und alle anderen Beschlüsse mit Rechtsfolgen nachkommen, können wir schon von der Ersparnis unsere Zeitung samt Versand auf lange Sicht finanzieren.

Am 26. April geben wir einen Kammer-Gründungs-Empfang, zu dem die saarländische Ministerin (Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales) bereits ihre Zusage gegeben hat. Mit der Einladung der breiten saarländischen Fachöffentlichkeit sowie der anderen Beteiligten im Gesundheitswesen werden wir sicherlich einen guten Öffentlichkeitsstart haben.

Die nächsten dringlichen Punkte auf unserer Agenda sind: Verabschiedung unserer Satzung, Beitritt zur Bundespsychotherapeutenkammer und Regelung bzgl. des Fortbildungszertifikats für die niedergelassenen KollegInnen.

Da wir als Vorstandsteam noch «frisch» sind, gehen wir die Arbeit mit Elan an.

ILSE ROHR

### VTler müssen umlernen

Klaus Grawe wirbt beim DGVT-Kongress für entscheidende Weiterentwicklung der Verhaltenstherapie.

«Die heutige VT mit ihren störungsspezifischen Manualen ist nach dieser Betrachtungsweise zu sehr auf die Störungen selbst fokussiert. Das gilt nicht nur für die Therapieziele und Ansatzstellen der therapeutischen Interventionen, sondern auch für die Durchführung der Therapie und den Therapieprozess.» Aufbauend auf neurophysiologischen Erkenntnissen kommt Grawe zu dem zitierten Ergebnis. Durch detaillierte Untersuchungen der Hirnareale und ihrer differenzierten Erregung kommt Grawe dann zu Behandlungsempfehlungen, die rein psychotherapeutisch sind. Ihm liegt daran, dass die Patienten so behandelt werden, dass ihre Grundbedürfnisse so berücksichtigt werden, dass sie sich in der Psychotherapie sicher genug fühlen, sich ihren schmerzhaften und unerträglichen psychischen Erfahrungen zuzuwenden. Dafür sei eine auf den individuellen Patienten hin «maßgeschneiderte» Gestaltung der Beziehung notwendig, die sich

### „DIE WEISHEIT DES KINDES UND DES ALTERS“

#### 7. Todtmooser Tagung

1.–5. September 2004

– für alle Altersstufen –  
in Todtmoos (Hochschwarzwald)

ReferentInnen: u.a. Wilfried Belschner, Oswald Hebermehl, Nesmil Ghassemilou, Pieter Loomans, Jörg Maiwald und Louise Neumann-Cosel (Deutsche Liga für das Kind), Karin Maurer (Unicef), Norbert Mayer, Carola Meier-Seethaler, Tilmann Moser, Erika Prümm, Fulbert Steffensky (angefragt), Antoni Taulé (angefragt), Gerhard Walch, Alfred Walter, Edith Zundel

#### Anmeldung und Information:

RÜTTE-FORUM  
(in Kooperation mit dem SEN e.V.)



Graf-Dürckheim-Weg 5  
D-79682 Todtmoos-Rütte



Telefon: 07674/8511  
Telefax: 07674/8561

Internet: [www.ruette-forum.de](http://www.ruette-forum.de)  
Email: [info@ruette-forum.de](mailto:info@ruette-forum.de)

Gerne können Sie zusätzlich auch unser  
Jahresprogramm anfordern.

insbesondere auf die hochpersönliche Entwicklung des Patienten bezieht. Die Verhaltenstherapie «wird die Eigendynamik psychischer Störungen weiterhin ernst nehmen und ihr mit störungsspezifischen Maßnahmen Rechnung tragen, aber sie wird weniger auf die Störungen fixiert sein. Sie wird sich mehr mit dem motivationalen Kontext befassen, in dem Störungen entstehen und in dem ihre Behandlung erfolgt. Es ist nicht so wichtig, ob wir sie dann noch als VT oder als Neuropsychotherapie oder noch anders bezeichnen werden. Wichtig ist, dass sie einen ganzheitlicheren Blick auf den Menschen mit psychischen Störungen einnimmt.» Hierbei baut Grawe, allerdings ohne dies zu benennen, eine große Brücke zum Gedankengut der Psychoanalyse, denn auch unbewusste Motive, von ihm als «implizites Selbst» benannt, sollen nun von einer wirksamen Verhaltenstherapie berücksichtigt werden. «Es ist dieses implizite Selbst, das letztlich unser Erleben und Verhalten bestimmt. Auf die Art und Weise, in der es das tut, haben wir prinzipiell keinen introspektiven Zugriff. Subjektiv sind die meisten von uns der Meinung, dass ihr bewusstes Ich bestimmt, was sie tun. Das gehört zu den unser Kontrollbedürfnis befriedigenden positiven Illusionen. Psychische Störungen werden nicht als vom bewussten Ich bestimmt erlebt, sondern als von ihm erlitten. Sie sind aber ein Teil von uns selbst, nämlich unseres impliziten Selbst, auch wenn sie vom bewussten Ich heftig abgelehnt werden. Sie sind eine aktuelle Hervorbringung unseres Gehirns. Es sind wir selbst, die sie unfreiwillig hervorbringen. Ihre Grundlagen entziehen sich dem introspektiven Zugang, aber was wir bewusst über uns denken, erfasst ohnehin nur einen kleinen Teil unseres impliziten Selbst.»

JÜRGEN DOEBERT

## RHEIN-HESSEN

### Auf dem Weg zur Integration

#### Das NETZ für seelische Gesundheit Mainz e.V. stellt sich vor

Nach intensiver Vorbereitung wurde vor zweieinhalb Jahren das NETZ für seelische Gesundheit Mainz e.V. gegründet. Zu den Gründungsmitgliedern gehörten neben einer psychologischen Psychotherapeutin ein Kinder- und Jugendpsychiater, eine Fachärztin für Allgemeinmedizin, sechs Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie/Psychotherapeutische Medizin, ein Nervenarzt, der DPWV (Paritätischer Wohlfahrtsverband) sowie die Kassenärztliche Vereinigung Rheinhessen, die zu Beginn des NETZaufbaus durch ihre Beauftragte Frau Birgit Heinrich die ersten Schritte für die NETZgründung mitlegte.

Zielsetzung des NETZes für seelische Gesundheit war von Anfang an, ein Netzwerk zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zur Versorgung psychiatrisch/psychotherapeutischer Patienten aufzubauen. Die NETZmitglieder wollen Abstimmungsprozesse zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, Kliniken und Sozialleistungsträgern optimieren, damit psychisch Kranke besser betreut werden können. Hierzu ist eine multiprofessionelle Zusammenarbeit auch mit der Psychiatrischen Institutsambulanz und der Psychiatrischen Tagesklinik des DPWV sehr hilfreich und notwendig.

Zur NETZgründung kam es u. a. dadurch, dass zur damaligen Zeit die übermächtige



Siegfried Stephan

Universitätsklinik keine ausreichende Kooperationsmöglichkeit zur zeitnahen Übernahme von Patienten bot, außerdem Pharmakotherapie ausschließlich mit atypischen Neuroleptika bei Psychosepatienten durchgeführt wurde, und kaum eine Einbeziehung der Psychotherapie in das gesamte Behandlungskonzept durchgeführt wurde.

#### Multiprofessionelles Konzept

Aus den oben genannten Gründungsmitgliedern einschließlich des DPWV traf sich ab April 2000 eine konstante Arbeitsgruppe, die zunächst ein Arbeitsbuch für NETZ der KBV unter Federführung der NETZbeauftragten der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinhessen durcharbeitete und Möglichkeiten einer Vernetzung entwickelte.

Es wurde ein ambulantes multiprofessionell konzipiertes Behandlungsnetz gegründet mit der Integration einer teilstationären Behandlung und Kooperationsplanung mit der Psychiatrischen Universitätsklinik Mainz. Solche Gespräche laufen nun seit einiger Zeit und sehen eine nähere Kooperation mit dieser Klinik ebenfalls vor.

Die Zahl der NETZmitglieder hat sich seit der Gründung auf über 30 erhöht. Neben den Psychiatern und ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Allgemeinärzten gehören auch zwei gemeindepsychiatrische Zentren mit betreutem Wohnen und Einzelbetreuung und die große Werkstatt für psychisch Kranke zum NETZ.

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

[www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)

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



## Umsetzung in die Integrierte Versorgung

Im Februar 2002 fasste die Mitgliederversammlung des NETZes den Beschluss, die Umsetzung einer integrierten Versorgung im Sinne des § 140a–h, SGBV anzustreben. Die Verhandlungen mit den Kassen führten mittlerweile mit der AOK Rheinland-Pfalz zum Abschluss eines Modellprojektes, das seit Oktober 2003 durchgeführt wird.

Zunächst ist dieses Modellprojekt auf die Diagnosegruppen F20 bis 29 und F30 bis 39 (schizophrene schizotype wahnhaftige Störungen und affektive Störungen) beschränkt.

Um valide Daten im NETZ für die behandelten Patienten zu sammeln, wurde eine Basisdokumentation entwickelt und über vier Quartale des Jahres 2002 durchgeführt.

Mit der Basisdokumentation hoffen wir, eine gute Ausgangsbasis für weitere Verhandlungen mit Leistungsträgern zu erhalten und nachweisen zu können, dass eine Verkürzung bzw. Vermeidung stationärer Behandlung durch intensive Kooperation im ambulanten teilstationären Bereich möglich ist.

## Das Modellprojekt

Nach einjähriger Verhandlungsdauer mit der AOK Rheinland-Pfalz wurde ein Modellprojekt mit integrierter Versorgung psychisch kranker Menschen gemäß § 140aff. SGBV beschlossen. Vertragspartner sind neben der AOK die Paritätische Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Institutsambulanz und Mainz und fünf niedergelassene Psychiater, alle Mitglieder des NETZes für seelische Gesundheit.

Schwer psychisch Kranke, die Kriterien für die Behandlung mit einem multiprofessionellen Team in einer psychiatrischen Institutsambulanz erfüllen, werden ambulant integriert behandelt: Der niederlassende Psychiater/Nervenarzt übernimmt anstatt des Arztes in der psychiatrischen Institutsambulanz die ärztliche Behandlung. Sozialarbeiter und psychiatrische Krankenschwestern der Institutsambulanz führen nach Absprache mit dem niedergelassenen Psychiater die übrigen therapeutischen Maßnahmen durch. Diese ambulante integrierte Behandlung soll dem Patienten Beziehungsabbrüche ersparen, wenn in Krisen eine aufsuchende Behandlung nötig wird, die in der Regel nur von einer psychiatrischen Institutsambulanz zu leisten ist.

Dem niedergelassenen Psychiater ermöglicht das Modell, schwer psychisch Kranke adäquater zu behandeln, d. h. die Behandlungsqualität zu verbessern.

Das im Oktober 2003 begonnene Modellprojekt läuft zunächst über 24 Monate mit maximal insgesamt 50 Patienten. Die Bezahlung der niedergelassenen «NETZpsychiater» erfolgt ausschließlich aus der PIA-Pauschale, so dass der niedergelassene Arzt den ärztlichen Anteil dieser Pauschale erhält und der nichtärztliche Teil der Psychiatrischen Institutsambulanz gezahlt wird. Leistungen über die KV dürfen nicht nebenher abgerechnet werden. Die verordneten Medikamente werden der Psychiatrischen Institutsambulanz zugeordnet.

Die AOK verspricht sich letztlich von dieser Behandlungsform weniger, bzw. verkürzte stationäre und teilstationäre Krankenhausaufenthalte.

Die intensiven Leistungen der nieder-

gelassenen Ärzte werden lediglich mit der oben genannten Kostenpauschale vergütet (87 Euro pro Quartal), die aus unserer Sicht nicht kostendeckend sind, aber zu der sich die teilnehmenden Psychiater im Rahmen des Modellprojektes zunächst eingeeben haben.

Zum jetzigen Zeitpunkt werden weitere Modellprojekte vom NETZ für seelische Gesundheit Mainz geplant, so ein Modell für psychotherapeutische Behandlung sowie ein Modell für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Insgesamt zeigt sich eine gute Möglichkeit, ambulante und teilstationäre Behandlungen in einem NETZ umzusetzen, wobei eine verstärkte Kooperation mit der Universitätsklinik Mainz (Psychiatrische Klinik und Klinik für psychosomatische Medizin) längerfristig sinnvoll und notwendig ist.

SIEGFRIED STEPHAN

## Fortbildung Diagnostik und Therapie 2004

- **Psychotherapeutische Zusatzausbildungen**  
*Hypnose, Autogenes Training, Verhaltenstherapie, Psychoanalyse*
- **Gedächtnisstörungen / Rehabilitation**  
*Neuropsychologische Diagnostik, Tests, Gruppentraining*
- **Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität**  
*Diagnostik, Therapie, Elternarbeit, Soz. Kompetenz*
- **Ausbildung zum Supervisor / Praxisberater**
- **Kindertherapie**  
*Hör- und Sprachentwicklung, ADHD, Kinderhypnose, AT Verhaltensstörungen, Emotionale Störungen*
- **Führungstraining, Kommunikation**  
*Rhetorik, Präsentation, Verhandlungsführung, Mitarbeiterführung, Konfliktmanagement*
- **Weiterbildung Psychotherapie (Blockform)**  
*Facharzt Ausbildung, Zusatzbezeichnung*

Universität Tübingen



Wilhelmstraße 5, D-72074 Tübingen  
07071 / 29-76439, -76872, -75010 FAX: 29-5101  
wit@uni-tuebingen.de, <http://www.wit.uni-tuebingen.de>

## Alter



Ursula Stahlbusch

### In eigener Sache ...

Als wir im letzten Jahr das Schwerpunktthema «Alter» für dieses Heft festlegten, wusste ich noch nicht, dass sich damit für mich persönlich eine Zäsur verbinden würde. Inzwischen ist es mir klar: ich will meinem Alter gemäß weniger Verbindlichkeiten, Pflichten und Zeitdruck. Deshalb vor dem Blick nach vorn ein Blick zurück:

Kind sein, erwachsen sein, alt sein, was heißt das für mich? So richtig Kind war ich nie, ein junges Mädchen auch nicht, mit 27 fühlte ich mich uralt. – Dann kam der Crash, fast wäre ich gestorben, fast. Ich konnte noch mal neu beginnen.

*Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,  
der dich beschützt und der dir hilft zu leben ...*

Hermann Hesse

Ich war die Jüngste unter Älteren, später die Älteste unter Jüngeren, nicht aus dem Nest gefallen, sondern aus der Zeit. Meinem Alter gemäß lebte ich nie. Über lange Jahre hatte ich stets ein Ziel vor Augen, da spielte das keine große Rolle. Ich würde dieses Ziel erreichen, spät, aber nicht zu spät. Manches Nichtgelebte hab ich nachgeholt auf dem Weg, anderes nicht.

*Nachts im Wald*

*Bist du nie des nachts durch Wald gegangen,  
wo du deinen eignen Fuß nicht sahst?  
Doch ein Wissen überwand dein Bangen:  
Dich führt der Weg.*

*Hat dich Leid und Trübsal nie umfassen,  
dass du zitterst, welchem Ziel du nahst?  
Doch ein Wissen übermannt dein Bangen:  
Dich führt dein Weg.*

Christian Morgenstern

Als ich am Ziel war, trat eine gewisse Ruhe ein: Ich tat einfach das Meine auf dieser neuen Plattform, und das war gut. Was blieb, war das Ausgerichtet-Sein auf Zukünftiges. Immer war ich auf dem Weg, es gab immer eine Richtung und Ziele, auch Einbrüche, bei denen es schien, als könne es nun nur noch bergab gehen. Doch immer wieder kamen neue Aufgaben, neue Perspektiven. Und ich hatte immer wieder Freude daran, dass es so war.

Dann kam ein qualitativer Sprung. Er hat sich vorbereitet, fast unbemerkt, im Ringen um Neues, Unbekanntes. Dass dieser Sprung passiert war, merkte ich an einer ganz banalen Sache: Meine Bücherwand quoll über, seit langem, und ich wollte Platz schaffen. Schon ein paar Mal hatte ich davor gestanden, ein Buch nach dem andern in die Hand genommen – und schließlich wieder zurückgestellt. Von manchen wollte ich mich noch nicht trennen, andere noch einmal lesen, ehe ich sie weggab. Es ging nicht. Dann eines späten Abends stand ich wieder da. Wieder nahm ich Bücher heraus, aber jetzt stellte ich sie nicht mehr zurück. Drei Bananenlisten waren in kurzer Zeit voll, und ich wusste, es würde noch weitergehen. Ganz leicht war es jetzt, ohne jede Anstrengung. Auf einmal war mir klar: diese Bücher würde ich in diesem Leben nicht mehr lesen, auch nicht mehr lesen wollen. Eine große Erleichterung, völlig unerwartet war sie plötzlich da. Um mich herum entstand freier Raum, ein Gefühl großer unbefangener, wohlthuender Freiheit.

Ich dachte nach über dieses Vorkommnis. Was machte es möglich, das zu tun, was so oft nicht gegangen war? Es war konkret nichts anders geworden im Vorher und Nachher meines Lebens. Und doch war alles anders. Langsam begann ich, es zu begreifen: Es war nichts Spektakuläres. Ich hatte nur etwas losgelassen, ohne es zu merken, ohne zu wissen, was es war. Und das fühlt sich gut an.

*Leicht muss man sein,  
mit leichtem Herz und leichten Händen  
halten und nehmen, halten und lassen ...  
Die nicht so sind, die straft das Leben  
und Gott erbarmt sich ihrer nicht.*

Marschallin im Rosenkavalier

Und jetzt? Ich werde auch weiterhin neue Schritte gehen, wichtige Schritte, aber nicht mehr bestimmt durch irgendein Wozu, sinnvolle Schritte, aber nicht mehr streng gerichtet, eher spielerisch, kontemplativ, ruhig und genüsslich. Sie müssen nicht sein, ergeben sich nicht zwangsläufig einer aus dem anderen, sind nicht zwingend, nicht einmal verbindlich.

Das alles hat Konsequenzen. Auch sie stehen seit langem im Raum, jetzt falten sie sich aus: Keine Aufgaben, die mich verpflichten, die Kontinuität in meinem Handeln bedingen würden, nichts Unnötiges, eine schlanke überschaubare Welt will ich haben. Es wird noch mehr wohlthuender Freiraum entstehen, nicht nur Bücher werden weichen müssen. Vieles wird wegfallen, abfallen. Manchmal wird eine leise Wehmut aufkommen, aber überwiegen wird die Erfahrung dieses neuen Freiraums: Es wird Platz geben für Neues, Ungeahn-

tes, das vielleicht jetzt zum ersten Mal in meinem Leben ans Licht kommen kann.

*... des Lebens Ruf an uns wird niemals enden. Drum auf,  
mein Herz! Nimm Abschied und gesunde...*

Hermann Hesse

Auch mit Ernten mag das zu tun haben, ich will mich kümmern um die Früchte meines Lebens, mich daran freuen, sie genießen. Auch andere daran teilhaben lassen, wenn ich das will, aber nicht, weil ich muss.

*Stilles Reifen*

*Alles fügt sich und erfüllt sich,  
musst es nur erwarten können  
und dem Werden deines Glücks  
Jahr und Felder reichlich gönnen.*

*Bis du eines Tages jenen  
reifen Duft der Körner spürst  
und dich aufmachst und die Ernte  
in die tiefen Speicher führst.*

Christian Morgenstern

Und damit schließt sich der Kreis, beantwortet sich vielleicht endlich die Frage, die so lange meinen Weg bestimmt hat: Wer ist der Mensch? Wer bin ich?

*Ich weiß nicht, was ich bin,  
Ich bin nicht, was ich weiß,  
Ein Ding und nit ein Ding,  
Ein Stüpfchen und ein Kreis*

Angelus Silesius

Vielleicht kann ich jetzt die Antwort einfach leben. Und wenn es gut geht, gelingt es mir vielleicht gar, sie gültig zu formulieren. Und wenn nicht, ist es auch gut.

*Mein sind die Jahre nicht,  
Die mir die Zeit genommen,  
Mein sind die Jahre nicht,  
Die etwa mögen kommen.  
Der Augenblick ist mein,  
Und nehm ich den in Acht,  
Do ist der mein,  
Der Zeit und Ewigkeit gemacht.*

Andreas Gryphius

Die Jahre mit der Zeitung waren ein wichtiger Schritt hin zu meiner jetzigen genüsslichen Position. Es war eine gute Zeit. Die Zusammenarbeit mit der anderen Ursula – so viel Übereinstimmung und Ergänzung, eine so fruchtbare Zusammenarbeit ist ein wertvolles Geschenk, das mir das Leben beschert hat. Das war eine schöne und wichtige Erfahrung, sie hat mein zielgerichtetes Leben rund gemacht. Vielen Dank, liebe Ursula! Vielen Dank auch an den bvvp, der die Idee hatte und die Basis dafür gab! Jetzt ist für mich diese Zeit zu Ende, und ich hoffe, dass sich jemand findet, der meinen Part übernehmen kann.

URSULA STAHLBUSCH

## ... und ganz allgemein

### Wer sind die heute Alten?

**Wer in diesem Jahr 60 wird**, mag geboren sein bei Fliegeralarm, wenn nachts die Bomben fielen und Mütter mit ihren Kindern im Luftschuttkeller zitterten; die Väter waren im Krieg. Wenn sie zurückkamen, waren sie traumatisiert. Beziehung war für die Eltern schwierig und enttäuschend. Sie mussten ihr kaputtes Weltbild wegstecken, sich ums Überleben, um schnelle Entnazifizierung, um Lastenausgleich und Ähnliches kümmern, damit es irgendwie weiterging. Mitscherlich hat sie beschrieben, die «Unfähigkeit zu trauern» auf dem Weg ins Wirtschaftswunder, an das man Anschluss kriegen musste. Auch später haben sie das Grauen nicht reflektiert und verarbeitet. Die Kinder konnten nur diese Bruchstück-Welt. Als 68er haben sie vielleicht gehaut, was fehlte, haben versucht, etwas zu korrigieren. Die einen landeten dann doch in der Anpassung, andere wurden mit ihren 68er-Idealen alt und ein bisschen farblos und konnten doch bis heute nichts Grundsätzliches verändern.

**Wer heute 70 ist**, kam zu Beginn der Hitlerzeit zur Welt, wuchs auf im Krieg, meist ohne Vater mit einer überforderten Mutter, erlebte Bomben oder Kinderlandverschickung, später Flucht und Angst schon bewusst mit. Nach dem Krieg herrschte weiter äußere Not. Die verdrängten ungreifbaren inneren Nöte der Eltern, spürbar, aber nicht benennbar, schon gar nicht verstehbar, versanken im Schweigen. Sie wurden erwachsen, als Deutschland begann zu brummen, die meisten passten sich an, machten Karriere, es schien ja alles so logisch.

**Und die heute 80-Jährigen?** Sie haben – noch halbe Kinder – die Schrecken der wahnwitzigen letzten Kriegsphase vielleicht als Soldaten erlebt und überlebt, die Frauen warteten nach den Schrecken von Bombardierung oder Flucht vielfach vergebens auf die Rückkehr ihrer Männer, zogen ihre Kinder allein groß und versuchten, den Anschluss zu finden an eine wie immer geartete neue Normalität.

Sie alle sind heute alt. Oft scheint mit nachlassender physischer und vor allem psychischer Spannkraft Verdrängtes, Abgespaltenes wieder aufzutauchen, seinen Tribut zu fordern: Altenpfleger berichten von Menschen in Heimen, die allein sind mit wiederkehrenden Erinnerungen, die nachts in Alpträumen oder als Flashback einbrechen in ihre Gegenwart. Sie seien dann kaum zu beruhigen, sagte mir eine Altenpflegerin, außer wenn sie die Zeit fände, sich zu ihnen zu setzen, zuzuhören, zu trösten oder einfach nur da zu sein. Aber das sei kaum je möglich im heutigen Heimaltag.

### Altsein heute

Arbeit war wichtig für sie, die heute alt sind. Die meisten haben sehr viel gearbeitet, sie haben angefangen mit 14, hatten 50, später 48 Wochenstunden und 2 Wochen Urlaub. Sie haben versucht, sich im Materiellen Sicherheit zu schaffen, bis zur Pensionierung oder bis man sie – in den letzten Jahren – als zu alt aussortierte.

Viele haben heute ihr Schäfchen im Trocknen; als die jungen Alten genießen sie ihr Leben, reisen, geben Geld aus für Anti-Aging und blenden aus, was sie nötigen könnte, ihre eigene Endlichkeit zu sehen und anzunehmen. Die macht Angst, man ist es nicht gewöhnt,

mit sich selbst umzugehen, und man will das auch jetzt nicht: Nur nicht allein sein, nur keine Stille, Action ist angesagt. Wenn das nicht mehr funktioniert, wird es schlimmer.

Und die anderen, die schon früher rausgefallen sind aus dem heutigen Mainstream? Ihre Lebensplanung – soweit sie dazu überhaupt den Freiraum hatten – wurde von Faktoren bestimmt, die sie früh in die Enge trieben: Krankheit, finanzielle Sorgen, zerbrochene Familien, vorzeitig als Frührentner ausgemustert ohne tragfähiges soziales Netz, keine Bestätigung aus sich selbst heraus und auch nicht aus einer ihnen wohlgesonnenen Umgebung. Das nicht nur durch das GMG spürbar brüchiger gewordene soziale Netz verstärkt ihre Not und ihre Zukunftsangst.

Zwischen diesen Polen leben sie, die heute Alten. Wenn es gut geht, bleibt ihnen Raum, die Früchte eines Lebens zu ernten in einer sehr bewegten, immer schnelllebigeren Welt mit viel Licht und Schatten, Früchte aus ihrem Jahrhundert, in dem nichts blieb, wie es war, das immer wieder grundlegende Neuorientierung forderte in einer sich oft sprunghaft ändernden Werte-Welt. Heute sind sie müde geworden. Viele können die nötige Anpassung nicht mehr leisten, sie können nicht mehr Neues aufbauen, mitgestalten, mitverantworten. Sie sind angewiesen darauf, dass die Welt, die sie aufgebaut haben, sie jetzt so weit trägt, dass sie für ihre letzte Lebensphase einen sicheren Raum finden, dass sie versorgt sind, geachtet werden und, wenn es Zeit ist, in Würde sterben können.

Gibt es einen solchen sicheren Raum? Sind die Jungen bereit, die Verantwortung dafür zu übernehmen? Was hat es auf sich mit dem Generationenkrieg, heute vielfach beschworen, nachdem offenbar wurde, dass es einen immerwährenden Aufschwung nicht geben wird, dass die vorhandenen Ressourcen nicht mehr ausreichen für alle und alles? Wer will diesen Krieg? Wem und wozu soll er dienen? Etwa denen, die bisher schon die Gewinner waren, die jetzt versuchen, ihr business as usual weiter zu betreiben um jeden Preis und nur noch bei den Alten Möglichkeiten sehen, dies zu finanzieren?

### Die betrogenen Alten

Wenn es heißt, die heute Alten dürften die Jungen nicht mit ihren Rentenansprüchen belasten, sie müssten Abstriche an ihren Renten hinnehmen, dann sollte man doch nicht vergessen, dass diese Renten keine Almosen sind, die man den Alten gnädig gewährt oder eben nicht. Sie haben sich ihre Rentenansprüche lebenslang erarbeitet und erspart. Hätten die Normalverdiener unter ihnen wie Freiberufler die Möglichkeit gehabt, ihre Pflichtbeiträge zur Rentenversicherung selbst gewinnbringend anzulegen, dann könnten sie heute verlässlich über eine angemessene Rente verfügen. So aber hat der Staat über Jahrzehnte ihrer Altersvorsorge viele Milliarden für sog. versicherungsfremde Leistungen entzogen. Davon will man heute schlicht nichts mehr wissen. Statt Vertrauensschutz Vertrauensbruch! Nicht mal als Wahlbürger können die betrogenen Alten etwas dagegen ausrichten, wenn sich alle Parteien mehr oder weniger an diesem Betrug beteiligen.

Mit dem GMG wird auch die Krankenversicherung – auch hier haben sie in jungen gesunden Jahren einen Anspruch erworben! – für Pflichtversicherte, aber auch für privat versicherte alte Menschen mit geringem Rentenanspruch zum nicht mehr lösbaren Problem: Die Beiträge steigen rapid, den früheren Arbeitgeber-Anteil dürfen sie – zumindest für die Betriebsrente – jetzt auch selbst bezahlen, sogar für ihre Lebensversicherung müssen sie ein zweites Mal Beiträge entrichten, rezeptfreie, ungefährliche Medikamente bezahlt die Kasse nicht

mehr, die Zuzahlungen für die vielen anderen Medikamente, die sie brauchen oder auch nicht, werden unbezahlbar. Fazit: Viele kranke Kleinrentner werden wohl einfach den Arztbesuch bleiben lassen. Ist es das, was gewollt ist?

Und wenn sie sich nicht mehr selbst versorgen können und im Altenheim leben müssen? Auch hier sind die Kosten, speziell seit Einführung der Pflegeversicherung unbezahlbar geworden. Ist das eigene Vermögen aufgezehrt, tritt zwar der Staat ein, aber dann bekommt der alte Mensch lediglich ein Taschengeld, das ihm, wenn er z. B. seine Medikamente bezahlt hat, keinen Freiraum mehr lässt, so zu leben, wie er es vielleicht noch kann und möchte: mal eine Zeitung, ein Buch kaufen, einen Kaffee trinken gehen ...

Das alles macht Angst, latent und konkret. Die drohende Demontage unseres Sozialsystems und der Verlust individueller konkret erworbener Ansprüche schafft Unsicherheit, Enttäuschung, Bitterkeit und bedeutet für viele innere und äußere Not. Müssen wir diese Bedrohung hinnehmen oder gibt es Alternativen?

Es ist offensichtlich, dass unsere Welt heute auf globaler Ebene entscheidend bestimmt ist von Profitstreben. Und die Politik übernimmt das Credo der Wirtschaftsbesse und gibt im vorauseilenden Gehorsam die Bastionen selbst auf, die eine solidarische Gesellschaft braucht! Das dürfen wir nicht akzeptieren. Es braucht neue mutige Lösungen, die alle einigermaßen gerecht an den knappen Ressourcen teilhaben lassen. Diejenigen, die konkret das Bruttosozialprodukt erarbeiten – auch die Jungen werden irgendwann alt –, müssen gemeinsam ihre Rechte einfordern.

Womit wir wieder mal bei einer in Zukunft hoffentlich funktionierenden starken Zivilgesellschaft wären!

URSULA STAHLBUSCH

### Vorsorge

Was kann der Einzelne tun, um sich abzusichern gegen die Fährnisse einer Welt, die aus den Fugen zu geraten droht? Wie kann er der Gefahr eines ungeborgenen oder gar unwürdigen Sterbens in einer solchen Welt begegnen?

Es sind sehr viele, die heute Angst davor haben, der Hightech-Medizin in die Hände zu fallen, wenn es ans Sterben geht. Sie fürchten, dass alles, was machbar ist, ungefragt mit ihnen gemacht wird und sie gehindert werden zu gehen, wenn es für sie an der Zeit ist. Sie wollen nicht gegen ihren Willen am Leben erhalten werden, aus welchen Gründen auch immer.

«In dubio pro dignitate» heißt ein wichtiger Artikel von Prof. F. Hufen, Verfassungsrechtler an der Uni Mainz: der erklärte Patientenwille habe Vorrang vor medizinischen Erwägungen, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten sei durch das Grundgesetz geschützt, «oberster Wert ist die Menschenwürde, die gerade den todkranken Menschen davor bewahrt, zum leidenden Objekt der Apparatedizin zu werden», schrieb er im März 2001. Doch die Praxis sieht oft anders aus.

Zuviel oder Zuwenig? Zwar schränkt das GMG die medizinischen Versorgungsmöglichkeiten im Alter eher ein, zumindest für die, die sie nicht mehr bezahlen können, doch auch an Schwerkranken kann man trotz GMG noch eine Menge Geld verdienen. Damit werden die Alten auf makabere Weise wieder interessant: Mehr als 4.000 € (im Monat!) werden z. B. für die Versorgung eines Komapatienten bezahlt. Wen wundert es, wenn manche Pflegeheime solche Patienten

nicht ungern sehen und auch nicht sterben lassen wollen? 500 Millionen Euro wurden 2002 laut «Stern» mit Sondennahrung umgesetzt, wohl zu einem großen Teil für Patienten, die damit – meist ungefragt – über Jahre an einem natürlichen Sterben gehindert werden. Auf 10–27 Milliarden Euro schätzt der Patienten-Anwalt W. Putz (s. S. 30) die Kosten für Sonden ernährte Patienten zuzüglich der Kosten für deren berufsmäßige Betreuer, die – warum wohl? – die Einstellung der Sondenernährung praktisch ausnahmslos ablehnten.

Auch das Wertgefüge in der Medizin hat sich verändert: Die Philosophie und der Rausch des Machbaren können in der Praxis das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Menschen aushebeln, wenn niemand da ist, der dieses Recht durchsetzt. Wenn aber auch im ärztlichen Bereich nicht mehr ausreichend Verlass auf ethische Grundhaltungen ist, wenn es nicht mehr selbstverständlich ist, dass ein humanes Sterben zugelassen wird, sollte der Einzelne sich rechtzeitig des Schutzes des Grundgesetzes versichern: Artikel 1 GG gibt der Würde des Menschen den absoluten Vorrang:

*«Sie ist das einzige absolute und damit uneingeschränkt geltende Recht. Eingriffe in die Würde des Patienten sind verfassungsrechtlich nicht legitimierbar. Das gilt auch dann, wenn sie wirklich oder vermeintlich geschehen, um das Leben des Patienten zu erhalten .... Die Menschenwürde wird dann verletzt, wenn individuelle Wertvorstellungen missachtet werden .... Menschenwürde schützt den Menschen auch davor, zum Objekt von Menschenwürde-Definitionen eines anderen zu werden, ... der erklärte Wille des einzelnen geht dem ärztlichen Heilauftrag vor, und es ist grundsätzlich ausgeschlossen, dem subjektiven Willen einen objektivierten «eigentlichen Willen» zur medizinischen Indikation entgegenzusetzen» (Hufen).*

Ökonomische Vorteile, im Glauben an die Hightech-Medizin erzo- gene Ärzte und die Konzeptlosigkeit in unserem Gesundheitssystem sind es also, die unsere individuelle Selbstbestimmung am Ende des Lebens in Frage stellen. Wer seinem Willen Geltung verschaffen will, auch wenn er selbst dazu zu krank oder zu schwach sein sollte, muss in gesunden Tagen so vorsorgen, dass Beliebigkeit und rechtliche Unschärfen möglichst ausgeschlossen sind. Es gibt viele Stolpersteine, die man kennen sollte.

## Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht Bevollmächtigter oder amtlicher Betreuer?

Rechtlich gibt es zwei Möglichkeiten der Stellvertretung:

- Der **Betreuer** wird vom Vormundschaftsgericht ernannt und überwacht.
- Der **Bevollmächtigte** ist eine Vertrauensperson, die der Betroffene auswählt; hat man einen Bevollmächtigten bestimmt, schließt das die Bestellung eines Betreuers durch das Vormundschaftsgericht aus. Dies ist wohl – auch bezogen auf die aktuelle nicht eindeutige Rechtslage (s. u.) – die bessere Lösung.

Liegt eine gültige Patientenverfügung vor, so müssen juristisch sowohl der Betreuer als auch der Bevollmächtigte Sorge tragen, dass danach verfahren wird. Liegt sie nicht vor, so ist nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu verfahren, wenn dieser seinem Willen nicht mehr Ausdruck geben kann. Einen Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen gibt es aber auch dann, wenn die Verfügung für den konkreten Fall, der natürlich schwer voraussehbar ist, keine ausreichend dezidierten An-

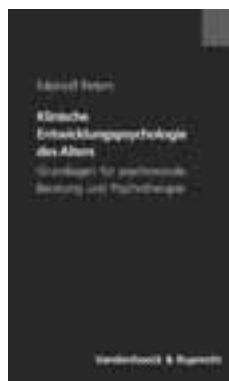
weisungen enthält (z. B. Aussagen zu Magensonde, Reanimation usw.). Hier kann dann Raum entstehen für Interpretationen, die den Intentionen des Patienten widersprechen. Die vom Patienten bestimmte Vertrauensperson als Bevollmächtigte kennt den Patientenwillen genauer und wird ihn dann mit größerer Sicherheit vertreten und durchsetzen können als ein berufsmäßiger amtlicher Betreuer.

Praktisch wird das meist dann relevant, wenn es um Therapieverzicht geht, wenn man also nicht will, dass unerträgliches Leiden oder auch der natürliche Sterbeprozess am Ende des Lebens durch medizinische Maßnahmen künstlich verlängert werden. Die gegenwärtige Rechtsprechung ist hier immer noch unklar und lässt aus der Sicht vieler Menschen, die einfach nur sterben möchten, wenn ihre Zeit gekommen ist, zu viel Spielraum für nicht gewollte Eingriffe. Auch das jüngste Urteil des BGH vom 17.3.2003 hat in seiner Unbestimmtheit eher mehr Unsicherheit gebracht:

Der Betreuer darf ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen nur mit Zustimmung des Vormundschaftsgericht verweigern; das Gericht muss diesem Verweigern nur dann zustimmen, wenn die angebotene Behandlung dem erklärten Willen des Patienten widerspricht *und* die Krankheit bereits einen tödlichen Verlauf genommen hat.

In diesem «und» liegt nun ein Problem: Gilt das auch für das normale Altsein, wenn also ein Mensch einfach nur in Frieden gehen möchte, der Arzt, die Pflegenden und vielleicht auch der Betreuer dies aber anders sehen? Unklar bleibt auch, ob in einem solchen Fall nicht nur der Betreuer, sondern auch ein Bevollmächtigter das Vormundschaftsgericht einschalten muss. Gibt es weder Betreuer noch einen Bevollmächtigten, so gilt auf jeden Fall die Sicht des Arztes,

## Probleme und Chancen beim Älterwerden



Meinolf Peters  
**Klinische Entwicklungspsychologie des Alters**

Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie

Mit einem Vorwort von Hartmut Radebold. 2004. Ca. 290 Seiten mit 2 Abbildungen, kart. ca. € 29,90 D ISBN 3-525-46219-0

<http://www.v-r.de>

Das Alter stellt eine Lebensphase dar, die jeden Menschen mit neuen Anforderungen konfrontiert. Das schließt die Chance, sich neue Entwicklungsräume zu erschließen, ebenso ein wie die Gefahr des Scheiterns. Die sich neu etablierende klinische Entwicklungspsychologie befasst sich mit den Störungen, die auftreten, wenn die anstehenden Entwicklungsaufgaben nicht bewältigt werden können. Meinolf Peters untersucht, wie sich Patienten mit einer psychogenen Symptomatik mit diesen Entwicklungsaufgaben auseinandersetzen, und verweist auf psychotherapeutische Möglichkeiten für ältere Menschen.

**V&R**  
Vandenhoeck & Ruprecht

sobald der Patient seinen Willen nicht mehr selbst äußern und durchsetzen kann, weil er bewusstlos oder zu schwach ist, und zwar u. U. auch dann, wenn es eine Patientenverfügung gibt.

### Wie kann man diesen Unwägbarkeiten entgehen?

Unbedingt eine möglichst genaue Patientenverfügung erstellen und eine Vertrauensperson als Bevollmächtigte bestimmen! Gibt es einen Bevollmächtigten, kommt das Vormundschaftsgericht eher nicht ins Spiel.

- Die Patientenverfügung sollte möglichst genaue Angaben darüber enthalten, was man ganz bestimmt nicht will, z. B. Reanimation, künstliche Beatmung, künstliche Ernährung. Dabei ist zu differenzieren, ob dies generell gelten soll oder nur dann, wenn «der Todesprozess unwiderruflich eingesetzt hat», insbesondere sollte festgelegt sein, wie im Falle von «Altersschwäche» verfahren werden soll, wenn also keine definierte schwere Erkrankung vorliegt. Hier sollte v. a. zu Magensonde und künstlicher Beatmung dezidiert Stellung genommen werden, denn damit kann Sterben über lange Zeit verhindert werden.

Einige hilfreiche Fakten:

- Auch der hilflose Patient bleibt juristisch «Dienstherr»: Arzt, Pflegepersonal und Betreuer müssen seinen Willen respektieren und danach handeln. Können sie das z. B. aufgrund divergierender ethischer Grundsätze nicht, müssen sie die Betreuung des Patienten abgeben.
- Der Patient kann in jeder Phase – nach ärztlicher Aufklärung – über Beginn und Ende einer Behandlung entscheiden (z. B. künstliche Ernährung).
- Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten steht über der Pflicht des Arztes, Leben zu erhalten und Gesundheit zu schützen. Es schließt die Selbstbestimmung zum Behandlungsverzicht, gegebenenfalls zum Tode ein.
- Das Wohl des Patienten ist vorrangig subjektiv.
- Das Legen einer Magensonde ist keine pflegerische Maßnahme, sondern ein medizinischer Eingriff, der nur mit Zustimmung des Patienten erfolgen darf. Ohne Einwilligung ist er Körperverletzung.
- Das Beibehalten einer Magensonde ist ein fortdauernder Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten; ihre Rechtmäßigkeit hängt während der gesamten Dauer von der Zustimmung des Patienten ab. Nicht der Behandlungsabbruch, sondern die Fortsetzung der Behandlung bedarf der Rechtfertigung.

Aus Platzgründen und aufgrund der derzeitigen nicht ausreichend geklärten Rechtslage ist es nicht möglich, hier alle relevanten Gesichtspunkte anzusprechen oder Ihnen alle Eventualitäten abdeckende Mus-

ter für Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht anzubieten. Sie sollten in jedem Fall auf die Abfassung einer Patientenverfügung und der sie ergänzenden Vorsorgevollmacht große Sorgfalt verwenden. Sicher ist es auch notwendig, die aktuelle Rechtslage im Auge zu behalten und Verfügung und Vollmacht gegebenenfalls anzupassen. Es empfiehlt sich auch, die Unterlagen in regelmäßigen Abständen durch eine mit Datum versehene neue Unterschrift zu «bestätigen».

Herr Karlo Heßdörfer arbeitet als Jurist im Rahmen der Münchner Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit. Er hat mich auf die sehr gute Vorsorge-Broschüre hingewiesen, die in einem interdisziplinären Arbeitskreis der Akademie erarbeitet wurde: Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter. Sie enthält alle nötigen Vordrucke. Bisher war sie beim Bayerischen Justizministerium zu beziehen, ist aber vergriffen. Nach Auskunft der Pressestelle des Ministeriums ist offen, ob sie überarbeitet (das Urteil vom März 2003 ist noch nicht berücksichtigt) und neu aufgelegt wird. Aus Kostengründen wird sie jedenfalls über das Ministerium nicht mehr zu beziehen sein, sie kann aber – noch – über die Homepage des Ministeriums heruntergeladen werden: [www.justiz.bayern.de](http://www.justiz.bayern.de).

Weitere wichtige Informationen können Sie unserer Homepage entnehmen: Herr Hessdörfer hat uns freundlicherweise erlaubt, zwei seiner Skripte vom August 2003 dort zugänglich zu machen:

- **Probleme am Lebensende aus rechtlicher Sicht**
- **Erläuterungen zur Vorsorgevollmacht**

Weitere Informationen finden Sie in zwei Büchern, die auf S. 30 besprochen sind.

URSULA STAHLBUSCH

## Kein Krieg der Generationen

### Was heißt hier «überaltert»?

Jeder, der was auf sich hält, beklagt die Überalterung der Gesellschaft – die in Wirklichkeit eine «Unterjüngung» (Ursula Lehr) ist. «Demnächst muss ein Arbeitnehmer 2 Rentner ernähren» wird als Horrorszenerario verkauft. Ist es denn eins? Vor hundert Jahren versorgte ein Bauer acht Nichtbauern, heute mehr als achtzig. Verhungern wir deshalb? Als Bismarck die Sozialgesetzgebung einführte, lag das Berufseintrittsalter bei 15, die Altersgrenze bei 70. Die 15 bis 70-jährigen finanzierten die Renten der über 70-jährigen, das waren damals 2% der Gesamtbevölkerung. Hatten wir vor hundert Jahren mehr Sozialstaat oder heute? Wenn eine «junge Gesellschaft» Garantie für Wohlstand wäre, wie gut müsste es dann den Leuten in Bangladesch gehen? Weder das «Alter» einer Gesellschaft noch die Relation zwischen Erwerbstätigen und RentnerInnen sagen viel aus, wenn man die Produktivität außer Acht lässt.

### Produktivitätsverlust – hausgemacht!

Nicht die Biologie, sondern die Kultur mache zum Rentner, las ich. Derzeit eher die Unkultur. «Einen wie mich würde ich doch heute auch nicht mehr einstellen», verkündete Herr Hartz (der von den Modellen) an seinem 61. Geburtstag vergnügt. Die Unternehmen schoben die Grauhaarigen in Frührente ab, und wir alle zahlen die Zeche dafür,

[www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de)

- **Kleinanzeigen**
- **Hefte zum Download**
- **Abo**
- **Veranstaltungen**



Ursula Neumann

das die Gesellschaft zwar älter wird, das Durchschnittsalter der Beschäftigten aber gleich bleibt. In der Hälfte der deutschen Betriebe arbeitet keine(r) über 50. Der durchschnittlich 25-jährige Berufseinsteiger von heute hat als Perspektive die Perspektivlosigkeit der 50-jährigen. Das motiviert! Da tröstet es wenig, dass inzwischen Manager in großer Zahl altershalber selbst nicht mehr vermittelbar sind, nachdem sie jeden über 35 aus der Belegschaft mobbten, als hätte er die Pest. «Alte» Gesellschaften seien nicht innovativ, lautet die – der Himmel weiß woher genommene – Begründung von Rating-Agenturen für die Herabstufung von Ländern mit vielen Rentnern. Was Investoren abschreckt, was wiederum Erwerbstätige abwandern lässt. Selbfulfilling prophecy nennt man so was. Von einem Herunterstufen «junger» Gesellschaften aufgrund ihres höheren aggressiven und kriminellen Potentials ist mir nichts bekannt. Unsere Gesellschaft verzichtet auf die «alten Hasen» in der absurden Annahme, man bekäme ein Optimum an Produktivität, wenn man die fittesten Leute zwischen 25 und 45 auspresst wie eine Zitrone, die angeblich weniger fitten gleich in die Arbeitslosigkeit und die Älteren in Rente schiebt.

## Der Stuss-Produktivitätsfaktor der Eliten und die gelebte Alltagssolidarität

Einem 70-Jährigen wurde ein Hypothekenkredit verweigert («Todesfallrisiko» heißt das). Die Verweigerung von Krediten allein aus Altersgründen kommt häufig vor. Dass sie im konkreten Fall publik wurde, mag damit zusammenhängen, dass der Abgelehnte Präsident der Bundesarchitektenkammer war. Einer Patientin von mir wurde die analytische Behandlung verweigert, weil nach «5 ½ Lebensjahrzehnten ... die Umstellungsfähigkeiten doch zu sehr in Zweifel gezogen werden müssen». Patientin, Therapeutin und Anwalt waren vom selben Jahrgang und lieferten den Nachweis der Umstellungsfähigkeit – der Krankenversicherung.

Es muss uns schon sehr gut gehen, wenn wir uns «Eliten» leisten können, die solchen Stuss festlegen. Trotzdem: Wie lange darf eine Gesellschaft wie dumm sein?

Obwohl: «die Gesellschaft» ist gar nicht so dumm. Die Politik geriert sich als fantasieloses und zahlengläubiges Kaninchen vor der Demographie-Schlange (oder tut sie nur so, um den Sozialabbau zu legitimieren?). Die Wirtschaft wiederholt zum tausendsten Mal das Mantra von den unerträglich hohen Sozialabgaben, die schuld wären, dass Junge nicht eingestellt und Ältere gefeuert würden. Die Medien faseln vom «Krieg der Generationen». Alte und Junge aber wissen (meist), was sie aneinander haben. Den Satz «die Alten leben auf Kosten der Jungen» hielten in einer Umfrage 94% für falsch. Tag für Tag unterstützen die Jungen ganz selbstverständlich die Alten bei Besorgungen, Fahrdiensten, im Haushalt und schieben sie keineswegs ins Heim ab, sondern pflegen sie. Umgekehrt unterstützen die Alten die Jungen materiell großzügig, praktisch sowieso: jährlich leisten sie 3,5 Milliarden Stunden im Ehrenamt, in der Pflege und bei der Kinderbetreuung. Es funktioniert. Trotz und nicht wegen der Eliten.

URSULA NEUMANN

### Die AutorInnen

**BLUME, HEDWIG**, Dipl.-Psych., Vorstandsmitglied des VHVP, Kassel • **BOWE, NORBERT**, Nervenarzt, Vorstandsreferent des bvvp, Vorstandsmitglied des VVPS, Kirzarten • **CLEVER, BIRGIT**, Dr. med., Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, 1. Vorsitzende des bvvp und vvps, Delegierte der KV Südbaden und der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Vorsitzende des gemeinsamen Beirats der Landesärztekammer und der Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg, Mitglied des Weiterbildungsausschusses der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Freiburg • **DEISTER, FRANK ROLAND**, Dr. phil. Dipl.-Psych., 1. stellvertretender Vorsitzender des bvvp, Vorstandsmitglied Landeskammer PP/ KJP Hessen, Mitglied des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie bei der KBV, Frankfurt • **DOEBERT, JÜRGEN**, Dipl.-Psych., Delegierter der Vertreterversammlung der KBV, Mitglied des Vorstandes der KV Südwürttemberg, psychologischer Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie bei der KBV, Reutlingen • **FUNK, MARIANNE**, Dipl.- Psych., Dipl.- Päd., Delegierte der Kammer PP/KJP Baden-Württemberg, psychologische Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Südwürttemberg und des Ausschusses ambulante Versorgung der Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg, Tübingen • **MEZGER, HERMANN**, Dr. med., Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, 1. Vorsitzender VVPSW, ärztlicher Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Südwürttemberg, Reutlingen • **NEUMANN, JOHANNES**, Prof. Dr., Begründer des Zentrums für interdisziplinäre Erforschung der Lebenswelten behinderter Menschen (Tübingen), Oberkirch • **NEUMANN, URSULA**, Dipl.-Psych., Redaktion bvvp-magazin, Delegierte der KV Südbaden und der Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg, Mitglied des Fachausschusses der KV Südbaden und des QS-Ausschusses der Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg, Oberkirch • **NOESKE, ELISABETH**, Dipl.-Psych., Delegierte der KV Südbaden und der Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg, Mitglied des Ausschusses «Psychotherapie in Institutionen» der Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg, Sprecherin der «Arbeitsgemeinschaft der Leiter von Heimen für chronisch psychisch erkrankte Menschen in Baden», Vorstandsmitglied im Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe, Freiburg • **STAHLBUSCH, URSULA**, Dr. med., Fachärztin für psychotherapeutische Medizin, Redaktion bvvp-magazin, Prien • **WALDHERR, BENEDIKT**, Dipl.-Psych., Vorstandsmitglied des BVVP Bayern, Delegierter der KV Bayern und der Kammer PP/KJP Bayern, Mitglied des Vorstands der KV Bayern, Landshut

## INTERVIEW

### Weisheit: «Alter per se ist nicht hinreichend»

#### Interview mit Dr. Ute Kunzmann

Selbst im Handelsblatt kann man inzwischen lesen «Der Jugendwahn ist vorbei, die Erfahrung der Älteren ist wieder etwas wert» (24.01.04). Oder «expertise capacity» reife erst im Alter von 40 Jahren zur Meisterschaft. Dies gelte «für die sozialen Techniken der Steuerung größerer Gruppen» im besonderen Maße. «Die Selbstüberschätzung junger Manager ist oft enorm... Natürlich, die schnelle Wirkung ist mit Schaulaufen und hektischem Aktionismus rasch erzielt. Aber was ist mit Nachhaltigkeit? Da sehen die Jungen oft ganz schön alt aus...» (20.06.03) Bei meinen Recherchen stieß ich auf Erstaunliches: Es gibt Forschungsprojekte zu «Lebenseinsicht und Weisheit». Z. B. in Berlin am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung unter Prof. Dr. Paul Baltes, der meint: «Solche Themen kann man erst angehen, wenn man einigermaßen anerkannt ist». Zum Glück ist er anerkannt und zum Glück vermittelte er mir ein Interview mit der Psychologin Dr. Ute Kunzmann, einer Mitarbeiterin an seinem Weisheitsprojekt. Sie promovierte in Berlin, war für ein Post-Doc-Stipendium in Berkeley und wird demnächst an die Universität Bremen wechseln.

URSULA NEUMANN

U. N.: Frau Dr. Kunzmann, wie definieren Sie «Weisheit»?

U. K.: Wir haben Weisheit definiert als außergewöhnlich tiefes und breites Wissen um die fundamentalen Probleme des Lebens, der Lebensdeutung und Lebensführung. Kennzeichen dieser Probleme ist, dass viele Informationen nicht vorhanden sind, dass es immer mehrere Lösungen gibt und die richtige Lösung nicht bekannt ist. Womöglich gibt es auch nicht immer die eine richtige Lösung. Probleme, die weisheitsrelevant sind, beziehen sich beispielsweise auf schwierige Lebensentscheidungen, Fragen nach dem Sinn des Lebens oder den Umgang mit Tod und Sterben. Der Anwendungsbereich des Wissenssystems «Weisheit» unterscheidet sich also ganz klar von Bereichen, für die man «begrenztere» Fähigkeiten braucht, etwa akademische, emotionale Intelligenz oder Kreativität. Um das Wissenssystem, das wir Weisheit nennen, genauer zu definieren, haben wir fünf Kriterien entwickelt. Dazu gehören u. a. die Basiskriterien Faktenwissen und Strategiewissen. Das brauchen Sie für jegliches Expertentum, z. B. auch, wenn Sie Schach lernen. Spezifisch für Weisheit sind drei Metakriterien, nämlich Lebensspannen-Kontextualismus, Wertetoleranz sowie das Erkennen und Umgehen mit Unsicherheit. Kontextualismus bedeutet, dass man fundamentale Probleme nicht isoliert betrachtet, sondern sich erst mal hinsetzt und überlegt: was habe ich hier für einen Kontext, was spielt alles eine Rolle. Wertetoleranz bedeutet,



Ute Kunzmann

dass man das Problem nicht nur aus einer, sondern aus verschiedenen Perspektiven sieht. Erkennen von und Umgehen mit Unsicherheiten meint, dass man sich bewusst ist, nicht alles wissen zu können, und dass man weiß, was man nicht weiß. Es gibt Ansätze in der Psychologie, die sagen, die Essenz von Weisheit sei das Erkennen der Grenzen des eigenen Wissens. Wenn man sich die eigenen Grenzen klar macht, darf man nicht in Hilflosigkeit verfallen, sondern muss bestmögliche Entscheidungen treffen und Alternativlösungen mitdenken. Ein so definiertes Wissenssystem ist nur eine Facette von Weisheit, aber dieser Zugang erlaubt uns, empirische Forschung zu machen.

U. N.: Wie machen Sie das, geht das mit Tests?

U. K.: Nein, ich denke, es wäre schwierig. Wir haben Problemvignetten formuliert. Beispielsweise: eine Vierzehnjährige will unbedingt sofort von Zuhause ausziehen. Oder: man bekommt den Anruf eines Freundes, der sagt, er wolle sich umbringen. Diese Vignetten legen wir unseren Probanden in individuellen Interviews vor und bitten sie, uns alles zu sagen, was ihnen durch den Kopf geht, wenn sie über die Probleme nachdenken. Zuvor gibt es eine circa dreißigminütige Übungsphase, in der ein Proband erst einmal lernt, laut zu denken. Das ist gar nicht so einfach, die meisten Leute sind das nicht gewohnt. Man neigt dazu, nur das Ergebnis des Denkprozesses mitzuteilen. Wir interessieren uns mindestens oder sogar noch mehr für den Weg als für das Ergebnis.

U. N.: Ihr Forschungsgegenstand ist nicht direkt messbar. Rümpfen nicht manche Ihrer KollegInnen die Nase und halten das, was Sie tun, für unwissenschaftlich?

U. K.: Diese Zweifel gibt es. Aber für mich stellt sich diese Frage nicht. Ich würde auch nicht sagen, dass wir mit unseren Methoden Weisheit in ihrer Gänze erfassen, sondern wir befassen uns mit einer Facette von Weisheit, dem Wissen über fundamentale Probleme der Lebensdeutung und -führung. Ich denke, es ist durch die von uns entwickelten Methoden möglich, dieses Wissen standardisiert und objektiv zu erfassen. Somit können wir Leistungen – seien es nun Denkkprotokolle einer einzelnen Person oder Produkte, an denen mehrere Men-



schen mitgewirkt haben – hinsichtlich des Ausmaßes, in dem sie Weisheit reflektieren, beurteilen. Wir haben uns bemüht, eine Definition von Weisheit zu entwickeln, die zumindest mit westlichen Vorstellungen des Konzeptes übereinstimmt. Es gibt durchaus ein paar allgemeine Charakteristiken, die mit Weisheit assoziiert werden, auch in so genannten impliziten Theorien, also bei dem, was sich Laien unter Weisheit vorstellen. Auch aus diesem Grunde fühlen wir uns auf sicherem Boden.

U. N.: Der Begriff «Altersweisheit» legt den Schluss nahe, dass Altern schon an sich weise macht. Ist das so?

U. K.: Alter per se ist nicht hinreichend. Um Weisheit zu entwi-



Helmut Radebold

ckeln, bedarf es einer Vielzahl von Faktoren. Dazu gehört Lebenserfahrung; aber bestimmt nicht alle Erfahrungen sind förderlich. Dann kommt hinzu, wie diese Erfahrungen verarbeitet werden, das hängt von der Persönlichkeit ab. Offenheit, Interesse, Reflexion, das Verstehenwollen sind beispielsweise wichtige Faktoren. Natürlich auch ein bestimmtes Maß an akademischer Intelligenz, um Informationen überhaupt verarbeiten zu können. Es geht um das Zusammenspiel dieser protektiven Faktoren. Wenn diese vorhanden sind, dann ist es wahrscheinlich, dass einige Personen mit zunehmendem Alter weiser werden. Aber es besteht kein Automatismus.

U. N.: Man muss was dafür tun.

U. K.: Richtig. Und dann ist es auch so: je älter wir werden, desto unterschiedlicher werden wir. Interessant für uns Entwicklungspsychologen des Erwachsenenalters ist deshalb auch die Frage: wer entwickelt sich wie und warum? Dennoch ist der allgemeine Befund bedeutsam, dass man vom Lebensalter eines Erwachsenen nicht auf dessen Weisheit schließen kann. Sehr viele intellektuelle Fähigkeiten nehmen mit dem Alter ab, das ist ein uniformer Prozess. Z. B. die Wahrnehmungsgeschwindigkeit, da beginnt der Abbau schon Mitte zwanzig. Wenn man das kontrastiert mit eher pragmatischen Fähigkeiten – dazu zählen wir die Weisheit – ist es schon interessant, dass hier Spitzenleistungen auch von sehr alten Menschen erbracht werden.

U. N.: Eine weise Gesellschaft – wie sähe die aus?

U. K.: Es wäre wohl unweise, als Antwort eine einzige Gesellschaft zu skizzieren, ich denke, da geht es auch um Vielfalt, um Toleranz, um Heterogenität, es geht darum, keine Gruppe auszuschließen, möglichst viele anzuhören. Wenn wir beispielsweise mit unserer Forschung zeigen, dass ältere Menschen viel wissen und viel beitragen können, dann erscheint es mir sinnvoll, dies auf gesellschaftlicher Ebene wertzuschätzen und zu nutzen. Da müsste noch sehr viel passieren, auch strukturell. Das Potential älterer Menschen wird vielfach nicht genutzt.

U. N.: Welchen Beitrag könnten die Alten für eine weise Gesellschaft leisten und was ist nötig, damit sie diesen Beitrag leisten?

U. K.: Unser Wissen ist von immer kürzerer Dauer. Ich werde ältere Menschen nicht nach den neuesten Computerspielen fragen. Aber es gibt Wissensarten und Erfahrungen, die überdauernd sind. Weisheitsbezogenes Wissen hat eine längere Halbwertszeit, wenn Sie so wollen. Gerade in solchen Fragen, die fundamentale Lebensprobleme betreffen, könnte es lohnenswert sein, ältere Menschen zu befragen, die möglicherweise mehr Lebenserfahrung haben.

U. N.: Als Zwanzigjährige denkt man, dass ein Zustand immer so bleibt, weil man nichts anderes erlebt hat. Jetzt denke ich öfters: haben wir alles schon gehabt, der Trend legt sich auch wieder.

U. K.: Dieses kontextualistische Denken ist ein ganz zentraler Aspekt unserer Weisheitsdefinition, das Denken in kulturellen Kontexten, aber auch historisch über die Zeit. Natürlich kann kulturelles oder historisches Wissen auch abstrakt erworben werden, indem man sich bildet und Bücher liest, aber die direkte Erfahrung mit relevanten Ereignissen dürfte eine besondere Stärke sein, die eher älteren Menschen zukommt als jüngeren Erwachsenen.

## «Nicht nur Keller aufräumen und Dias sortieren»

### Interview mit Prof. Dr. Radebold

*Prof. Dr. Helmut Radebold, Jahrgang 1935, hatte in Kassel den Lehrstuhl für klinische Psychotherapie «unter besonderer Berücksichtigung des höheren und hohen Lebensalters» inne und ist Lehranalytiker. 1998 gründete er das Lehrinstitut für Alternspsychotherapie ([www.alternspsychotherapie.de](http://www.alternspsychotherapie.de)), das schulenübergreifend neben Fort- und Weiterbildung auch Institutionsberatung und Supervision anbietet. Seine Bücher «Psychodynamik und Psychotherapie Älterer», das «Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie» (gemeinsam mit Geleon Heuft und Andreas Kruse) und «Altern und Psychotherapie» (mit Rolf D. Hirsch) sind Standardwerke. In Lindau wird er dieses Jahr eine Veranstaltung zum Thema «Wie altern Psychotherapeuten?» anbieten.*

URSULA NEUMANN

U. N.: Sie beschäftigen sich seit etwa 30 Jahren mit der Psychotherapie des Alters. Wie kamen Sie zu diesem Arbeitsschwerpunkt?

H. R.: Ich habe vor 40 Jahren eine damals 59-jährige Patientin mit einem Schiefhals behandelt. Damals war in meiner Universitätsklinik in Berlin das Thema Psychotherapie Älterer jenseits aller Diskussion. Zu meinem und aller großen Erstaunen verschwand die Symptomatik völlig. Natürlich wurde mir damals ständig gedeutet, dass ich mich aufgrund meiner Probleme mit den Älteren befasse. Entscheidend aber war die Erfahrung, dass die Aussage Freuds nicht stimmt, spätestens über 50-Jährige seien nicht mehr behandelbar.

U. N.: «Komm du erst mal in mein Alter, dann kannst du mitreden» ist ein beliebter Spruch. Heute gehören Sie selbst zu den «jungen Alten». Hat das etwas an Ihrer Sichtweise verändert?

H. R.: Ich glaube, ich begreife affektiv besser, was ich vorher intellektuell vertreten habe. Ich will vier Aspekte benennen: Zunächst die physiologischen Veränderungen, was bedeutet das subjektiv, dass nur noch 50% der Handmuskulatur zur Verfügung stehen, z. B. beim Aufmachen von Marmeladendosen? Das Zweite: man sagt es zwar, aber

ab 50, 60 versteht man, dass das Leben begrenzt ist. Man kriegt die Todesanzeigen seiner Freunde, diese Perspektive bekommt eine andere Realität. Das Dritte: man gesteht sich und anderen besser zu, dass innerliche Veränderungen mehr Zeit brauchen. Der vierte Punkt, den ich jetzt erst aufgrund meiner Forschungen im Älterwerden verstehe, ist das Ernstnehmen zeitgeschichtlicher Einflüsse. Ich habe oft den Eindruck, dass die Kolleginnen und Kollegen nur im Hier und Jetzt denken und nicht historisch genug. Meine Generation ist in Kriegs- und Nachkriegszeit aufgewachsen. Was heißt das lebenslang, was heißt das fürs Altern? Auch die Geschichte der DDR wird uns noch lange interessieren müssen.

U.N.: Über 20% der Bevölkerung sind älter als 60, aber über 90% der PsychotherapeutInnen haben keine PatientInnen über 60. Welche Faktoren spielen da eine Rolle?

H.R.: Bis vor kurzem stimmte Ihre Aussage. Es scheint sich aber jetzt zu verändern. Trotzdem: Warum sind die Älteren unterrepräsentiert? Einen Grund sehe ich darin, dass außer den Altenpflegekräften kein Beruf in Deutschland systematisch etwas über das Alter lernt. In der Approbationsordnung der Ärzte gibt es erst ab diesem Wintersemester ein Querschnittsfach Alter. Der zweite Punkt: durch ältere Patienten wird sofort die eigene Familiengeschichte angesprochen und die ist auch bei Therapeuten oft katastrophal. Das individuelle Bild wird generalisiert und führt dazu, dass man keine Älteren behandelt. Drittens konfrontieren uns ältere Patienten mit den ganzen schwierigen Seiten des Alterns, z. B. mit Verlusten, Gefühlen wie Kränkungen, Beschämungen, ebenso wie mit Krankheiten, Sterben und Tod. Das beunruhigt tief.

U.N.: Umgekehrt müssen die Älteren erst mal kommen.

H.R.: Ach, Frau Kollegin, am Beginn meiner Kurse heißt es immer, die Älteren kämen nicht und am Ende «seltsam, da rufen jetzt lauter Ältere an». Ich vermute, vorher waren so viele diffizile Abwehrstrukturen am Werk, dass es gar nicht zum Erstinterview kam. Es ist wechselseitig. Die bisherige Generation der Älteren assoziierte mit Psychotherapie Psychiatrie, geschlossene Abteilung, chemische Keule, ja Euthanasie. Jetzt wird die Generation alt, die bei der Einführung der Kassenregelungen 1967 30 Jahre alt war, die wissen schon Bescheid.

U.N.: Es wird normal.

H.R.: Noch nicht normal, aber deutlich normaler. Ich denke, dass die Kolleginnen und Kollegen ein Stück fundierte Kenntnisse über Entwicklungspsychologie zwischen «50 und 100» brauchen. Sie sollten außerdem wissen, wie kommen jetzt Störungen zustande? Wie sehen die Krankheitsbilder aus? Wann muss ich einen Geriater fragen? Aber auch: was bieten die verschiedenen Schulrichtungen an? Bei meinen Kursen nutze ich das Instrument der Selbstreflexionsgruppe, in der man sich austauscht, was in einem wach wird, wenn man mit Älteren arbeitet. Schließlich muss über Zielsetzungen geredet werden, weil die Kollegen die Ziele immer zu gering einschätzen.

U.N.: Wie meinen Sie das?

H.R.: Auch Ältere klären selbstverständlich ihre Konflikte, werden symptomfrei und entwickeln sich weiter. Es kommt viel mehr raus als gedacht. Natürlich gibt es auch Misserfolge. Aber die Kolleginnen und Kollegen können sich überhaupt nicht vorstellen, dass die über 60-jährigen Patienten mitarbeiten können und wollen.

U.N.: Dass sich die AnalytikerInnen wegen Urvater Freud und dessen «Ageism» schwer taten und tun, ist bekannt. Sind andere therapeutische Richtungen unbefangener?

H.R.: Die anderen haben nach meiner Einschätzung unbewusst die Ansicht von Freud übernommen, ohne sie zu reflektieren. Aussagen über Rigidität, Unbehandelbarkeit usw. finden Sie überall, die Argumente sind ähnlich. Und alle haben sich erst sehr spät, teilweise

kaum mit Alter befasst, wie die wenigen bisherigen diesbezüglichen Publikationen belegen.

U.N.: Was sollte in der Psychotherapie eines alten Menschen anders sein als z. B. mit Dreißigjährigen?

H.R.: Für mich ist schon ein Unterschied, ob man jemanden behandelt, der 60, 75 oder 85 ist. Alter und Lebenssituation und geringer werdende Lebenserwartung ergeben gewisse Unterschiede in der Zielsetzung. Ebenso ist ein Unterschied, ob man jemanden behandelt, der noch intensive Fantasien über das Leben hat oder nur rigide neurotische Erfahrungen. Bis etwa 1980 wurde in der Literatur nur eine supportive Hilfestellung als möglich angesehen, und man konnte sich nicht vorstellen, am unbewussten Material oder an lange zurückliegenden Konflikten zu arbeiten.

U.N.: Früher war nur so ein bisschen Händchenhalten angesagt?

H.R.: Richtig. Das hat sich geändert. Aber Ältere verführen offenbar dazu, dass man sich nicht vorstellen kann, dass sie auch noch Konflikte haben und dass sie bereit sind, daran zu arbeiten und dass sich diese Konflikte noch verändern können.

U.N.: Einerseits die Vorstellung «Alte sind starr» und andererseits klingt es fast wie eine Idealisierung: die haben keine Konflikte?

H.R.: Offenbar ein Wunschbild: altersweise, abgeklärt. Dieses innere Bild ist wohl auch dafür verantwortlich, dass Ältere immer weniger bekommen an Stundenzahl, Bearbeitungstiefe, Frequenz.

U.N.: Während die Zahl der Suizide insgesamt rückläufig ist, nimmt sie bei alten Menschen, besonders bei Männern zu. Warum?

H.R.: Das Altern bringt eine Fülle narzisstischer Kränkungen mit sich: Ausscheiden aus dem Beruf, Verlust an Aussehen, Macht, Potenz und, und, und. Wenn das Selbstwertgefühl getroffen ist, dann führen oft scheinbare Kleinigkeiten, die von außen gar nicht verständlich sind, zum Suizid. Wenn man aber die narzisstische Kränkung versteht, kann man gut helfen.

U.N.: Wenn ich mir vorstelle, in ein paar Jahren zum Pflegefall zu werden, kommen mir auch Gedanken, ob es nicht besser ist, schon vorher Schluss zu machen.

H.R.: Das ist eine Frage, deren Diskussion in der Gesellschaft noch nicht erlaubt ist. Aber ich stimme Ihnen zu, dass das eine große Frage sein wird: Wie wollen wir und wie lange wollen wir altern?

U.N.: Wie bereitet man sich aufs Alter vor, dass man möglichst keine Psychotherapie braucht?

H.R.: Indem man die anstehenden Entwicklungsaufgaben bewusst und gezielt angeht und sich dafür Zeit lässt. Viele sagen: nur weg von der Arbeit. Es fehlt aber die innere Vorbereitung auf die zwanzig Jahre, die vermutlich noch kommen. Ich brauche Pläne, Ideen, nicht nur Erledigungen wie Keller aufräumen und Dias sortieren. Was bedeutet das finanziell, sozial? Meine Frau oder mein Mann hat vielleicht eine völlig andere Vorstellung. Was für Erwartungen haben die noch lebenden Eltern und die Kinder? Es braucht zwei bis drei Jahre im Sinne eines Moratoriums für die Erprobung, bis es eine erneut stabilisierte Identität gibt. Ein zweites Beispiel: Trauerfall. Ältere zeigen bisher kaum Affekte von Trauer, die Folgen des Verlustes werden nur sichtbar an mehr Medikamenteneinnahme, häufigeren Arztbesuchen. Körperlich wird also auf etwas reagiert, was man sich psychisch nicht zugesteht. In solchen Situationen ist das Entscheidende, Trauer zuzulassen, wie auch die gesamte Ambivalenz, die ja immer damit verbunden ist.

Sich besser innerlich vorbereiten und sich stellen ist eine Forderung, die auch für die Psychotherapeuten gilt. Ich höre immer wieder: ich freu mich schon auf das Aufhören. Aber wenn man sie ein paar Jahre später sieht, machen sie immer noch ihre Praxis mit Privatpatienten. Wie altern Psychotherapeuten, was haben wir für Fantasien über das eigene Altern? Da bin ich neugierig.

# ÄRGERNIS DES QUARTALS

## GMG: Die im Dunkeln sieht man nicht

### oder: Neoliberalismus meets Bürokratismus

*Die harmlosere Seite des GMG bietet Stoff für Karikatur und Satire. Es gibt aber auch eine unmenschliche Seite. Sie begegnet uns PsychotherapeutInnen nicht häufig, obwohl auch zu uns Menschen kommen, für die 10€ viel Geld ist. Ich hoffe, dass unser Beruf uns fähig macht, solidarische Verantwortung auch dann zu übernehmen, wenn uns etwas nur am Rande tangiert. Näher dran ist die Autorin unseres «Ärgernisses», Elisabeth Noeske. Als Leiterin einer Reha-Einrichtung, Sprecherin der «Arbeitsgemeinschaft der Leiter von Heimen für chronisch psychisch erkrankte Menschen in Baden» und Vorstandsmitglied im Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe war sie eine bonne adresse für mich. Sie fragte ich auch wegen der Fahrtkostenerstattung für einen meiner Sozialhilfe-Patienten. Da sah sie wenig Chancen, obwohl er unterschenkelamputiert ist. Wahrscheinlich reiche das nicht für die Ausnahmeregelung. Inzwischen ist der Patient Oberschenkelamputiert. Mal sehen. Ob es tatsächlich einen ersten Todesfall aufgrund der neuen Regelungen gegeben hat (ein Dialysepatient, der die Fahrtkosten nicht erbringen konnte), ist nicht entscheidend, sondern dass unsere PolitikerInnen ganze Gruppen von Menschen einfach vergessen – oder dass sie ihnen gleichgültig sind: Eltern, die zwar für ihre Kinder unter 18 keine Praxisgebühr, wohl aber Medikamentenzuzahlungen etc. entrichten müssen, HeimbewohnerInnen, deren ganzes Taschengeld für die Selbstbeteiligung drauf geht, Obdachlose, deren Tagessatz niedriger ist als die Praxisgebühr, die tüttelige 80-Jährige, die ihre Belege bis zur «Zumutbarkeitsgrenze» im Leitzordner abheften soll. Dieses Gesetz trifft nicht die cleveren Anspruchsdener. Die finden Wege. Es trifft die auf der anderen Seite des Zauns, die im Dunkeln. Schande über diese Politik.*

URSULA NEUMANN

Wenn ich mir die Situation jetzt – 8 Wochen nach Inkrafttreten des Gesetzes – so richtig betrachte, scheine ich schrecklich unmodern zu sein, denn bisher verstehe ich nicht, was an dem Gesetz modern sein soll:

Da wird von größerer Eigenverantwortlichkeit der Krankenkassenmitglieder gesprochen – wie schön! Dazu sind wir alle gerne bereit, wenn dadurch die Not leidende Wirtschaft endlich wieder in Gang kommt! Aber in mir verstärkt sich der Verdacht, dass es vorrangig darum geht, wie die «Kunden» (sprich: Kassenmitglieder) besser zur Kasse gebeten werden können. Schon bin ich nicht mehr so begeistert. Aber in einer Solidargemeinschaft müssen eben alle bluten. Stimmt das? Müssen wirklich alle gleichermaßen bluten? Sehen wir uns die Sache genauer an.

Eine generelle Befreiung von der Zuzahlung gibt es künftig nicht



Elisabeth Noeske

mehr. Haben wir in Deutschland inzwischen nur noch Menschen, die eine Zuzahlung ohne weiteres verkraften können?

Ach so: die Zuzahlung wird ja auf 2% des Jahresbruttoeinkommens der Kassenmitglieder beschränkt. Und Menschen mit einer chronischen Krankheit müssen doch «nur» 1% bezahlen.

Aber wer sind denn die Menschen, die als chronisch krank anerkannt werden? Zwar gibt es dazu seit dem 27.01. eine Verordnung des «Gemeinsamen Bundesausschusses». Aber irgendwie scheinen die Krankenkassen nicht so recht zu glauben, dass damit das Verwirrspiel zu Ende ist. So warten sie weiterhin auf Durchführungsbestimmungen ihrer «Oberen», und inzwischen dürfen die Kunden eben zuzahlen, wenn es sein muss, bis zu 2% ihres Jahresbruttoeinkommens – sie können ja gegebenenfalls einen Antrag auf Rückerstattung stellen (endlich wiehert mal wieder der Amtsschimmel).

Dass ältere Menschen und sozial Schwache selbst von «geringfügigen» Selbstbeteiligungen am stärksten betroffen sind, belegt eindrücklich eine große Studie aus der kanadischen Provinz Québec: Nach der Einführung von Zuzahlungen im Jahr 1996 sank die Einnahme essenzieller Arzneimittel bei älteren Menschen um 9,12 und bei SozialhilfeempfängerInnen um 14,42 Prozent... Im Beobachtungszeitraum verdoppelte sich die Häufigkeit von Zwischenfällen, die mit der verminderten Einnahme im Zusammenhang standen bei den älteren PatientInnen... Die Zahl notärztlicher Akutbehandlungen auf Grund ausbleibender Versorgung mit notwendigen Medikamenten erhöhte sich dabei von 8,5 auf 19,9 pro 10.000 Personen-Monate bei älteren Menschen und bei Sozialhilfeempfängern von 69,6 auf 123,8.

Ulrich Laase, Jens Holst: *Unsozial, diskriminierend und ineffektiv. Zuzahlungen im Gesundheitswesen haben nicht die von Politikern erhoffte oder vorgegaukelte Wirkung, Frankfurter Rundschau 07.01.04. Der Text ist abrufbar unter: [www.vfb.net/news/messages/205.htm](http://www.vfb.net/news/messages/205.htm)*



Über die Zuzahlung hinaus geht es aber erst so richtig los mit der Eigenverantwortlichkeit! Sind Sie z. B. sehbehindert? Dann dürfen Sie als eigenverantwortlicher Mensch künftig die Kosten für Ihre Brille selbst übernehmen. Vorteil: Wer sich keine Brille mehr leisten kann, braucht schon nicht den ganzen Modernisierungsschrott zu lesen.

Aber der Volksbeglückungen gibt es noch viel mehr. Brauchen Sie z. B.

- zur Eindämmung Ihrer Dermatitis regelmäßig Fettsalben,
- wegen Bettlägerigkeit regelmäßig Salben, Puder, Verbandsmaterial, damit Sie nicht (noch mehr) wund liegen,
- infolge Querschnittslähmung regelmäßig Medikamente, die Ihnen zum Stuhlgang verhelfen,
- wegen chronischer Bronchitis regelmäßig schleimlösende Mittel?

Für all dies und noch viel mehr ist Ihre Eigenverantwortlichkeit gefragt – die Krankenversicherungen sind nicht mehr zuständig. – Müssen Sie regelmäßig zum Arzt, der viele Kilometer weit entfernt praktiziert, und benötigen ein Taxi oder gar einen Krankenwagen, weil Sie nicht an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen sind, als Sozialhilfeempfänger kein Auto haben dürfen, vielleicht nicht (mehr) fahren können, niemanden haben, der sie fährt? Auch das fällt in aller Regel unter die Rubrik «Eigenverantwortung». Besonders beglückt über all diese Regelungen werden Obdachlose sein, die ihre Sozialhilfe immer nur für einen Tag erhalten (pro Tag 9 €).

Eine Politik, die Gesundheit und Altersvorsorge aus ökonomischen Gründen zu einem großen Teil zu einer Angelegenheit eines jeden Einzelnen macht, ohne allen die dafür notwendigen Ressourcen bereitzustellen, handelt zutiefst verantwortungslos. Sie verrät nicht nur die Idee des Sozialstaats an die Ökonomie und riskiert die Aufspaltung der Gesellschaft in Profiteure und Verlierer, sondern zerstört auch die Basis für eine aus freien Stücken gelebte Eigenverantwortung, die die Verantwortung für andere einschließt.

*(Joachim Weiner, Eigenverantwortung – Leitbilder des reformierten Wohlfahrtsstaates. Deutschlandfunk 08.02.04, audio abrufbar: [www.dradio.de/dlf/sendungen/kultursonntag/234016/](http://www.dradio.de/dlf/sendungen/kultursonntag/234016/))*

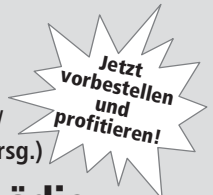
Sollten Sie glauben, in solchen Situationen könnte das Sozialamt weiterhelfen – weit gefehlt. Die bisherige sog. «Auffangfunktion» der Sozialhilfe wird abgeschafft. Es soll sich keiner mehr auf Kosten der Allgemeinheit einen schlaunen Lenz machen.

Ab 2005 wird es erst richtig lustig. Dann werden Sie eigenverantwortlich auch für Zahnersatz voll aufkommen dürfen. Wer nichts mehr zu beißen hat, braucht auch keine Zähne mehr.

Waaas – und Sie wollen immer noch nicht modern sein, noch nicht modernisiert werden?

ELISABETH NOESKE

# BuchTipps



Andreas Kruse / Mike Martin (Hrsg.)

## Enzyklopädie der Gerontologie

Erscheint ca. Juli 2004

2004. Etwa 750 S., Gb  
etwa € 109.00 / CHF 174.00  
(ISBN 3-456-83108-0)

Die Gerontologie ist notwendigerweise ein multidisziplinäres Fachgebiet. Seine gesellschaftliche Aktualität nimmt ständig zu. Die Enzyklopädie gibt einen Überblick über die wichtigsten gerontologischen Theorien, Methoden und Befunde. Zugleich greift sie aktuelle gesellschaftliche, kulturelle und politische Fragestellungen auf. Damit besitzt sie eine hohe theoretische und praktische Relevanz.

**Vorbestellpreis bis 4 Wochen nach Erscheinen:  
etwa € 89.95 / CHF 147.00**

Peter Bäurle et al.

## Spiritualität und Kreativität in der Psychotherapie mit älteren Menschen

2004. Etwa 250 S., mit 4-farb. Abb., Kt  
etwa € 29.95 / CHF 52.50 (ISBN 3-456-84095-0)

Wer immer ältere Menschen im Rahmen seiner Berufstätigkeit begleitet, wird sich mit Problemen der Sinnfindung konfrontiert sehen. Das Buch beschreibt spirituelle und therapeutische Zugänge verschiedener religiöser und psychotherapeutischer Richtungen und verdeutlicht die Aufgaben der Therapeuten und Betreuer.

<http://Verlag.HansHuber.com>



Verlag Hans Huber  
Bern Göttingen Toronto Seattle

# DAS FINDEN WIR GUT

## Friedensarbeit in Palästina

55 Jahre ist sie alt, so alt wie der Staat Israel – und wie die Katastrophe der Palästinenser. Sie ist promovierte Biologin, studierte in Hamburg, zurzeit hat sie eine Gastprofessur an der Uni Augsburg: Sumaya Farhat-Naser, eine Palästinenserin.

Seit vielen Jahren macht sie Friedensarbeit, bis 2001 zusammen mit israelischen Frauen, dann blieb ihr nur noch ein Bewegungsradius von wenigen Kilometern, ein Leben im Ghetto; die Mauer wächst, überall riesige Eisentore, Straßensperren. Ein israelisches Straßennetz in ihrem eigenen Land, das Palästinenser nicht benutzen, nicht einmal überqueren dürfen, schnürt ihr Dorf, die Olivenfelder ab. Der Alltag ist unvorstellbar schrecklich in dem kleinen Ort mit einer Universität, die ums Überleben kämpft: Die meisten Studenten können ihre Uni nicht erreichen, haben kein Geld für Studiengebühren; die Dozenten bleiben unter widrigen Bedingungen fern von ihren Familien, um den Lehrbetrieb notdürftig sicherzustellen. Alle kämpfen sie um ihre Existenz, bergen Verwundete, begraben Tote. Es gibt kaum Medikamente, das nächste Krankenhaus ist wegen der Straßensperren nicht erreichbar, Babys werden auf der Straße geboren, viele sterben. Das größte Problem ist die Gewalt, auch untereinander, in den Familien, denn es ist ein Leben auf engstem Raum, unter Pressionen, in Angst vor willkürlichen Übergriffen, vor Sonnenuntergang versteckt man sich zu Hause. Es gibt keine Spielplätze, keine Lokale, wo man sich treffen, kommunizieren kann. Nachts ernten sie heimlich ihre Oliven. Das Öl können sie nicht verkaufen, verkochen es zu Seife, mit der sie sich beschenken. Mehr als die Hälfte der Menschen hat keine Arbeit. Die Männer trifft es am schlimmsten, in einer patriarchalischen Struktur sind sie schwach, haben nichts mehr zu geben.

«Um mich aus dieser Situation der Ohnmacht und Verzweiflung zu retten, schrieb ich mein Buch *Verwurzelt im Land der Olivenbäume*. Das Buchschreiben war eine Therapie, ich erkannte, ich musste die Arbeit weiterführen mit der Jugend als Zielgruppe, auf sie würde die Gestaltung der Zukunft zukommen.» So baute sie ihr eigenes Projekt auf,

arbeitet mit jungen Menschen in ihrem Dorf, hält Seminare im Ausland zu Themen wie:

- Gewaltfreie Kommunikation und Dialogfähigkeit
- Persönlichkeitsentwicklung, Selbstvertrauen, Selbstbildung
- Konfliktmanagement: Umgang mit Wut, Zorn, Angst, Demütigung, Folter, Trauer
- Umgang mit Gewalt, die uns zugefügt wird, und mit Gewalt, die wir anderen zufügen
- Fragen der Zivilgesellschaft, Menschenrechte, Demokratie
- Soziale Kompetenz und politische Bildung
- Umgang mit der deutsch-jüdischen Geschichte als Palästinenser und der Bezug zur eigenen Geschichte: Abgrenzung, Annäherung, Verständigung und Versöhnung

«Es ist soweit gekommen, dass wir das Unmögliche, das Schreckliche als normal hinnehmen müssen, sonst brechen wir zusammen», sagte ihr ein palästinensischer Taxifahrer aus Jerusalem, der sie nicht fahren durfte. Sie will das nicht akzeptieren: «Ich *musste handeln, um die Gefühle von Ohnmacht und Trauer zu durchbrechen.*» Woher sie die Kraft dazu nehme, wurde sie gefragt. Oft sei auch sie müde und schwach, meinte sie, das sei normal in einer so extremen Situation, das müsse man sich auch zugestehen. Es helfe ihr dann zu wissen, dass es andere gebe, die gerade nicht müde seien und weitermachen.

Für die Fortführung ihres Projekts braucht sie 34.000 Euro, dann bekommt sie weitere 50.000 Euro von der Robert-Bosch-Stiftung. Wer ihr helfen will und eine Spendenquittung braucht:

**Berliner Missionswerk,  
Projekt Nr. 4613,  
Evangelische Darlehensgenossenschaft  
Kiel, BLZ 100602 37,  
Kto-Nr.: 777820**



Sumaya Farhat-Naser

**Wer ihr ganz direkt helfen will:  
Sumaya Naser,  
Deutsche Bank, Köln,  
BLZ: 370 700 24,  
Kto-Nr.: 213 59 45 69,  
Stichwort: SFN – Bildung und Friedensarbeit**

Die Bücher von Sumaya Farhat-Naser (siehe S. 31) helfen, einen zentralen Konflikt unserer Welt in seiner ganzen Dimension zu verstehen. Man muss sie haben, lesen, weitergeben!

URSULA STAHLBUSCH

**Bitte denken Sie daran,  
uns den Fragebogen von  
Heft 1/04 S. 37f.  
zu schicken!  
Ihre Meinung ist wichtig  
für uns!**



## FÜR UNS GELESEN

**PUTZ, WOLFGANG;  
STELDINGER, BEATE:**  
**Patientenrechte am Ende  
des Lebens – Vorsorgevollmacht,  
Patientenverfügung, selbstbe-  
stimmtes Sterben**

Kein Juristenbuch, obwohl von zwei solchen geschrieben, schildert es die historische Entwicklung von der *Ars moriendi* der Alten bis heute: Für Hippokrates war es die schwerste Aufgabe des Arztes, die Unheilbarkeit zu erkennen, «*im Unheilbaren aber muss er sich auskennen, damit er nicht nutzlos quäle*». Mit der Transplantationsmedizin löste der Hirntod den Herztod ab. Die Erfindung der Magensonde (PEG) veränderte 1984 die Welt und den deutschen Pflegealltag: Mehr als 100.000 Menschen kommen jedes Jahr neu und für den Rest ihres Lebens an die PEG, mit 200.000–500.000 PEG-Menschen rechnen die Autoren insgesamt in der BRD.

Erschütternde Menschengeschichten – so Gustava Everding, Gründerin der Hospiz-Akademie in München, in ihrem Vorwort – zeigen eindringlich die Notwendigkeit vorzusorgen, nicht nur für alte Menschen. Die Rechtslage wird ausführlich erläutert, Urteile werden zitiert, Vorsorge-Vorschläge (Bayer. Justizministerium) machen das Buch zu einem wertvollen Helfer.

URSULA STAHLBUSCH

PUTZ, WOLFGANG; STELDINGER, BEATE (2003): *Patientenrechte am Ende des Lebens – Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, selbstbestimmtes Sterben*, DTV, ISBN 2-423-05696-7, 10,50 €

**ANKERMANN, ERNST:**  
**Sterben zulassen.  
Selbstbestimmung und  
ärztliche Hilfe am Ende  
des Lebens**

Frisch aus der Presse (2004): Der ehemalige Richter am Bundesgerichtshof in Karlsruhe, Schwerpunkt Arzthaftung engagiert sich energisch für das Recht auf den eigenen Tod. Die

Menschenwürde verbiete es, den Menschen zum Objekt ärztlichen Aktionismus zu machen, auch das Bundesverfassungsgericht verlange, dass Sterben zugelassen werden müsse. Wenn nicht, sei das eine unzulässige Manipulation des Kranken und Sterbenden durch den Arzt, Nötigung und Körperverletzung. Dies sei zwar «im Grundsatz nicht strittig», ein Verstoß habe aber nur dann rechtliche Konsequenzen, wenn es einen Kläger gebe. Auch er plädiert deshalb dringend für eine Patientenverfügung in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht, die allein (noch) die Einschaltung des Vormundschaftsgerichts ausschließe. Kritisch sieht er auch die Grundsätze der Bundesärztekammer als «reine Lyrik», sie ließen dem Arzt zu viel Spielraum für Missachtung des Patientenwillens und seien eine ernsthafte Bedrohung des Selbstbestimmungsrechts. Maßnahmen zur Durchsetzung des Patientenwillens, z. B. Strafanzeige o. Ä. seien wenig Erfolg versprechend, man müsse den Sachverhalt immer wieder öffentlich ansprechen, um einen Konsens zu erreichen.

In der aktuellen unbefriedigenden Rechtslage komme dem Inhalt der Patientenverfügung große Bedeutung zu, wichtig sei, sie nicht auf den unmittelbaren Sterbeprozess zu begrenzen. Wann will man Behandlungsverzicht/-Abbruch, was soll bei Koma oder Demenz geschehen? Er bringt einen eigenen Vorschlag für eine «arztfeste» Patientenverfügung und Vollmacht.

Weil Patientenverfügungen heute häufig nicht befolgt würden, gebe es erste Ansätze des Nachdenkens über gesetzliche Regelungen in Richtung auf Verbindlichkeit, auf straf- und standesrechtliche Sanktionen bei Nichtbeachtung (wie z. B. in Österreich); Verfügungen sollten zwingend den Krankenakten beigefügt oder auch bei einer unabhängigen zentralen Stelle registriert und für den Arzt abrufbar gemacht werden.

Auch Aspekte der aktiven Sterbehilfe und deren Regelung in anderen Staaten, die Notwendigkeit einer suffizienten umfassenden Palliativmedizin und palliative-care-teams werden erläutert.

Sein Credo am Schluss: Jeder stirbt seinen eigenen Tod, wie er sein eigenes Leben gelebt

hat. Ob und wie wir den Ausgang unseres Lebens bestimmen können, liegt nur begrenzt in unserer Hand. Doch diese beschränkte Autonomie sollte bis zum Ende gewahrt und respektiert werden.

URSULA STAHLBUSCH

ANKERMANN, ERNST (2004); *Sterben zulassen – Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens*, Reinhardt-Verlag, ISBN 3-407-01693-4, 14,90 €

**OPASCHOWSKI, HORST W.:**  
**Der Generationenpakt**

Der «Generationenvertrag traditioneller Prägung», also die gesetzlich festgelegte Überinkunft, nach der die mittlere Generation für die Jüngeren und Älteren sorgt und dafür selbst im Alter Versorgung erwarten darf, ist erschüttert, seitdem die Bevölkerungspyramide auf dem Kopf steht. Mit unserem bisherigen Verständnis vom Sozialstaat kommen wir nicht weiter. 1996 war das «Unwort des Jahres» «Rentnerschwemme», aber heute – so Opaschowski – kündige sich eine Renaissance der alten Werte an. Diese «Revolution auf leisen Sohlen» lässt sich zusammenfassen:

- Der Ruhestand wird durch die *nachberufliche Lebensphase* abgelöst.
- Dieser noch nie da gewesene Lebensabschnitt verlangt nach Leitbildern.
- Alle gesellschaftlichen Kräfte müssen sich über eine Neudefinition des Begriffs «Arbeit» verständigen und den Stellenwert von Familien-, Gemeinschafts- und Gesellschaftsarbeit heben.
- Die 50plus-Generation wird für *Mentoren- und Patenschaftsarbeiten* dringend gebraucht.
- Die 50plus-Generation stellt künftig die größte Zahl Ehrenamtlicher. Dadurch trägt sie zu einem Konsens der Generationen bei.
- Neben der materiellen wird die mentale und soziale Altersvorsorge immer wichtiger.
- Die Generationen der nachberuflichen Lebensphase stellen nicht nur die am stärk-

ten wachsende Bevölkerungsgruppe, sondern auch das größte Kundenpotential dar.

Ein Buch, das partiell Widerspruch provoziert, vor allem aber die Fantasie anregt, was im – eigenen – Alter zu tun ist und wie man alten Menschen – auch – als Patienten, begegnen kann.

JOHANNES NEUMANN

HORST W. OPASCHOWSKI (2004): *Der Generationenpakt*, Primus-Verlag, ISBN 3-89678-487-0, 19,90 €

### MÖLLER, PETER-ALEXANDER (HG): Die Kunst des Alterns

Die 22 Beiträge dieses Tagungsbandes sind von äußerst unterschiedlicher Qualität. Die meisten machen von verschiedenen Aspekten her Front gegen die Deutung, Altern sei eine Krankheit, der mit medizinischen Mitteln zu begegnen ist. Tatsächlich sind Altern und Alter nicht nur eine Frage der Jahre, sondern der gesellschaftlichen Zuschreibung. R. M. Schütz arbeitet das in seinem Beitrag ebenso heraus wie die Panikmache der Pharmaindustrie, die Altern therapiepflichtig machen will. – Die Biologin S. Graumann kommt angesichts der Ergebnisse der Gentherapie und Stammzellenforschung zu dem Schluss, dass die bisherigen Konzepte als überholt betrachtet werden müssen. Eine wissenschaftstheoretische Reflexion von Erfolgs- und Misserfolgsaussichten könnte zur Entspannung der polarisierten ethischen Diskussion beitragen. – Dem Sinn der biologischen Zerstörungen im Alter – und ihrer Bedeutung für die Pflegekultur – versucht J. R. E. Bohl näher zu kommen. Er fürchtet, die Neigung zur Selbstzerstörung werde den «goldenen (weil Kosten sparenden) Weg der aktiven Sterbehilfe» zur Regel werden lassen. – K.-H. Wehkamp geht der entgegengesetzten Frage nach, wie das «richtige Maß» therapeutischer Intensität zu bestimmen sei und inwiefern das Alterskriterium bei Therapieverzicht eine Rolle spielen dürfe. – R. Gronemeyer meint, dass «die» Gesellschaft die Alten nur als Konsumenten akzeptiere: «Während die Ärmern zu unnützen Pillenschluckern degradiert werden, ernährt sich der medizinisch-pharmazeutische Komplex von lebensgierigen reichen Greisen.»

MÖLLER, PETER-ALEXANDER (HG): *Die Kunst des Alterns. Medizinethische Diskurse über den Alterungsprozess in exogener Einflussnahme (Medizinische Ethik im 21. Jahrhundert. Zur Anthropotechnik der Mensch-*

*lichkeit*, Band 2), Peter Lang, Frankfurt u. a., 2001, 49,90 €

### FARHAT-NASER, SUMAYA Thymian und Steine, eine palästinensische Lebensgeschichte

Ihre Lebensgeschichte spiegelt die lange leidvolle Geschichte zweier Völker. Im Umfeld ständiger vitaler Bedrohung, voll Hass und Demütigungen findet sie ihren Weg in die Friedensarbeit, schaffte es, mit israelischen Frauen zusammenzuarbeiten trotz des Leids und des Unrechts, das ihr Volk von Israel erfährt. Erschütternd ist ihr Bericht, wie ihr 15-jähriger Sohn auf dem Schulweg mutwillig angeschossen und schwer verletzt verhöhnt und gequält wurde, statt medizinisch versorgt zu werden. Später hat man ihn verhaftet und gefoltert.

Ein Schweizer Nahost-Experte schildert in einem historischen Abriss, wie mit den Kriegen von 1948, 1967 und später Hunderttausende Palästinenser flüchten mussten, wie ihnen bis heute die Rückkehr verwehrt ist (an der Rückkehr-Frage scheiterten die jahrelangen Friedensverhandlungen). Eine israelische Friedensfrau beschreibt 1990 ihre «Entdeckung des Palästinenser-Problems», sie habe sich wie viele als Opfer der Geschichte erlebt und erst mit der ersten Intifada, dem spontanen «Verzweiflungsaufstand», nach mehr als 20 Jahren der Okku-

pation den Krieg jenseits der Grenze wahrgenommen. Den Übergang vom Opfer zum Täter habe ihr Volk nicht bewusst vollzogen. Auch sie will helfen, diese Realität allen sichtbar zu machen.

URSULA STAHLBUSCH

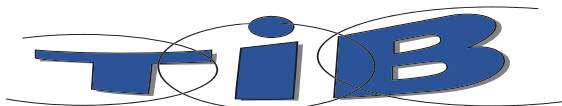
FARHAT-NASER, SUMAYA: *Thymian und Steine*, 1995/2002, Lenos Verlag; ISBN 3-85787 657-3, 9,95 €

### FARHAT-NASER, SUMAYA Verwurzelt im Land der Oliverbäume

Die aktuelle Situation ist noch schlimmer: die Friedensarbeit mit israelischen Frauen ist zum Erliegen gekommen, das israelische Straßennetz macht jedes Dorf zum Gefängnis. Menschenrechtsverletzungen, Tote und Verletzte sind Alltag, die Versorgung mit allem Lebensnotwendigen ist katastrophal. Und trotzdem geht die Autorin mutig ihren Weg weiter in der Hoffnung, dass die Welt die Not sieht und ihre Botschaft aufnimmt, in der Hoffnung auf Versöhnung. Auch wir sollten wenigstens hinschauen – und spenden (siehe S. 29).

URSULA STAHLBUSCH

FARHAT-NASER, SUMAYA: *Verwurzelt im Land der Olivenbäume*, 2002, Lenos-Verlag, ISBN 385787 326 4, 19,90 €



TIEFENPSYCHOLOGISCHES INSTITUT BADEN e.V.

#### **Postgraduierten-Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin/zum Psychologischen Psychotherapeuten in tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie**

##### **Anmeldung und Info-Material:**

Geschäftsstelle des TIB - Klinik Bad Herrenalb  
Kurpromenade 42, 76332 Bad Herrenalb

Tel.: 07083-509243 Fax: 07083-509242 E-mail: [info@ti-b.de](mailto:info@ti-b.de) Homepage: [www.ti-b.de](http://www.ti-b.de)

##### **Info-Veranstaltungen zur Ausbildung:**

Stuttgart - 13.03.04 (14.30-16.30 h) Praxis M. Gräfe, Gymnasiumstr. 31 b  
Heidelberg - 03.04.04 (10.00-12.00 h) Praxis Jakob/Kreuzburg, Rohrbacherstr. 87  
**SEMESTERBEGINN: 7. – 9. MAI 2004**



# DIENSTLEISTUNGEN

## Versicherungen

### 1. GMG 2004: Wie umgehen mit den Leistungseinschnitten?

Erneut hat der Gesetzgeber auf die finanziellen Engpässe im Gesundheitswesen bzw. bei den gesetzlichen Krankenversicherungen mit Leistungseinschränkungen und der Ausweitung von Eigenbeteiligungen reagiert.

Zu rechnen ist damit, dass im Laufe der nächsten zwei Jahre die gesetzlichen als auch die privaten Krankenversicherungen Zusatztarife unterschiedlichster Zusammensetzung herausbringen werden. Man wird wählen können zwischen ambulanten Zusatzversicherungen unterschiedlichsten Umfangs, Zahnzusatzversicherungen, Kombinationen aus beiden oder auch zusätzlich mit der privatärztlichen Behandlung im Krankenhaus einschließlich der Unterbringung im Einbett- oder Zweibettzimmer. Vieles davon gibt es bereits in ähnlicher Form heute. Es zeichnet sich ab, dass manche gesetzlichen Krankenversicherungen dabei mit privaten Versicherungen kooperieren werden: Die Zusatztarife der privaten Versicherungen werden hierbei mit einem Rabatt angeboten, solange man Mitglied der betreffenden kooperierenden gesetzlichen Krankenversicherung ist.

Wie kann man nun auf die neuen Einschnitte reagieren, welche Zusatzversicherungen sind sinnvoll und welche weniger? Die Notwendigkeit ambulanter Zusatzversicherungen möchten wir angesichts begrenzter und überschaubarer maximaler Belastungs- und Erstattungssummen mal in Frage stellen. Sinnvoller sind sicherlich ab 2005 Zusatztarife im Bereich Zahnersatz. Hier heißt es allerdings zunächst noch abzuwarten, was der Markt bieten wird. Und immer schon stellte sich die Frage, ob man angesichts des Trends zur Zwei-Klassen-Medizin im Krankenhaus nicht lieber Privatpatient sein möchte und einen entsprechenden Zusatztarif abschließt.

### 2. Besteuerung der Altersversorgung: Noch rasch handeln, bevor die Neuregelung kommt?

Angesichts der demografischen Situation mit starken Rentnerjahrgängen wird es wohl unabhängig von der parteipolitischen Konstellation dazu kommen, dass die Beiträge zur Altersvorsorge steuerlich je nach Geburtsjahrgang ganz oder teilweise entlastet werden und im Gegenzug die Renten je nach Rentnerjahrgang ganz oder teilweise (nachgelagert) zu versteuern sind. Steuerlich bevorzugt sollen zukünftig nur noch Rentenversicherungen ohne die Möglichkeiten einer einmaligen Auszahlung sein.

Die geplanten Änderungen sollen für alle Rentenversicherungen

gelten, die ab dem 01.01.2005 abgeschlossen werden. Kapitalversicherungen, die vor diesem Termin abgeschlossen werden, genießen Vertrauensschutz und fallen noch unter die bisherigen steuerlichen Regelungen. Der wesentlichste Unterschied zwischen der alten und der geplanten neuen Regelung liegt darin, dass nach den bisher gültigen steuerlichen Regeln später auch die steuerfreie einmalige Auszahlung (statt der lebenslangen Rente) wählbar ist. Wer insbesondere auf diesen Aspekt Wert legt, sollte noch im Jahr 2004 eine Rentenversicherung nach altem Recht abschließen. Ein vergünstigtes attraktives Angebot zur Rentenversicherung steht Ihnen mit unserem bvvp-Gruppenvertrag zur Verfügung.

HARTMUT SCHEELE

AVB VERSICHERUNGS- UND FINANZDIENSTLEISTER DES BVVP

## Sonstiges

### Neues im Internet ([www.bvvp.de](http://www.bvvp.de), Rubrik Dienstleistungen)

**Geld sparen:** Über ein Internet-Reiseportal lassen sich die Preise von verschiedenen Anbietern vergleichen und Reisen gleich online buchen. Als Festnetzkunde der deutschen Telekom können Sie eine Rückvergütung von 25% erhalten.

### Einkauf von Büromaterial bei Viking Direkt

Bei dem Viking Direkt Büroversandhandel erhalten unsere Mitglieder attraktive Sonderkonditionen. Sie können aus mehr als 10.000 Artikeln auswählen, es gibt keinen Mindestbestellwert und einen 24-Stunden-Lieferservice bei Eingang der Bestellung bis 17:00 Uhr. Die Sonderkonditionen bestehen in der fracht- und versicherungsfreien Zustellung, unabhängig vom Bestellwert, der Berechnung des jeweils günstigsten Katalogpreises bei gleicher Bestellmenge (unabhängig aus welchem Katalog bestellt wird) und der 30-Tage-Zahlungsfrist rein netto oder 10 Tage mit 3% Skonto.

Bei Interesse geben Sie uns bitte Ihren Namen und Ihre Adresse durch, sollten Sie bereits Kunde von Viking Direkt sein, nennen Sie bitte Ihre Kundennummer. Nur auf diesem Wege können Sie von den exklusiven Sonderkonditionen profitieren.

Alle Anfragen an:

**bvvp-Dienstleistungen**

c/o Manfred Falke, Triftstr. 33, 21255 Tostedt

Tel. 04182/21703, Fax 04182/22927,

E-Mail [vpnds@bvvp.de](mailto:vpnds@bvvp.de)



# NEUERSCHEINUNGEN

## UND BÜCHER ZUM SCHWERPUNKT

### Argument

**Arbeit und Gesundheit.** (*Jahrbuch für kritische Medizin Bd 39*). ISBN: 3886198189. 15.50 €

**Kritische Psychologie und Psychoanalyse.** Historisch-subjektwissenschaftliche Analyse zum Geschlechterverhältnis. AUMANN, G. (*Reihe Psychologie 9*). ISBN: 388619731X. 17.90 €

### Asanger

**Annahmen über den Menschen.** Menschenbilder aus psychologischer, biologischer, religiöser und interkultureller Sicht. Texte und Kommentare zur Psychologischen Anthropologie. FAHRENBERG, J. ISBN: 3893344160. 34.50 €

**Ellen West.** Eine Patientin Ludwig Binswangers zwischen Kreativität und destruktivem Leiden. Neue Forschungsergebnisse. WEST, E. HIRSCHMÜLLER, A. ISBN: 3893344020. 25.00 €

**Glück und Unglück.** Glücks- und Unglückserlebnisse aus interaktionistischer Sicht. WALDEN, R. ISBN: 389334408X. 29.50 €

**Humor in Therapie und Beratung.** HEHL, F. ISBN: 3893344187. 34.50 €

**Ist die Burnout-Forschung ausgebrannt?.** Analyse und Kritik der internationalen Burnout-Forschung. RÖSING, I. ISBN: 3893344098. 29.00 €

**Qualitätsmanagement.** Konzepte und ihre Anwendung in psychosozialen Beratungsstellen. BÖCKELMANN, C. ISBN: 3893344152. 29.00 €

**Sexuell übertragbare Krankheiten.** Ein Lesebuch für die Beratungspraxis. SPI FORSCHUNG gGmbH. ISBN: 3893344144. 26.50 €

**Systemische Suchttherapie.** Entstehung und Behandlung von Sucht und Abhängigkeit im sozialen Kontext. MOLTER, H.; OSTERHOLD, G. ISBN: 3893343997. 29.00 €

**Vom Lampenfieber zur Vorfreude.** Sicher und souverän auftreten. IRMTRAUD, T. ISBN: 3893344209. 14.90 €

**Von der Avantgarde zur Fachfrau.** Identitätskonstruktionen feministischer Therapeutinnen. FREYTAG, G. ISBN: 3893344047. 24.00 €

### Beltz

**Beratung und Kurztherapie.** Mit Kognitiver Verhaltenstherapie. WINIARSKI, R. ISBN: 3621275479. 29.90 €

**Expositionen bei Ängsten und Zwängen.** Praxishandbuch. HOFFMANN, N.; HOFMANN, B. ISBN: 3621275355. 32.90 €

**Manisch-depressive Störungen.** Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. MEYER, T.; HAUTZINGER, M. (*Materialien für die klinische Praxis*). ISBN: 3621275517. 44.90 €

**Partnerschaft zwischen Anspruch und Wirklichkeit.** WUNDERER, E. (*Psychologie – Forschung – aktuell 15*). ISBN: 3621275533. 64.90 €

**Therapie und Beratung von Migranten.** Systemisch-interkulturell denken und handeln. RADICE VON WOGAU, J.; EIMMERMACHER, H.; LANFRANCHI, A. ISBN: 3621275428. 34.90 €

### Brandes & Apsel

**Binationale Paare im Alter.** Ein Ratgeber. MASSINGUE, E. IAF VERBAND BINATIONALER FAMILIEN U. PARTNERSCHAFTEN. ISBN: 3860997890. 12.90 €

**Das mißhandelte Kind.** Ein psychoanalytisches Konzept zur integrierten Behandlung von Kindern und Jugendlichen. COHEN, Y. DREWS, S. (*Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen 6*). ISBN: 3860997920. 29.00 €

**Paare in der Krise.** Paardiagnostik mit der Konzentrierten Beziehungsdokumentation. BÖTTGER, B. (*Wissen & Praxis 119*). ISBN: 3860993194. 27.90 €

**Sexualitäten in der Psychoanalyse.** Entwicklungstheorie und psychotherapeutische Praxis. BRAUN, C.; OTSCHERET, L. (*Wissen & Praxis 121*). ISBN: 3860993216. 19.90 €

### Carl-Auer-Systeme

**Aufstellungsarbeit in sozialen und pädagogischen Berufsfeldern.** Die andere Art des Helfens. KNORR, M. ISBN: 3896704370. 24.90 €

**Das Aha! – Handbuch der Aphorismen und Sprüche für Therapie, Beratung und Hängematte.** TRENKLE, B. ISBN: 3896704419. 14.90 €

**Das andere Sagen.** Ein Kurs für Sprechgestörte und ihre Helfer. HELLINGER, B. ISBN: 3896704338. 19.90 €

**Gemeinsam sind wir blöd!?** Die Intelligenz von Unternehmen, Managern und Märkten. SIMON, F. ISBN: 3896704362. 34.90 €

**Keine Angst vor Veränderungen!.** Change-Prozesse erfolgreich bewältigen. HEINZE, R. ISBN: 3896704354. 29.90 €

**Mit den Augen eines Tigers 2.** Tiefenentspannung nach Milton H. Erickson. BÖCKMANN, M. ISBN: 3896702491. 15.50 €

**Organisation und Beratung.** Systemtheoretische Perspektiven für die Praxis. WIMMER, R. ISBN: 3896702963. 34.90 €

**Systemische Konzepte für die Musiktherapie.** Spielend lösen. ZEUCH, A.; HÄNSEL, M.; JUNGABERLE, H. ISBN: 3896704389. 24.90 €

**Twin Star – Lösungen vom anderen Stern.** Zufriedenheit am Arbeitsplatz als Zwilling des Erfolgs. FURMAN, B.; AHOLA, T. ISBN: 3896704400. 14.90 €

**unbestimmt bestimmt.** Soziale Beratung als Praxis des Nichtwissens. RONNY, L. ISBN: 3896703293. 19.90 €

### Deutscher Psychologen Verlag

**Alkohol genießen mit System.** Praktische Hilfe zur Stärkung von Selbstkontrolle Steigerung der Lebensqualität MPU-Vorbereitung nach Führerscheinverlust. WIRZBA, E. ISBN: 3931589609. 7.00 €

**Berufliche Belastungen und berufliche Reintegration – Herausforderung für die Reha-Psychologie.** Beiträge zur 21. Jahrestagung des Arbeitskreises Klinische Psychologie in der Rehabilitation 2002. ARBEITSKREIS KLINISCHE PSYCHOLOGIE. ISBN: 3931589617.

**Die Krebsreise.** Kleiner Reisebegleiter für krebskranke Menschen. STEINWORTH, M. ISBN: 3931589633. 20.00 €

**Psychoonkologie in freier Praxis.** Psychotherapeutische Langzeitbegleitung von krebskranken Menschen. STEINWORTH, M. ISBN: 3931589595. 32.00 €

**Rudi und Lena im Teddybär-Krankenhaus.** ISBN: 3931589625. 14.00 €

### dgvt-Verlag

**Bindungsorientierte Verhaltenstherapie.** Behandlungswiderstand bei Kindern und Jugendlichen. IMMISCH, P. (*KJL – Psychologie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter*). ISBN: 3871599034. 14.80 €

**Gelsenkirchener Entwicklungsbegleiter.** BEYER, A.; FASTABEND, S.; LIEBERS, E.; PER, G.; SCHILLING, M.; SUKOWSKI, P.; WIEPELSIEP, A.; WEISS, H. (*Materialien*). ISBN: 3871593567. 3.00 €

**Gendertherapie statt Psychotherapie?.** Kein Abschied vom Sozialen. SCHOLTEN, B. ISBN: 3871590460. 14.80 €

**Gruppentherapie zur Abstinenz- und Motivationsstärkung bei Opiat-Abhängigen Patienten (GAMO).** FRANKE, P.; SCHILDBERG, F. ISBN: 3871593575. 14.80 €

**Nonverbale Prozesse in der Psychotherapie.** HERMER, M.; KLINZING, H. ISBN: 3871590479. 28.00 €

### Hogrefe

**Interventionen bei Lernstörungen.** Förderung, Training und Therapie in der Praxis. LAUTH, G.; GRÜNKE, M.; BRUNSTEIN, J. ISBN: 3801716554. 39.95 €

**Klärungsprozesse in der Psychotherapie.** SACHSE, R.; TAKENS, R. ISBN: 3801718026. 34.95 €

**Kognitive Therapie bei Störungen der Exekutivfunktionen.** Ein Therapiemanual. MÜLLER, S.; HILDEBRANDT, H.; MÜNTE, T. (*Therapeutische Praxis*). ISBN: 3801717038. 34.95 €

**Ratgeber Einnässen.** Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. GONTARD, A.; LEHMKUHL, G. (*Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie 4*). ISBN: 3801714543. 7.95 €

**Ratgeber Lese-Rechtschreibstörungen.** Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. WARNEKE, A.; HEMMINGER, U.; ROTH, E. (*Ratgeber Kinder- und Jugendpsychotherapie 6*). ISBN: 380171635X. 5.95 €

**Ratgeber Rückenschmerz.** Informationen für Betroffene und Angehörige. KRÖNER-HERWIG, B. (*Ratgeber zur Reihe Schritte der Psychotherapie 3*). ISBN: 3801717968. 7.95 €

**Sexueller Missbrauch.** Band 1: Grundlagen und Konzepte. KÖRNER, W.; LENZ, A. ISBN: 3801714691. 49.95 €

**Suizidales Verhalten im Jugendalter.** Theorien, Erklärungsmodelle und Risikofaktoren. WUNDERLICH, U. ISBN: 3801718336. 24.95 €

**Wenn Schüchternheit krank macht.** Ein Selbsthilfeprogramm zur Bewältigung Sozialer Phobie. FEHM, L.; WITTCHEH, H. ISBN: 3801717542. 12.95 €

### INFO Verlag

**Analytische Gruppendynamik.** AMMON, G. ISBN: 3880746257. 24.80 €

**Das Scheidungs-Vermeidungs-Programm.** WEINER-DAVIS, M. ISBN: 388074467X. 17.80 €

**Selbstschädigung durch Neurose.** Psychotherapeutische Wege zur Selbstverwirklichung. RINGEL, E. ISBN: 3880744653. 17.80 €

### Klett-Cotta mit Pfeiffer

**Adoleszenz – Bindung – Destruktivität.** STRECK-FISCHER, A. ISBN: 3608910824. 32.00 €

**Angst zu trauern.** Trauerabwehr in Bindungstheorie und psychotherapeutischer Praxis. REHBERGER, R. (*Leben*

*lernen 169*). ISBN: 3608897313. 20.00 €

**Auf den ersten Blick.** Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop. STRECK, U. ISBN: 3608943889. 30.00 €

**Charakter, Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörung.** KÖNIG, K. (*Konzepte der Humanwissenschaften*). ISBN: 3608943692. 20.00 €

**Die verborgene Störung – ADHS bei Erwachsenen.** RESNICK, R. ISBN: 3608943706. 28.00 €

**Hypnose erleben.** Veränderte Bewusstseinszustände therapeutisch nutzen. ERICKSON, M.; ROSSI, E. (*Leben lernen 168*). ISBN: 3608897186. 27.50 €

**Mediation – Vom Konflikt zur Lösung.** HAYNES, J.; MECKE, A.; BASTINE, R.; FONG, L. ISBN: 3608910808. 29.50 €

**Psychodynamisch Imaginative Traumtherapie.** PITT – das Manual. REDDEMANN, L. (*Leben lernen 167*). ISBN: 3608897291. 21.00 €

**Systemische Paartherapie.** Konzepte – Methoden – Praxis. RETZER, A. ISBN: 360894365X. 32.00 €

**Therapie an der Grenze: die Borderline-Persönlichkeit.** Modifiziert-analytische Langzeitbehandlungen. REINER, T. (*Leben lernen 172*). ISBN: 3608897305. 23.50 €

**Wege aus der Hungerfalle.** Hypnotherapeutische Strategien bei Magersucht in der Pubertät. ZIEGLER, C. (*Leben lernen 171*). ISBN: 3608897283. 22.50 €

### Mabuse

**Maschinengewehre hinter der Front.** Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie. RIEDESSER, P.; VERDERBER, A. ISBN: 3935964528. 24.00 €

**Selbstverletzung als Bewältigungshandeln junger Frauen.** ACKERMANN, S. (*Mabuse-Verlag Wissenschaft 64*). ISBN: 3935964048. 17.00 €

### Peter Lang

**Das Rätsel von Körper und Geist.** Eine philosophische Deutung. COLLIER, H. ISBN: 3896784811. 14.90 €

**Ellen Key.** Ein Leben über die Pädagogik hinaus. MANN, K. ISBN: 3896784951. 24.90 €

**Keine Angst vor der Angst.** Ängste im Lauf unseres Lebens. KASTEN, H. ISBN: 3896784889. 16.90 €

**Vom guten Leben.** Eine Geschichte des Glücks. MECK, S. ISBN: 3896784781. 17.90 €

## Psychiatrie-Verlag

**Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie.** BOCK, T.; DÖRNER, K.; NABER, D. (Fachbuch). ISBN: 3884143689. 22.90 €

**Blaupause.** Ein Entzugsspektakel. SEILER, J. (Edition Balance). ISBN: 3884143646. 13.90 €

**Depressionen im Alter.** Ein Ratgeber für Angehörige. BOJACK, B. (Rat/schlag). ISBN: 388414359X. 12.90 €

**Empfehlungen für Leistungsstandards in der gerontopsychiatrischen Pflege.** HÖFT, B. (Psychosoziale Arbeitshilfen 13). ISBN: 3884143182. 15.90 €

**Guter Wille allein reicht nicht – Leitfaden für ein gerontopsychiatrisches Pflegekonzept.** LEPTIHN, T. (Psychosoziale Arbeitshilfen 8). ISBN: 3884143484. 12.90 €

**Umgang mit alkoholabhängigen Patienten.** SCHWOON, D. (Basiswissen). ISBN: 3884143670. 12.90 €

**Wie Psychiatriepatienten ihre Krankheit verarbeiten.** Krankheitsverursachungsannahmen, Krankheitsverarbeitungsmodi und emotionale Reaktionen – Eine Untersuchung in der Tagesklinik. GÜTNECHT, H. (Forschung fuer die Praxis – Hochschulschriften). ISBN: 3884143662. 29.90 €

**Zwangsstörungen verstehen und bewältigen.** Hilfe zur Selbsthilfe. FRICKE, S.; HAND, I. (Rat/schlag). ISBN: 3884143654. 12.90 €

**Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker.** Gesetzgebung und Praxis in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. DRESSING, H.; SALIZE, H. (Forschung fuer die Praxis – Hochschulschriften). ISBN: 3884143638. 29.90 €

## Psychosozial-Verlag

**Die Seele und die Normen.** Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Politik. EBRECHT, A. (Psyche und Gesellschaft). ISBN: 3898062619. 36.00 €

**Herzneurose.** RICHTER, H.; BECKMANN, D. ISBN: 3898062260. 19.90 €

**Lebenstrieb & Todestrieb. Libido & Lethe.** Ein formalisiertes konsistentes Modell der psychoanalytischen Trieb- und Strukturtheorie. SCHMIDT-HELLERAU, C. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 3898062740. 29.90 €

**O Wollust, o Hölle.** Die Onanie – Stationen einer Inquisition. LÜTKEHAUS, L. (Imago). ISBN: 3898062511. 19.90 €

**Psychiatrie in Giessen.** Facetten ihrer Geschichte zwischen Fürsorge und Ausgrenzung. GEORGE, U.; GROSS, H.; PUTZKE, M.; SAHMLAND, I.; VANJA, C. (Forschung psychosozial). ISBN: 3898063070. 29.00 €

**Psychoanalytische Kulturkritik und die Seele des Menschen.** Essays über Bruno Bettelheim und. FISHER, D. (Psyche und Gesellschaft). ISBN: 3898062813. 24.90 €

**Via regia zum Unbewussten.** Freud und die Traumforschung im 19. Jahrhundert. GOLDMANN, S. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 3898062732. 29.90 €

**Vom Wesen des Menschen.** Ein Dialog zwischen Prähistorie und Psychonana-

lyse. SACCO, F.; SAUVET, G. ISBN: 3898062406. 29.90 €

**Zwischen Abschied und Neubeginn.** Entwicklungskrisen im Alter. PETERS, M.; KIPP, J. (edition psychosozial). ISBN: 3898061760. 19.90 €

## Schattauer

**Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis.** Diagnostik, Behandlungsplanung, Kassenanträge. HOHAGE, R. ISBN: 3794523156. 39.95 €

**Der angesehene Patient.** Ein Beitrag zur Ethik in der Palliativmedizin. POTT, G. ISBN: 3794522109. 19.95 €

**Der gute Arzt.** Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. DÖRNER, K. (Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin). ISBN: 3794522508. 39.95 €

**Gesundheitsökonomie in Psychiatrie und Psychotherapie.** Gesundheitsökonomische Untersuchungen in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. VOGEL, H.; WASEM, J. ISBN: 3794522583. 79.00 €

**Muskelkrankheiten.** Grundlagen, Diagnostik und Therapie. SPULER, S.; MOERS, A. ISBN: 3794522044. 99.00 €

**Palliativmedizin im ambulanten Sektor.** AULBERT, E.; KLASCHIK, E.; SCHINDLER, T. (Beiträge zur Palliativmedizin 6). ISBN: 3794522974. 19.95 €

**Psychiatrie.** Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. HUBER, G. ISBN: 3794522141. 59.00 €

**Traumazentrierte Psychotherapie.** Theorie, Klinik und Praxis. SACHSSE, U. ISBN: 379451971X. 49.95 €

## Schattauer

**The Need for Psychotherapy.** FAZEKAS, T.; PLASS, C. (Berichte aus der Psychologie). ISBN: 3832224319. 24.80 €

## Springer

**Autogenes Training.** Ein Gruppenkurs. KRAPP, M.; KRAPP, G. ISBN: 3540201645. 19.95 €

**Gestalttherapie.** HARTMANN-KOTTEK, L. ISBN: 3540201637. 39.95 €

**Prüfungsfragen Psychotherapie.** Frage-sammlung mit kommentierten Antworten. ISBN: 3540201815.

**Psychodrama.** AMELN, F.; GERSTMANN, R.; KRAMER, J. ISBN: 3540008721. 39.95 €

## Thieme

**Das Neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen.** MARNEROS, A. ISBN: 3131090928. 59.95 €

**Einführung in die Psychopharmakotherapie.** Grundlagen – Praxis – Anwendung. Für Ärzte und Psychologen. TRETTNER, F.; ALBUS, M. ISBN: 3131372516. 39.95 €

**Kompodium Sucht.** KRAUSZ, M.; HAASEN, C. ISBN: 3131282614. 39.95 €

**Psychotherapie der dissoziativen Störungen.** Krankheitsmodelle und The-

rapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. REDDEMANN, L.; HOFMANN, A.; GAST, U. (Lindauer Psychotherapie-Module). ISBN: 3131305118. 39.95 €

**Schizophrenie.** NABER, D.; LAMBERT, M. ISBN: 3131282517. 59.95 €

## Vandenhoeck & Ruprecht

**Altern im Lebenslauf.** Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren. ROSENMAYR, L. (Transparent 28). ISBN: 3525017200. 10.90 €

**Altern und Psychoanalyse.** RADEBOLD, H. (Psychoanalytische Blätter 6). ISBN: 3525460058. 19.90 €

**Das infantile psychotische Selbst und seine weitere Entwicklung.** Verständnis und Behandlung schizophrener und anderer schwieriger Patienten. VOLKAN, V. ISBN: 3525462026. 32.90 €

**Das soziale Umfeld im Umbruch.** Professionelle Kompetenz, Organisationsverantwortung, innovative Methoden.

SCHACHTNER, C. (Psychologie und Beruf 1). ISBN: 3525451504. 26.90 €

**Der Fokus.** Perspektiven für die Zukunft. KLÜWER, R.; LACHAUER, R. (Psychoanalytische Blätter 26). ISBN: 3525460252. 19.90 €

**Hysterie.** Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen. MENTZOS, S. ISBN: 3525461992. 19.90 €

**Klinische Entwicklungspsychologie des Alters.** Grundlagen für psychosoziale Beratung und Psychotherapie. PETERS, M. ISBN: 3525462190. 29.90 €

**Psychoanalytische Technik, ihre Anwendung und Veränderung in der Psychotherapie.** LEMPA, G.; TROJE, E. (Forum der Psychoanalytischen Psychotherapie 10). ISBN: 3525451113. 14.90 €

**Schizoaffektive Psychose.** Psychodynamik und Behandlungstechnik. HERING, W. ISBN: 3525461968. 29.90 €

**Träume zeigen neue Wege.** Systematik der Traumsymbole. FLÖTTMANN, H. ISBN: 3525461941. 29.90 €

## Waxmann

**Diagnostische Mustererkennung für die Gesundung Drogenabhängiger.** Theorie- und Modellbildung zur Behandlungsevaluation. KAPP, B. (Internationale Hochschulschriften 385). ISBN: 3830911254. 34.00 €

**Kochen und Essen als Vollzugsformen impliziter Religion.** Lebenswelt, Sinnstiftung und alimentäre Praxis. PORTMANN, A. (Internationale Hochschulschriften 398). ISBN: 3830912048. 29.90 €

**Physiologische und emotionale Selbstregulation.** Entwicklung und Evaluation eines Interventionsprogramms für Jugendliche. BLEICHER, M. (Internationale Hochschulschriften 416). ISBN: 3830912757. 25.50 €

**Problembasiertes Lernen.** ZUMBACH, J. (Internationale Hochschulschriften 424). ISBN: 3830913338. 25.50 €

**Selbsterweiterungsprozesse alleinlebender Frauen.** SCHLICHT, U. ISBN: 3830912439. 29.90 €

# 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: bvvp.de

**Verantwortlich für den Gesamteinhalt im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen:** Volker Dettling AKJP, Neuer Markt 9–11, 76275 Ettlingen

**Redaktion Bundesvorstand:** Dr. med. Juliana Frfr. von Hodenberg, Bahnhofstr. 78, 44623 Herne, Tel.: 02323-56327, Fax: 02323-916865, E-Mail: agvp@bvvp.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:** Dr. med. Juliana Frfr. von Hodenberg, Bahnhofstr. 78, 44623 Herne, Tel.: 02323-56327, Fax: 02323-916865, E-Mail: agvp@bvvp.de – Volker Dettling, Neuer Markt 9–11, 76275 Ettlingen, Tel.: 07202-5909, Fax: 07202-941602, E-Mail: volker.dettling@t-online.de

**Redaktion Schwerpunkt, Rezensionen und Sonstiges:** Dipl.-Psych. Ursula Neumann, Trottbergstraße 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

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

**Verlag:** Copernicus Gesellschaft mbH, Max-Planck-Str. 13, 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:** 030-6090296-0, Fax: 030-6090296-22 (Herr Selignow)

**Online-Buchungssystem:** www.bvvp-magazin.de

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 4

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Das nächste Heft erscheint am 20.07.04 (Redaktionsschluss: 11.05.04)

ISSN-Nummer: 1683-5328

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.

## REGIONALVERBÄNDE DES BVVP

### BVVP-BAYERN, RV BAYERN

Landesgeschäftsstelle  
Wirth, Doris  
Zaubzerstr. 43 A, 81677 München  
Tel.: 089-41768601 Fax: 41768602  
E-Mail: info@bvvp-bayern.de

### VVP-BERLIN, RV BERLIN

Grunert, Dr. Dipl.-Psych. Michael  
Heinrich-Roller-Str. 20, 10405 Berlin  
Tel.: 030-44047111, Fax: 44051563  
E-Mail: vvp-berlin@gmx.de

### RV BRANDENBURG

Weischet, Gabriela, Dipl. med.  
Rosa-Luxemburg-Str. 30  
16816 Neuruppin  
Tel: 03391-6035, Fax: 6035  
E-Mail: g.weischet@web.de

### WPH, RV HAMBURG

Buhl, Regina  
Schlemmer Ring 15, 22117 Hamburg  
Tel.: 040-7132874, Fax: 7136820  
E-Mail: regina.buhl@dgn.de

### VHVP, RV HESSEN

c/o Dr. med. Meinhard Korte  
Adalbert-Stifter-Str. 5, 63452 Hanau  
Tel.: 06181-982186, Fax: 982187  
E-Mail: vhvp@bvvp.de

### AGVK, RV KOBLENZ

Brenner, Dipl.-Psych. Hans-Peter  
Breite Str. 63, 56626 Andernach  
Tel.: 02632-96400, Fax: 964096  
E-Mail: Hans-Peter.Brenner@gmx.de

### RV MECKLENBURG-VORPOMMERN

Gautzsch, Dr. med. Siegmund  
Belliner Str. 21, 17373 Ueckermünde  
Tel.: 039771-24324, Fax: 24324  
E-Mail: bvvpmv@onlinehome.de

### VVPNDs, RV NIEDERSACHSEN

Falke, Dipl.-Psych. Manfred  
Triftstr. 33, 21255 Tostedt  
Tel.: 04182-21703, Fax: 229 27  
E-Mail: vvpnds@bvvp.de

### VVPN, RV NORDBADEN

Sekretariat VVPN-Büro  
Frau Pfeifer  
Friedrichsplatz 1, 68165 Mannheim  
Tel.: 0621-26183, Fax: 1222590  
E-Mail: VVPN-Bureau@t-online.de

### RVN, RV NORDRHEIN

Löber-Kraemer, Birgit  
Bonner Talweg 227, 53129 Bonn  
Tel.: 0228-223478, Fax: 223479  
E-Mail: Loeber-Kraemer@t-online.de

RVN – c/o Büroservice Schuma-  
cher, Elke  
Charles-Wimar-Str. 57, 53123 Bonn  
Tel.: 0228-9180244, Fax: 9180245  
E-Mail: ElkeSchumacher@t-online.de

### VVPNW, RV NORDWÜRTTEMBERG

Ströhle, Dr.med. Helga  
Blücherstr. 10, 89547 Gerstetten  
Tel.: 07323-5695, Fax: 3691  
E-Mail: Dr.H.Stroehle@t-online.de

### RVVP, RV RHEINHESSEN

Kramp, Dipl.-Psych. Dagmar  
Hans-Zöller-Str. 24, 55130 Mainz  
Tel.: 06131-6262832, Fax: 6262832  
E-Mail: bdkramp40@hotmail.com

### VVPSA, RV SAARLAND

Rohr, Dipl.-Psych. Ilse  
Schlesierweg 24, 66538 Neunkirchen  
Tel.: 06821 864288, Fax: 77733  
E-Mail: ilserohr@web.de

### RV SACHSEN

Schmitt-Drees, Sabine  
Zum Weißiger Kirchsteig 12,  
01454 Ullersdorf  
Tel.:03528-410 016, Fax: 410 016  
E-Mail: s.schmitt-drees@12move.de

### BVP, RV SCHLESWIG-HOLSTEIN

Schüffelgen-Dauss, Ulla  
Hohelandstr. 58, 23564 Lübeck  
Tel.: 0451-581424, Fax: 7060778  
E-Mail: ura.54@firemail.de

### VVPS, RV SÜDBADEN

Verband der Vertragspsychothera-  
peuten  
Südbaden  
Sekretariat Frau Stichel  
Schwimmbadstr. 22, 79100 Freiburg  
Tel.: 0761-7072153, Fax: 7072163  
E-Mail: vvps@bvvp.de

### VVPSW, RV SÜDWÜRTTEMBERG

Bergmann, Dipl.-Psych. Birgit  
Ulrichstr. 1, 89077 Ulm  
Tel.: 0731-30872, Fax: 36909  
E-Mail: Birgit.Bergmann@bn-ulm.de

### AGVP, RV WESTFALEN-LIPPE

AFS Schreibdienst Floer  
Sellen 59, 48565 Bursteinfurt  
Tel.: 02551-825 22, Fax: 4954  
E-Mail: JA.Floer@t-online.de

Hodenberg, Dr.med. Juliana Frfr. von  
Bahnhofstr. 78, 44623 Herne  
Tel.: 02323-56327, Fax: 916865  
E-Mail: agvp@bvvp.de

## VERANSTALTUNGEN; WEITERBILDUNG, KONGRESSE, REISEN

von bis	Veranstaltung	Kontakt
2004-05-01 2004-04-18	<b>Beratung und Therapie nach Unfällen und Überfällen:</b> Gebühr: 255 €. Veranstalter: Inst. für Traumatherapie Oliver Schubbe, Carmerstr. 10, 10623 Berlin	www.traumatherapie.de 030/4642 185
2004-05-05 2006-05-01	<b>Coaching-Organisationsberatung-Supervision:</b> 2 Jahre berufsbeleitend praxisorientierte Vermittlung systemischer u. konstruktivistischer Methoden	0711/ 6781 421 info@fortbildungsstelle-online
2004-05-07 2004-05-09	<b>Gestalttherapie am IGW, Auswahlseminar:</b> zur 2–4-jährigen Weiterbildung in Freiburg; Institut f. Integrative Gestalttherapie Würzburg	IGW 0931-354450 info@igw-gestalttherapie.de
2004-05-19 2004-05-23	<b>19. Entspannungstherapietage – Prävention im Fokus:</b> Akademie Humboldtstein in Rolandseck/ Remagen. Zielgruppe Dipl.-Psych./Psychotherapeuten.	www.Entspannungsverfahren.com
2004-06-11 2004-06-13	<b>10. Internationaler Kongress KIP:</b> 50 Jahre Katathym-imaginative Psychotherapie	AGKB, Göttingen Tel 0551/46754 agkb.goettingen@t-online.de
2004-06-19 2004-06-19	<b>Mobbing:</b> Gebühr: 255 €. Veranstalter: Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe, Carmerstr. 10, 10623 Berlin	www.traumatherapie.de 030 4642 185
2004-06-24 2004-06-26	<b>2. PiD-Tagung – Psychotherapie im Dialog:</b> Die integrierte Fortbildungstagung in der Psychotherapie; Laboratorien, Workshops, Vorträge	Tel. 0711/8931-104 www.pid-tagung.de
2004-09-01 2004-09-05	<b>DIE WEISHEIT DES KINDES UND DES ALTERS:</b> 7. Todtmooser Tagung, alle Altersstufen. RÜTTE-FORUM, Graf-Dürckheim-Weg 5, D – 79682 Todtmoos. Tel. 07674/8511	www.ruette-forum.de Fax 07674/8561
2004-09-23 2004-09-25	<b>12. Jahrestagung der dt. Ges. f. Schlafforschung:</b> Kongress an der Universität Freiburg	www.dgsm-freiburg2004.de
2004-10-03 2004-10-08	<b>33. Norddeutsche Psychotherapietage Lübeck:</b> Humor, Lebendigkeit und Bewegung in der Psychotherapie	kontakt@livingcongress.de Tel. 0451/7904-244

[www.bvvp-magazin.de](http://www.bvvp-magazin.de): Veranstaltungen bequem online eintragen, 2 Zeilen gratis



Psychotherapie im Dialog

■ Praxisnah ■ integrierend ■ Diskussionsfreudig

## Die Zeitschrift für Erfahrungsaustausch und Diskussion

### Ein Thema, viele Perspektiven

Jedes Heft mit einem aktuellen Themenschwerpunkt:

- aus Sicht unterschiedlicher Therapierichtungen und Berufsgruppen
- dargestellt anhand ausführlicher Einzelfälle

### Das Herausgeber-Team:

Dr. phil. Dipl.-Psych. Michael Broda  
Dr. phil. Dipl.-Psych. Steffen Fliegel  
PD Dr. phil. Dipl.-Psych. Arist von Schlippe  
Prof. Dr. rer. soc. Jochen Schweitzer  
Prof. Dr. med. Wolfgang Senf  
Prof. Dr. med. Ulrich Streeck, M.A.

### Die Themen:

Heft 1/2000	Posttraumatische Belastungsstörungen
Heft 2/2000	Paartherapie
Heft 3/2000	Panik
Heft 4/2000	Borderline Störungen
Heft 1/2001	Gruppentherapie
Heft 2/2001	Bulimie
Heft 3/2001	Sexuelle Störungen
Heft 4/2001	Depressionen
Heft 1/2002	Chronische somatische Erkrankungen
Heft 2/2002	Gefühle
Heft 3/2002	Psychosen
Heft 4/2002	Adoleszenz
Heft 1/2003	Soziale Ängste
Heft 2/2003	Sucht
Heft 3/2003	Zwangsstörungen
Heft 4/2003	Krisenintervention
Heft 1/2004	Anorexie
Heft 2/2004	Täter
Heft 3/2004	Narzissmus
Heft 4/2004	Therapeutische Beziehung

### Inklusive Online-Zugang\* Recherche im Volltext

[www.thieme-connect.de](http://www.thieme-connect.de)

[www.thieme.de/pid](http://www.thieme.de/pid)

\*gilt nur für das persönliche Abonnement

**Ja,**

ich abonniere die Zeitschrift Psychotherapie im Dialog PID

ab \_\_\_\_\_

Sie erscheint 4mal im Jahr. Die Hefte erhalte ich direkt vom Verlag.  
Die Berechnung erfolgt über eine Buchhandlung.

Preis 2004 € 99,-

Preis 2004 für Ärzte und Psychologen in psychotherapeutischer Aus- und Weiterbildung € 62,-\*

Unverbindliche Preisempfehlung inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten (Inland € 7,80; Auslandspreise auf Anfrage). Der laufende Jahrgang wird anteilig berechnet.

\*Berechtigungsnachweis liegt bei. Ermäßigter Preis gilt für maximal 6 Jahre.

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

**Vertrauensgarantie:** Ich kann diese Bestellung innerhalb von 10 Tagen (Poststempel) durch eine schriftliche Mitteilung an den Georg Thieme Verlag widerrufen.

2. Unterschrift \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Postfach \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Beruf, berufliche Stellung \_\_\_\_\_

Telefon/Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ V Y90

Anschrift:  privat  dienstlich

Tätigkeitsort:  Praxis  Klinik

FAX 07 11 / 89 31 - 901

@ Kundenservice  
@thieme.de

✉ Georg Thieme Verlag,  
PF 30 11 20, 70451 Stuttgart

www www.thieme.de



**Thieme**