

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

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

## ***Das Bild der Psychotherapie in der Öffentlichkeit***

- *Gesundheitsreform*
- *Änderung der Psychotherapierichtlinien*
- *Humor in der Therapie*
- *Interviews mit Gisela Borgmann  
und Birger Dulz*

*5. Jahrgang  
Ausgabe 4/2006*





**Praxis**

**Gesuche**

**Ärztin-Psychotherapie mit KV-Zulassung** sucht Partner/in (Ärzt/in PT bzw. PT-Med.) für Gemeinschaftspraxis bzw. job-sharing, ebenfalls mit KV-Zulassung in Mannheim. Raum vorhanden. 06322/5313 oder 0621/4187010.

**Kaufe KV-Sitz in TPP** Ab Sommer 2007 attraktiver KV-Sitz von PP gesucht. Anrufe erbeten unter 0177 - 580 34 63

**Dortmund gesucht wird KV-Sitz** ärztliche Psychotherapie. Auch langfristige Übernahmeplanung in ein 2-3 Jahren wäre möglich.  
[www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-04/06-136](http://www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-04/06-136)

**Verkauf**

**Praxisabgabe Frankfurt/Main** (Sperrgebiet) Nachfolger/in gesucht für KV-Sitz ärztliche Psychotherapie voraussichtlich Anfang 2007 [www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-04/06-128](http://www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-04/06-128)

**Karlsruhe PP-Kassensitz** ( AP / TF / Erwachsene ) abzugeben ab Mitte 2007 [www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-04/06-131](http://www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-04/06-131)

**KV-Sitz Tübingen (Psych.PT)** tiefenpsych. fundierte und analytische Psychotherapie (Erwachsene) zu verkaufen [www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-04/06-133](http://www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-04/06-133)

**Reise**

**Toscana Schöne Landhäuser** und Ferienwohnungen in der südlichen Toscana mit Garten und Pool, Kururlaub in den Thermen von Sorano, große Häuser für Gruppen mit Halbpension! [www.casa-toscana-vermittlung.de](http://www.casa-toscana-vermittlung.de) - Tel: 0711-385656

**Verschiedenes**

**Fachtagung:Krise, Wandel und die Kunst des Lebens** 30 Jahre IGW Vorträge, Workshops, Kunst und Kultur. 10. - 12.November 2006 in Würzburg, Gebühr: 240,- Euro IGW, Theaterstr. 4, 97070 Würzburg Fon:0931/354450, [www.igw-gestalttherapie.de](http://www.igw-gestalttherapie.de) e-mail: [info@igw-gestalttherapie.de](mailto:info@igw-gestalttherapie.de)

**Wir veröffentlichen Ihr Manuskript** Tagungsbände, Lehrbücher, Expertisen, Dissertationen.  
[www.roderer-verlag.de](http://www.roderer-verlag.de)

**Neue WB-Gruppe analyt. Paar- u. Familientherapie** Teil 1: Familienselbsterfahrungsgruppe über 5 WoE. Veranstalter: Südwestdeutsches Ausbildungsinstitut für beziehungsanalytische Paar- u. Familientherapie SAB Ort: SAB-Zentrum Steißlinger Straße 31, 78333 Wahlwies. Beginn: Ende 2006 (je nach Anmeldungen) Kosten: 190 pro Wochenende u. Teilnehmer Anmeldung: baldmöglichst (!) schriftlich bei der SAB-Geschäftsstelle: Marktstr. 6, 88212 Ravensburg, Tel.: 0751 3631528, Fax: 0751 3631520, eMail: [geschaeftsstelle@sab-institut.de](mailto:geschaeftsstelle@sab-institut.de) [www.sab-institut.de](http://www.sab-institut.de)

# KLEINANZEIGEN BUCHEN

Kleinanzeigen bequem buchen mit unserem Online-Anzeigensystem!

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

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.

**Deutsche Psychologen Akademie**  
GmbH des BDP

Oberer Lindweg 2 53129 Bonn  
Telefon 02 28 / 98731-28 Fax 02 28 / 98731-72  
E-Mail: [info@dpa-bdp.de](mailto:info@dpa-bdp.de) Internet: [www.dpa-bdp.de](http://www.dpa-bdp.de)



**Fortbildungsangebote der DPA**  
gemäß der Fortbildungsqualifikation „Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention BDP“:

**Medizinische und epidemiologische Grundlagen**  
Termin: 01.-02.12.2006 / Ort: Bad Driburg  
J. Scharnhorst, Dipl.-Psych. / Dr. med. J. Vrahimis

**Gesundheitspsychologische Grundlagen**  
Termin: 04.-05.05.2007 / Ort: Berlin  
Prof. Dr. M. Jerusalem, Dipl.-Psych.

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

Bitte senden Sie mir das Programm der DPA und Infos zur Gesundheitspsychologie.

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

Strasse / Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Bvvp10.06

**VORWORT**

**BUNDESVORSTAND**

**REGIONALVERBÄNDE**

**SCHWERPUNKT**

**INTERVIEW**

**DIENSTLEISTUNGEN**

**GELESEN**

**SERVICE**

Vorwort ..... 4

Gesundheitsreform ..... 5

Forderungen des bvvp an eine Gesundheits- und Honorarreform im Bereich Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie ..... 6

Stellungnahme: Psychotherapie ist unteilbar ..... 7

Wie sieht der künftige Entwicklungsrahmen der Psychotherapie-richtlinien aus? ..... 8

Kommentar zu Beschlüssen des Bewertungsausschusses ..... 9

KV Hamburg: ein Beispiel der „Interessenvertretung“ nach Gutsherrenart ..... 11

Gegen den Strich ..... 12

KV Hessen schlägt härtere Gangart gegen die Widerspruchsverfahren gegen Honorarbescheide ein ..... 16

Initiative zur Verbesserung der PT-Honorare der Psychiater ..... 17

Vorstandswahl des BVP (bvvp-Regionalverband in Brandenburg) . 17

**DAS BILD DER PSYCHOTHERAPIE IN DER ÖFFENTLICHKEIT**

Publikationsflut ..... 19

Supergirls don't cry ..... 26

Humor macht Hoffnung ..... 27

mit Gisela Borgmann und Birger Dulz ..... 31

Die „Rürup-Rente“:  
Wie Sie Steuern in Altersvorsorge umwandeln können ..... 33

Christian Moser: „Sigmund Freud“ Kandel, Eric R.: „Psychiatrie“ ..... 34

Neuerscheinungen ..... 35

Veranstaltungen ..... 15

## IMPRESSUM

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

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

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

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

**Redaktion Schwerpunkt, Rezensionen und Sonstiges:** Ortwin Löwa, Hermann-Behn-Weg 20, 20146 Hamburg, Tel. u. Fax: 040-448429, E-Mail: oloewa@gmx.de Dr. med. Rüdiger Hagelberg,

Alte Rabenstr. 14, 20148 Hamburg, ruediger\_hagelberg@yahoo.de, Dipl.-Psych. Marianne Funk, Fürststr. 17, 72072 Tübingen; Tel.: 07071-36333; MarianneFunk@swol.de

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

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

**Satz:** Selignow Verlagsservice Berlin, www.selignow.de

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

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

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

Kleinanzeigen, Neuerscheinungen und Veranstaltungsanzeigen: Online-Buchungssystem **www.bvvp-magazin.de**  
Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 8, Erscheinungsweise: vierteljährlich

Das nächste Heft erscheint am 22.01.07 (Redaktionsschluss: 17.11.06)

ISSN-Nummer: 1683-5328

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

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

# VORWORT

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

gesundheitspolitisch gab es eigentlich keine richtige Sommerpause. Kurz vor der Ferienzeit, Anfang Juli, veröffentlichte die Regierung ihre innerhalb der Koalition mühsam ausgehandelten „Eckpunkte“ zur Gesundheitsreform, die die bisher unvereinbar erscheinenden Konzepte von „Gesundheitsprämie“ und „Bürgerversicherung“ zu verschmelzen suchen. Unmittelbar danach wurde ein dazu passendes – und daher mit Sicherheit im Vorfeld darauf abgestimmtes – völlig neues Konzept der KBV zur Honorarreform in den KVen bekannt. Beide Werke schlugen hohe Wellen und führten zu harten politischen Auseinandersetzungen. Die Auseinandersetzung um die „Eckpunkte“ konnten Sie der allgemeinen Presse entnehmen, aber die Kämpfe um das KBV-Papier spielten sich eher hinter den Kulissen ab. Und bevor hier Ruhe in der Diskussion eingekehrt war, wurde bereits Mitte August ein über 400 Seiten starker Arbeitsentwurf eines Gesundheitsreformgesetzes lanciert, der die Diskussion erneut anheizte, denn obwohl er mit dem Hinweis, er sei „mit der Führung des Ministeriums nicht abgestimmt“ verbreitet wurde, weiß man doch, dass so ein Vorgehen üblicherweise ein gezielter Testballon ist, der Grenzen ausloten soll. (Anfang September wurde sogar noch eine weitere, teilweise verschärfte Variante des Arbeitsentwurfs in die Diskussion eingebracht.)

Der offizielle Referentenentwurf des Gesetzestextes sollte zu dem Zeitpunkt, da Sie dieses Magazin in Händen halten, eigentlich auch schon auf dem Tisch liegen. Aber der Zeitplan der Politik geriet ins Stocken – das anvisierte Inkrafttreten wurde um 3 Monate auf den 1. April (!!!) 2007 verschoben. Trotzdem will das Bundeskabinett am 18. Oktober diesen Jahres über die Reform entscheiden und damit das parlamentarische Verfahren auf den Weg bringen.

Bei dieser Eile und Hektik stellt sich natürlich die Frage, wann, wo und wie können wir als psychotherapeutischer Berufsverband die Entwicklungen in Ihrem und unserem Sinn und zum Wohl und zur Sicherung der psychotherapeutischen Versorgung beeinflussen und ungünstige Entwicklungen ggf. noch abwenden? In den Frühphasen solcher umfassender gesundheitspolitischer Reformüberlegen geht es nur um die großen Linien und noch lange nicht um die besonderen Bedingungen der Psychotherapie. Außerdem war vom Frühjahr bis nach den Parlamentsferien im Sommer kaum ein Politiker zu sprechen, der hierzu etwas zu sagen gehabt hätte, sei es, weil man viel zu beschäftigt war, sei es, weil man zunächst einmal halbwegs tragfähige schwarz-rote Kompromisse und gemeinsame Grundpositionen finden musste.

Aber wenn endlich die Verbände – und damit auch wir – bei den parlamentarischen Anhörungen zum Gesetzentwurf befragt werden, dürfte es bereits zu spät sein, weil dann das meiste längst unter den Regierungsparteien endgültig und unverrückbar festgeklopft ist. Anhörungen geraten nicht selten zu einer Formalie, bei der Regierung und Opposition Bestätigungen für ihre jeweiligen Positionen zu erhalten versuchen, ohne besonderen Einfluss auf die nahezu abgeschlossene Meinungsbildung der Parlamentarier.

Auch wenn wir über gute Kontakte zu den Gesundheitspolitikern verfügen, bleibt uns nur ein relativ kleines Zeitfenster, in dem wir un-

sere berechtigten Anliegen zu den konkreten gesundheitspolitischen Plänen persönlich ein- und ihnen nahe bringen können. Wir haben daher – zugeschnitten auf die bekannt gewordenen Entwürfe – Essentials formuliert, die für uns in einer Gesundheitsreform ganz wesentlich sind, die wir an die Politiker, die KBV, die KVen und auch die Kassen herantragen.

Ich möchte hier nicht alle 13 Forderungen des bvvp (s. in diesem Heft S. 6) im Einzelnen erläutern, aber auf ein paar Punkte möchte ich hinweisen. Obwohl u. E. diese Forderungen ziemlich eindeutig und auch eindeutig im Interesse der Psychotherapeuten sind – auch unter der Prämisse unseres Selbstverständnisses als integrativer Verband –, kam vereinzelt Kritik aus dem Kollegenkreis auf, die uns eine einseitige Haltung unterstellte.

Beispielsweise wurde der Punkt 10 (a.a.O.) als ärztefeindlich interpretiert, weil wir mit der Forderung eines für alle KV-Mitglieder geltenden gleichen Wahlrechts bei KV-Wahlen letztlich die Repräsentanz der ärztlichen Psychotherapeuten in den KV- und KBV-Gremien gefährden würden. Auch die Forderung 11 (a.a.O.) nach Installation eines „Reißverschlussverfahrens“ bei der Bedarfsplanung verstoße gegen ärztliche Interessen, da wir hier die Forderung des Deutschen Ärztetages nach Fortsetzung der demnächst auslaufenden 40%-Regelung nicht mittragen würden.

Dazu kann man nur sagen: Es geht in unserem Katalog nirgends um eine Schwächung der ärztlichen Psychotherapie – und der bvvp würde das auch nie wollen. Die Forderung, die 10%-Begrenzung in den KVen und das gesonderte Wahlverfahren fallen zu lassen, soll im Gegenteil die Psychotherapeuten als solche stärken und z.B. die Bildung gemeinsamer Listen von ÄP, PP und KJP – wie sie dem bvvp und seiner integrativen Politik ja auch entsprechen würden – ermöglichen.

Auch das vorgeschlagene „Reißverschlussverfahren“ benachteiligt die ärztlichen Psychotherapeuten in keiner Weise, da immer, wenn ein Arzt vorhanden und „dran“ wäre, er einen Sitz bekäme (genau wie heute auch). Der Vorteil dieses Modells aber wäre, dass es versorgungspolitisch viel sinnvoller als die jetzige Regelung wäre – weil freie Vertragspsychotherapeutensitze besetzt werden könnten – und dass es trotzdem keine Gruppe benachteiligen würde. Ob wir für dieses „kreative“ Modell, das im Grunde nicht ins System passt, aber allen Seiten gleichermaßen gerecht würde, offene Ohren finden, wird sich zeigen.

Sie sehen, wir versuchen die Interessen aller unserer Mitglieder und damit die aller psychotherapeutischen Berufsgruppen im Auge zu behalten. Sie können dies auch unserer Stellungnahme „Psychotherapie ist unteilbar“ entnehmen (s. S. 7 in diesem Heft). Es kann keinen berechtigten Alleinvertretungsanspruch durch eine einzige Berufsgruppe im Bereich Psychotherapie geben. Dagegen werden wir immer Stellung beziehen und unseren Einfluss geltend machen – im Interesse aller und im Interesse einer integrativen psychotherapeutischen Versorgung.

MIT KOLLEGIALEN GRÜSSEN  
IHR FRANK ROLAND DEISTER  
1. STELLVERTRETENDER VORSITZENDER BVVP

# AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK UND DEM BUNDESVERSTAND

## Gesundheitsreform



Jürgen Doeberl

Die Regierung strickt an einer großen Gesundheitsreform. Man kann darüber in den Zeitungen lesen. Dort werden natürlich nur die großen Linien dargestellt: Gesundheitsfonds, Steuer-Anteil, Einbeziehung der privaten Krankenkassen, Beitragshöhe.

Wie berichtet man im *bvvp*-Magazin über dieses Gesetz? Eigentlich müsste man eine Art Tagebuch schreiben, da es sehr viele parallele und auch gegenläufige Entwicklungen gibt. Und bis das Magazin beim Leser ist, ist schon wieder alles anders. Konzentrieren wir uns also auf die Punkte, die für Psychotherapeuten interessant sind oder werden könnten.

### Mit Pauschalen in das nach oben offene Budget!

Die große Koalition hat sich eine weitere Reform des Gesundheitssystems vorgenommen. Hierbei hat sie in den sog. Eckpunkten – was uns primär interessiert – auch versprochen, dass es in Zukunft keine Budgets mehr gibt und dass das Morbiditätsrisiko bei den Krankenkassen liegt. Dies hat die KBV motiviert, der Regierung sozusagen zuzuarbeiten und einen Entwurf für eine Gebührenordnung in Euro samt notwendiger flankierender Maßnahmen vorzulegen. Das Ergebnis hat – groß ge-

sprochen – die Hausärzte erfreut, die Fachärzte verärgert und die Psychotherapeuten beruhigt. Es sollten nämlich viele Pauschalen gebildet werden. Allerdings sah das Konzept der KBV vor, dass das gesamte Kap. 35 weiterhin in Einzelleistungen gegliedert bleiben soll. Diejenigen Ärzteorganisationen hingegen, die die bisherigen Streiks organisiert haben, sahen in dem ganzen Konzept eine Willfährigkeit gegenüber der Regierung, so dass sie nun nicht mehr nur gegen die Gesundheitsreform kämpfen, sondern vehement den „Systemausstieg“ fordern und das Heil in der Kostenerstattung erblicken. Bei dieser Gelegenheit würden manche von ihnen – in unheiliger Allianz mit manchen Tendenzen der Regierung – am liebsten gleich die ganze Selbstverwaltung abschaffen.

### Bananen-Gesetz

Nachdem das KBV-Konzept heftig diskutiert wurde, warteten alle gespannt auf eine Umsetzung der Eckpunkte der Regierung in einen konkreten Gesetzesentwurf. Das Gesundheitsministerium bediente sich wieder eines Vorgehens, wie es schon bei der letzten Reform angewandt wurde:

Ein Papier, auf dem steht „mit der Leitung des Hauses nicht abgestimmt“, wird unter dem Siegel der Verschwiegenheit weit gestreut. Viele äußern sich dazu, manche Ungereimtheiten können stillschweigend und ohne Gesichtsverlust bereinigt werden und man kann identifizieren, worauf sich der Widerspruch oder Widerstand konzentrieren wird. Auch der *bvvp*-Vorstand hatte sehr schnell ein Exemplar und machte sich an die Lektüre des 400-Seiten-Werkes. In der Software-Entwicklung nennt man das Bananen-Software: sie reift beim Nutzer!

### Köhlers Frust

Das Überraschendste am ersten dieser Entwürfe war die Tatsache, dass die vermutete und unterstellte Passgenauigkeit des KBV-Entwurfs mit dem Regierungsentwurf in keiner Weise zu finden war. Stattdessen war wieder die Rede von Honorarverteilung, Punktwerten, Abstufungen, Kostenneutralität und Beitragsstabilität. Sprich: keine bundesweite Gebührenord-

nung in Euro ohne Abstufungen und kein Euro mehr für die Ärzte. Statt Hand in Hand mit der Regierung gearbeitet zu haben, hatte Köhler nun in die Brennesseln gefasst.

Komplizierte und sich widersprechende Regelungen der Mengenbegrenzung und zur Berücksichtigung der Morbidität auf den verschiedenen Ebenen ließen weitere Zweifel an dem Gesetzeswerk laut werden.

Von den KVen im Prinzip gern gelesen wurde die Möglichkeit, durch Consulting-„Töchter“ auch in dem Vertragsgeschäft zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern oder Gruppen von diesen tätig zu werden, was ihnen bisher verwehrt war. Dies wäre aber angesichts des Geldmangels eigentlich nur die Möglichkeit dazu, sich selbst außerhalb des Budgets zu unterbieten. Im 2. Entwurf wurde aber auch die Möglichkeit schon wieder eingeschränkt.

### Der Fünfundachtziger

Wir Psychotherapeuten haben bei allen Honorar-Plänen besonders den § 85 SGB V im Auge, in dem von der angemessenen Vergütung für psychotherapeutische Leistungen die Rede ist. In diesem Paragraphen wird die Honorarverteilung geregelt. Bei einer Gebührenordnung in Euro würde sich die Honorarverteilung durch die KVen erübrigen und somit auch unser Anspruch auf eine gerechte Verteilung durch die KV wegfallen. Zentrales Anliegen psychotherapeutischer Politik ist es daher, den Anspruch auf angemessene und den somatisch tätigen Ärzten vergleichbare Vergütung wiederum gesetzlich zu verankern, wenn tatsächlich eine bundesweite Gebührenordnung doch noch in die Tat umgesetzt werden sollte. Außerdem versuchen wir, allen Politikern klar zu machen, was die KBV schon verstanden hat: Pauschalierung ist für den Bereich Psychotherapie völlig ungeeignet!

### Gut geplant aber noch nicht beschlossen!

Sehr spannend sind die Regelungen zur PKV, die insbesondere CDU-Politiker auf den Plan gerufen haben, die heftig gegen den Gesetzesentwurf aus dem Hause Ulla Schmidt polemisi-

sierten. Die vorgesehenen Regelungen würden jedoch die bestehende Diskriminierung von psychisch Kranken beenden, da die privaten Krankenkassen verpflichtet wären, einen sog. Basistarif anzubieten, bei dem sie niemanden ablehnen dürften. Im ersten Entwurf stand auch, dass die Leistungen denen der gesetzl. Versicherung entsprechen müssen. Dies heißt eigentlich logisch, dass nun die privaten Kassen das Regelwerk der Psychotherapie-Richtlinien übernehmen müssten. An anderer Stelle im Entwurf ist geregelt, dass gleiche Leistungen gleich honoriert werden sollen. Dies könnte man so verstehen, dass das Honorar für eine Psychotherapie-Sitzung bei den zu diesem Basistarif Versicherten ungefähr so hoch sein dürfte wie bei gesetzlich Versicherten – aber auch nicht höher! Dies macht die parallel diskutierte Anpassung von GOÄ und GOP für unseren Bereich so wichtig, da der einfache Satz von GOÄ/GOP für Einzelpsychotherapie weit unter dem Satz der gesetzlichen Kassen liegt.

### Kassen am Gängelband

Schwer gebeutelt werden die Krankenkassen, die zur Konzentration gezwungen werden. Es wird keine Kassenarten (Ersatz-, Betriebs-, Orts- oder Innungskrankenkassen) mehr geben. Der Beitragssatz wird durch Rechtsverordnung im BMG festgesetzt! Eine Folge der Zusammenlegungen ist auch, dass ein wichtiges Selbstverwaltungsorgan umgestaltet wird: der gemeinsame Bundesausschuss. Er wird von Hauptamtlichen geführt und wesentlich näher an die Regierung angebunden. Die Auswirkungen für uns Psychotherapeuten und „unseren“ Unterausschuss sind bisher nicht absehbar.

### Erstzugung für Ulla

Es ist wiederum eine hausarzt-zentrierte Versorgung vorgesehen. Und wiederum ohne die von uns schon lange geforderte Ausnahme: es sollte ein Erstzugangsrecht zu Psychotherapeuten geben ohne finanzielle oder andere Nachteile. Hier mauert der Hausarztverband auf Bundesebene. Hausärzte sehen sich – auch durch zunehmende Anstrengungen in der Fortbildung – immer besser in der Lage, die gesamte bio-psycho-soziale Lage der Patienten zu beurteilen und die Patienten umfassend zu betreuen. Dem Hausarztverband werden ausgezeichnete Verbindungen zur Regierung nachgesagt. So soll doch der Chef der Hausärzte früher mal der Hausarzt der Ministerin gewesen sein.

### Den Teufel mit Beelzebub austreiben?

Die KBV, sowieso schon wegen der Arbeit an der Gebührenordnung angegriffen, ist nun im Wort gegenüber den Mitgliedern. Der Vorsitzende Dr. Köhler hatte geschworen, dass er an dieser Gebührenordnung nicht weiter arbeitet, wenn nicht das Budget fällt und genügend neues Geld ins System kommt. Nichts von diesen Forderungen ist bei diesem ersten Gesetzentwurf der Fall. Damit sitzt die verfasste Ärzte- und Psychotherapeutenchaft in der Zwickmühle. Sie muss ihren Protest gegen die veröffentlichten Planungen der Koalition ausdrücken. Als Medium dafür steht ihr aber zunächst nur die Groß-Demonstration am 22. September zur Verfügung, die von Gruppierungen organisiert wird, die großenteils auch gegen die KBV demonstrieren wollen.

Ende August wurde ein weiterer Entwurf lanciert. Dieser Entwurf enthielt zwar einige Veränderungen, allerdings aus Sicht von KBV und KV alle in der falschen Richtung. Auch die Ankündigung der Regierung, dass nun eine Arbeitsgruppe sich die vorliegenden Entwürfe, die von den Politikern sehr zum Ärger der Beamten geradezu als unbedeutende Machwerke dargestellt wurden, vornehmen werde und nun Einigung in der Koalition herbeiführen würde, konnte KBV und KV nicht mehr davon abhalten, nun ihrerseits auch zu den Demonstrationen aufzurufen. Sie taten dies in der Hoffnung, auf diese Weise die Zielrichtung der Demonstrationen ganz auf die Gesetzentwürfe konzentrieren zu können. Auf diese Weise soll auch denjenigen Verbänden das Wasser abgegraben werden, die bei den Auseinandersetzungen zwischen KBV und der Regierung ihr eigenes Ziel durchsetzen wollen: die Abschaffung der KVEn. Auf diesem Hintergrund entschloss sich der Vorstand des bvvp, doch wieder aus „kritischer Solidarität“ zu dieser Demonstration aufzurufen.

### April, April

Derweilen hatte wohl die Koalition gemerkt, dass es ihr nicht gelingen würde, so schnell wie geplant Einigungen über die strittigen Punkte des Gesetzwerkes herbeizuführen. So wurde kürzlich verkündet, dass das Inkrafttreten des Reformgesetzes auf den 1.4.2007 verschoben werden soll. Insofern wird doch zum Aprilscherz, was man kaum glauben kann: dieses Gesundheitsreformgesetz trägt den schönen Namen „Wettbewerbsstärkungsgesetz“. Wie dies bei all denen normativen, konzentrierenden und zentralisierenden Eingrif-

fen gelingen soll, bleibt das Geheimnis der Regierung.

Fortsetzung folgt

JÜRGEN DOEBERT

KOOPTIERTES VORSTANDSMITGLIED BVVP

## Forderungen des bvvp an eine Gesundheits- und Honorarreform im Bereich Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie



Birgit Clever

Bei einer Reform des Gesundheitssystems, wie sie in den Eckpunkte der angekündigten Gesundheitsreform und der dazu von der KBV angekündigten Honorarreform vorgeschlagen wird, halten wir folgende Essentials für die Psychotherapie für unverzichtbar:

1. Auch bei einer weitgehenden Umstellung der ärztlichen und psychotherapeutischen Vergütung auf Pauschalen muss die Einzelleistungsvergütung bei zeitgebundenen Psychotherapieleistungen und zeitgebundenen Gesprächsleistungen erhalten bleiben.
2. Bei einer Umstellung auf feste Euro-Beträge für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen müssen die psychotherapeutischen Leistungen angemessen vergütet und mit anderen ärztlichen Leistungen vergleichbar eingestuft werden. Das ist leider im EBM 2000+, dessen

- Kalkulation immer noch die BSG-Rechtsprechung negiert, nicht der Fall.
3. Dasselbe gilt für die zeitgebundenen Gesprächsleistungen der entsprechenden Facharztkapitel, die durch die Einführung von RLVs keine angemessene Honorierung mehr erzielen konnten.
  4. Die Morbidität liefert im Bereich Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie im Bereich der Gesprächsleistungen kein sinnvolles Kriterium z.B. für die Festlegung von Zu- und Abschlägen, die die Höhe der Vergütung beeinflussen.
  5. Die politisch geforderte Transparenz der Leistungen und Abrechnungen sollte auch i.S. der Transparenz nach Innen die Offenlegungspflicht aller für die Vergütung relevanten arztgruppenbezogenen Abrechnungsdaten der KVen (ggf. auch der KBV) beinhalten.
  6. Bei dem geplanten Basistarif der PKV ist dringend zu berücksichtigen, dass in der GOÄ/GOP Gesprächsleistungen der Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie eindeutig unterbewertet sind.
  7. Beim geplanten Basistarif ist sicherzustellen, dass die bisherige Ausgrenzung bestimmter Versicherter aufgrund von psychischen Vorerkrankungen nicht mehr zulässig ist und eine in der PKV z.T. übliche Leistungsbegrenzung auf z.B. 30 Psychotherapie-Sitzungen pro Jahr zugunsten der in der GKV gültigen Kontingente entfällt.
  8. Derzeit schließen viele Private Krankenversicherungen eine Behandlung durch Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus. Es sollte überprüft werden, ob die Behandlungsbeziehung von PKV-Versicherten durch PP und KJP gesetzlich verankert werden kann, zumindest für den Basistarif.
  9. Bei allen notwendigen Prüfungen von Leistungen und Abrechnungen muss der Datenschutz zum Schutz der Intimsphäre des Patienten gewährleistet bleiben.
  10. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollten entsprechend ihrer Zahl angemessen in KVen und KBV vertreten sein. Die 10%-Quote und das gesonderte Wahlverfahren sollten abgeschafft werden. Dies sollte zu einer angemesseneren Repräsentanz den Gremien führen können.
  11. Um die erheblichen Versorgungsmängel in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu verbessern, sollte eine gesonderte Bedarfsplanung, zumindest aber ei-

ne Mindestversorgungsquote von 20% bei der Bedarfsplanung in diesem Bereich festgelegt werden. Gleichzeitig soll die bisherige Quote von 40 % bei Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten/KJP in ein „Reißverschluss“ – System umgewandelt werden. Hierbei kommen Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten alternierend zu Zuge, es sei denn, dass ein zustehender Platz von der entsprechenden Gruppe aktuell nicht besetzt werden kann.

12. Es sollte eindeutig und dauerhaft geregelt werden, dass es keine Sonderregelung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei der Praxisgebühr gibt.

13. Auf die Hauptamtlichkeit der Mitglieder des GBA sollte verzichtet werden, insbesondere in der Zusammensetzung für Psychotherapie.

Freiburg, den 07.08.2006

DR. BIRGIT CLEVER  
VORSITZENDE

## Stellungnahme: Psychotherapie ist unteilbar

Mit diesem Slogan erteilt der bvvp allen Tendenzen eine Absage, die Psychotherapie für eine Berufsgruppe zu vereinnahmen. Psychotherapie ist die Behandlung von Krankheiten mit psychischen Mitteln. Die Befähigung dazu teilen nach ihren entsprechenden Ausbildungen die ärztlichen Psychotherapeuten, die psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten. Bedingt durch ihre jeweiligen Studiengänge sind die verschiedenen Gruppen der Psychotherapeuten in der Lage, in der Behandlung von Patienten unterschiedliche Akzente zu setzen.

In jeder Berufsgruppe scheint es zur Zeit Kollegen zu geben, denen an einer Konkurrenz zwischen den Berufsgruppen der Psychotherapeuten gelegen ist und die für ihre jeweilige Berufsgruppe einen Alleinvertretungsanspruch für die Psychotherapie im Gesundheitswesen beanspruchen. Der bvvp teilt weder die entsprechenden Positionen der ärztlich-psychotherapeutischen Verbände, wie sie der Nullnummer der Zeitschrift



Frank-Roland Deister

„Ärztliche Psychotherapie“ zu entnehmen sind, noch die Ableitung rein psychologisch-psychotherapeutischer Verbände aus dem Psychotherapeutengesetz, dass nur psychologische Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten sich „Psychotherapeuten“ nennen dürften.

Der bvvp appelliert in diesem Zusammenhang an die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane, der ärztlichen Psychotherapie in ihren Reihen einen angemessenen Raum zu geben. Ebenso appelliert der bvvp an die Kammern der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, den Begriff „Psychotherapeuten“ nicht gegen die ärztlichen Psychotherapeuten zu vereinnahmen. Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang auf die Betitelung der meisten Kammern für Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als „Psychotherapeutenkammer“ hingewiesen.

Weiter stellt der bvvp richtig: in der Nullnummer der Zeitschrift „Ärztliche Psychotherapie“ wird eine unsystematische Befragung eines Redakteurs, an der sich 18 von 60 befragten Ärzten beteiligten, als bvvp-Untersuchung apostrophiert und aus dem Zusammenhang gerissen willkürlich dahingehend interpretiert, als ob sich daraus eine angeblich umfassende Unfähigkeit psychologischer Psychotherapeuten zur Teilnahme an der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung abgeleiten ließe. Für den bvvp als einem Verband, in dem sich Psychotherapeuten mit unterschiedlicher Ausbildung und unterschiedlichen Verfahren zusammengeschlossen haben, sind natürlich Hindernisse in der Zusammenarbeit ein wichtiges Thema, dem es gilt, sich ernsthaft zuzuwenden. Die tendenziöse Auswertung durch den Autor in der oben genannten Zeitschrift geht unzulässig vereinfachend, unwissenschaftlich, und damit letztendlich manipulativ mit dem kom-

plexen Thema um. Der bvvp distanziert sich hiermit von dieser Interpretation.

Viel wichtiger als derartige Auseinandersetzungen ist und bleibt jedoch eine hochwertige und qualifizierte Ausbildung aller Psychotherapeuten. Auf der Seite der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bedeutet dies, dass als Eingangsqualifikation für die Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz weiterhin nur das Diplom oder ein Masterstudiengang qualifiziert. Auf der ärztlichen Seite bedeutet dies, dass allen Versuchen eine Absage erteilt werden muss, z.B. eventuell auf dem Weg über die so genannte fach-gebundene Psychotherapie eine Schmalspurausbildung mit Zugang zu den Leistungen der Richtlinienpsychotherapie zu installieren.

Im Sinne einer angemessenen Versorgung der Bevölkerung spricht sich der bvvp für folgende zwei Regelungen ab dem Jahr 2008 aus:

Es erfolgt eine getrennte Bedarfsplanung für Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten oder es wird eine Quote eingeführt, durch die die Niederlassung von ausschließlich im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätiger Ärztlicher, Psychologischer und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gesichert wird.

Der bvvp hält es für notwendig, die Forderung des Deutschen Ärztetages 2006 abzuwandeln: Die bestehende Regelung, nach der 40% aller Psychotherapeuten Sitze für ärztliche Psychotherapeuten reserviert sind, sollte geändert werden. Da die Nachwuchsmöglichkeiten ärztlicher Psychotherapeuten sehr begrenzt ist und der turn-over nicht gehalten werden kann. Sachgerecht wäre deshalb nicht die Fortschreibung der bisherigen starren Quotenregelung, sondern die Verankerung eines flexiblen Systems, das den absehbar immer wieder auftretenden Schwankungen auf der Angebotsseite niederlassungswilliger Therapeuten aus den zwei Professionen Rechnung tragen kann. Dies wäre durch ein „Reißverschlussystem“ am besten möglich. Freie Plätze werden abwechselnd durch einen Ärztlichen und ein Psychologischen Psychotherapeuten besetzt. Sollte einer der beiden nicht zur Verfügung stehen, wird zweimal mit der gleichen Profession besetzt, evtl. auch dreimal oder viermal. Sobald aber die „übersprungene,“ Profession wieder da ist, kommt sie sofort bei nächster Gelegenheit zum Zug. Die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelnden Therapeuten könnten jedoch stattdessen mit einer festen Quote bedacht werden in Höhe von 20 %.

Anschließen kann sich der bvvp der Forderung des Deutschen Ärztetages, dass die durch eine Quote gesicherten Sitze für ärztliche Psychotherapeuten nicht nur an Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, sondern an alle ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte vergeben werden.

20.07.2006

DR. MED. BIRGIT CLEVER  
DR. FRANK-ROLAND DEISTER

## Wie sieht der künftige Entwicklungsrahmen der Psychotherapierichtlinien aus?

### Viele offene Fragen nach der Beanstandung der GBA-Änderungsbeschlüsse

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat gesprochen, und in einer so dezidierten Art und Weise, dass alle bisher Beteiligten Grund zum Nachdenken haben. Zusammenfassend wurde an dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Änderung der Psychotherapierichtlinien beanstandet,

1. dass als Entscheidungsalgorithmus ein Nachweis von indikationsbezogenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit in den 3 ausdrücklich festgelegten Indikationsbereichen verlangt wird, und bezeichnet diese Forderung als unverhältnismäßig,
2. dass ein Verfahren im Sinne des Psychotherapeutengesetzes zu einer Methode umdefiniert werden kann, und fordert eine verbindliche Begriffsklärung.

In der ausführlichen Begründung zum ersten Punkt geht das BMG zunächst auf die offene Frage ein (s. bvvp-Stellungnahme, GK II-Stellungnahme und Stellungnahmen der GWG), ob dem GBA ein eigenes Prüfungsrecht zukommt bei einem Verfahren, das bereits – ggf. nach vorangegangener Überprüfung der wissenschaftlichen Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie – zur vertieften Ausbildung zugelassen wurde. Hier betont das BMG das Recht und die Pflicht des GBA zu prüfen mit Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen zum erforderlichen, vom GBA zu definierenden Fachkundenachweis, die ansonsten ins Leere liefen.

Dann zieht das BMG aus der Tatsache der mit diesem Prüfrecht verbundenen „berufswahlbaren“ Einschränkungen und deren Folgen den Schluss, dass an die Kriterien hohe Anforderungen zu stellen seien (nicht i.S. hehrer inhaltlicher Kriterien, sondern im Sinne einer hohen rechtlichen Legitimation). Dies bedeutet, dass die Kriterien nicht unverhältnismäßig in die Berufsfreiheit eingreifen dürfen, dass sie stattdessen „notwendig, geeignet und verhältnismäßig im engeren Sinn“ zu sein haben.

Mit der dann ausgeführten Rechtsauffassung des BMG, dass ein Verfahren nicht eine so große Indikationsbreite erfüllen müsse wie vom GBA gefordert, durchschlägt es den Gordischen Knoten auf eine andere Weise als der GBA mit seinen Regelungen: Das BMG sieht nicht das Erfordernis der großen Indikationsbreite, da die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen ohnehin eine breite Ausbildung auch in anderen als dem Vertiefungsverfahren vorsähen sowie eine (nicht auf ein Verfahren bezogene) allgemeine Ausbildung zur Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.

Zwar greift das BMG damit die vom bvvp immer wieder bemängelte unsachgemäße Engführung des Entscheidungsalgorithmus des GBA indirekt auf, lässt dann allerdings mit seinen Ausführungen Interpretationen als möglich erscheinen, die – bei weitestgehender Auslegung – Verfahren mit höchst eingeschränkter Indikationsbreite als Vertiefungsfach für hinreichend behaupten könnten, ergänzt um Versatzstücke aus anderen Verfahren.

Wir sind bisher davon ausgegangen und vertreten dies auch in Zukunft, dass es wichtig ist, in einem Verfahren beheimatet zu sein, das sich nicht zu schmalbasig nur auf ausgesuchte Störungsbilder anwenden lässt. Wir hatten ausdrücklich begrüßt, dass der GBA von seinem ursprünglichen Vorhaben Abstand genommen hatte, Verfahren nur indikationsbezogen zuzulassen. Wir sehen es als Überforderung an, mit einer einzigen Ausbildung mehrere unterschiedliche Verfahren und deren weiterreichenden Dimensionen erfassen und fachgerecht anwenden zu können. Insofern sollte der umfassendere Bezugsrahmen eines Verfahrens mit breiter Anwendungsmöglichkeit auch zukünftig erhalten bleiben, um daran und darin Elemente anderer Verfahren an- bzw. eingliedern zu können, ohne in einen oberflächlichen Eklektizismus zu verfallen.

Es wäre in der jetzt entstandene Lage zu wünschen, dass die nicht zuende geführte Auseinandersetzung über die Richtlinienänderung mit der nötigen Offenheit und Inten-



Norbert Bowe

sität geführt wird, damit Regelungen gefunden werden, die Bewährtes weiterentwickeln und Verkrustetes entschlacken.

Der Wissenschaftliche Beirat (WBP) hat ja schon einen Weg insofern gewiesen, als er bei seinen Beurteilungen zur wissenschaftlichen Anerkanntheit unterschieden hatte zwischen Verfahren, die die nötige Anwendungsbreite aufweisen, um als Verfahren für die vertiefte Ausbildung anerkannt zu werden und Verfahren, die für bestimmte Indikationsgebiete als anerkannt zu beurteilen sind. Zu letzteren zählt die Neuropsychologie. Deren Position wird nun zu recht durch die Rechtsauffassung des BMG gestärkt: wir hatten in unseren Stellungnahmen stets auf das Erfordernis einer sozialrechtlichen Zulassung gedrungen. Auf dieser Vorgehensweise aufbauend könnten sozialrechtliche Zulassungen für das gesamte Spektrum einerseits und für einzelne Indikationsgebiete andererseits konzipiert werden – aufbauend auf der WBP-Beurteilung. Ewas ähnliches scheint dem BMG auch vorgeschwebt zu haben, als es als Abstufung das mildere Mittel der indikationsspezifischen Abrechnungserlaubnis ins Spiel bringt (statt des „Totschlageffekts“ durch das eng definierte Kriterium der Versorgungsrelevanz).

Auf keinen Fall wäre eine Einschränkung auf reine indikationsbezogene Zulassungen sinnvoll und angemessen, da sie eine Verschärfung der Zulassungskriterien darstellte. Denn dann wären von (neuen) Verfahren für jedes einzelne Indikationsgebiet aufwändige Studien zum Nachweis des medizinischen Nutzens gefordert. Darin käme auch eine Übergewichtung und Überschätzung der ICD 10-Klassifikation ins Spiel, die dem komplexen Störungsverständnis der Psychotherapie-Richtlinien und den Behandlungserfordernissen der Praxis nicht gerecht würde. Hier ist wohl eine noch nicht geleistete Integrationsarbeit an der Richtliniengestaltung nachzuholen.

In einem weiteren Punkt ist die BMG-Benanstandung bemerkenswert: Die einseitige Ausrichtung des Kriteriums „Versorgungsrelevanz“ an den Daten der Epidemiologie (Wirksamkeitsnachweise bei Indikationsbereichen zu verlangen, die eine epidemiologische Häufigkeit aufweisen) wird als ungeeignet bezeichnet, und auf wichtige dabei nicht berücksichtigte inhaltliche Aspekte des Kriteriums verwiesen, die in den Unterlagen der BPTK aufgeführt worden waren, aber auch immer wieder vom bvvp als unverzichtbar eingebracht worden waren: Schweregrad, Prognose, sozialmedizinische Folgen und Ansatzpunkte für eine psychotherapeutische Behandlung, aber auch seltene, klinisch bedeutsame Erkrankungen. Bei der vom BMG als notwendig anerkannten differenzierten Auslegung des Kriteriums Versorgungsrelevanz dürfte seine zukünftige Rolle bei der Verfahrenszulassung weniger zentral ausfallen.

Neben diesen inhaltlichen Gesichtspunkten verdienen noch weitere Aspekte der Benanstandung Aufmerksamkeit:

1. Es wird immer wieder auf die Stellungnahmen der BPTK Bezug genommen. Dieses zeigt, welcher Stellenwert den Verlautbarungen der Bundespsychotherapeutenkammer bei Entscheidungsfindungen beigemessen wird. Implizit wird damit auch das verkürzte und die dabei vorgetragene Inhalte verkürzende Anhörungsverfahren kritisiert.
2. In Zukunft wird eine gründlichere Auseinandersetzung mit den Positionen der BPTK und – sicher auch – der Bundesärztekammer im Vorfeld solcher Entscheidungen unumgänglich werden.
3. Die Chancen aller der Verfahren mit begrenzten Indikationsfeldern haben eine wichtige rechtlich fundierte Unterstützung auf ihrem Weg zur sozialrechtlichen Zulassung erfahren.
4. Das BMG hat sich in einer Abschlussbemerkung auch zum Anerkennungsverfahren der GPT geäußert und dabei seine Erwartung ausgedrückt, „dass die laufende Bewertung der Gesprächspsychotherapie unabhängig von der vorliegenden (Teil-)Beanstandung auf der Grundlage der derzeit gültigen Psychotherapie-Richtlinien abgeschlossen werden kann“. Auch hier sehen wir uns in der konsequent seit 2004 vorgetragene Meinung bestätigt, dass die GPT umgehend und unabhängig von anstehenden Richtlinien-Änderungsvorhaben zur Zulassung ansteht. Und zwar als Verfahren mit umfassender Anwendungsberechtigung.

Es scheint sich nicht auszuzahlen, diese Richtungsentscheidungen zu den Psychotherapierichtlinien großteils unter Ausschluss der Öffentlichkeit durchgezogen und nicht versucht zu haben, die Profession dabei gebührend einzubeziehen. Wenn jetzt das Ergebnis einer nicht zu Ende gebrachten Debatte eine unverhoffte juristische Wegweisung in eine andere Richtung den Protagonisten auf die Füße fällt, verbunden mit einer unverhofften juristischen Wegweisung in eine andere Richtung, so mag sich darüber keine Genugtuung einstellen. Vielmehr verbindet sich damit die Hoffnung auf ein besseres Zusammenwirken in der Zukunft und auf eine gemeinsame Abwehr von Gefahren, wie z.B. dass die Psychotherapie in einzelne unzusammenhängende Provinzen zerfallen könnte.

NORBERT BOWE

VORSTANDSREFERENT BVVP

## Kommentar zu Beschlüssen des Bewertungsausschusses

### Aufnahme einer ersten Anmerkung vor der zweiten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nummer

.....

So oder ähnlich lauten die Mitteilungen über Entscheidungen des Bewertungsausschusses im Ärzteblatt oder im PP-Blatt. Eigentlich sind es diese amtlichen Mitteilungen, die dem PP-Blatt zu seiner eigenständigen Existenz verholten haben, da die Entscheidungen des Bewertungsausschusses allen Ärzten und Psychotherapeuten bekannt gemacht werden müssen. Fraglich bleibt, wie viele Leser sich eigentlich durch diese Mitteilungen quälen, da deren Relevanz für die Praxis sich auf den ersten Blick nicht erschließt.

Im August 2006 gab es im Ärzteblatt und in der September-Nummer des PP-Blattes die Mitteilung über einige Veränderungen im Kapitel 35, die zur Klärung bei der täglichen Abrechnungspraxis beitragen sollen.

### Hypnose-Zeit

Unter Punkt 23 der Mitteilungen wird die Änderung in der Legende der Leistung Nummer 35120 mitgeteilt. Die Veränderung gegen-

über der bisherigen Regelung besteht darin, dass eine Dauer von mindestens 15 Minuten für die Durchführung einer Hypnose festgelegt wird. Diese Veränderung dient nur der Klarstellung, da die Plausibilitätszeit für diese Leistung bereits in dieser Höhe definiert war. Durch die Formulierung „mindestens 15 Minuten“ werden zwei Dinge geklärt:

- a. Schnell-Hypnosen unter 15 Minuten können nicht abgerechnet werden,
- b. bei einer längeren Dauer einer Hypnose kann die Leistung trotzdem nur einmal abgerechnet werden, da durch das „mindestens“ auch eine längere Dauer erfasst ist. Dies gilt auch beim psychosomatischen Gespräch, das mit „mind. 15 Minuten“ definiert ist.

### Vollendung

Die weiteren Änderungen, die in der gleichen Ausgabe von Ärzteblatt und PP-Blatt veröffentlicht wurden, behandeln Anpassungen der Legenden von Leistungen im EBM an die Psychotherapierichtlinien beziehungsweise die Psychotherapie-Vereinbarung. Unter bestimmten Bedingungen, die in den Psychotherapierichtlinien oder der Psychotherapievereinbarung festgelegt sind, sind bei der Einzeltherapie in allen Verfahren Doppelsitzungen möglich. Die Formulierung im EBM „mindestens 50 Minuten“ macht allerdings logisch gesehen Doppelsitzungen unmöglich. Aus diesem Grunde wurde die Formulierung geändert und lautet nun: „je vollendete 50 Minuten“.

Um klarzumachen, dass es nicht möglich ist, regelhaft Doppelsitzungen zu halten, ist der Verweis auf die Psychotherapierichtlinien und die Psychotherapievereinbarung in der Legende noch einmal aufgeführt. Die relevanten Textstellen sind am Ende dieses Textes aufgeführt.

Der Praxis mancher KVen, die beim zweifachen Ansatz dieser Leistungen aus dem „mindestens“ geschlossen hatten, dass dies auch bei der Einzeltherapie zwei getrennte Sitzungen sein müssten und vom Therapeuten die Versicherung verlangten, dass zwischen den beiden Sitzungen eine Unterbrechung stattgefunden hat, ist hiermit auch beendet.

### Einzeltherapie – doppelt und dreifach

Bei der tiefenpsychologischen Einzeltherapie ergibt sich aus der Zusammenschau von Psychotherapierichtlinien Abschnitt E 1.2.2 und Psychotherapievereinbarung §11 Abs. 14, dass eine Doppelsitzung bei Einbeziehung von Partnern und/oder Familie oder aber bei einer kri-

senhaften psychischen Situation des Patienten durchgeführt werden kann.

Bei der analytischen Einzelpsychotherapie ist – was viele Analytiker verwundern wird – eine Doppelsitzung gemäß der Psychotherapievereinbarung dann möglich, wenn eine krisenhafte psychische Situation des Patienten vorliegt.

Für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie gilt zudem, dass Doppelsitzungen bei der Anwendung besonderer Methoden möglich sind.

Alle Aussagen zu Doppelsitzungen werden allerdings wiederum begrenzt durch Punkt B II.7 der PTR, in denen die maximale Sitzungsfrequenz auf 3 Sitzungen (also Einzelsitzungen zu 50 Minuten) begrenzt ist. Eine Überschreitung für bestimmte Phasen einer Therapie muss im Rahmen des Gutachterverfahrens beantragt und vom Gutachter bewilligt werden.

Bei der verhaltenstherapeutischen Einzeltherapie ergibt die Zusammenschau, dass als Vorbedingung für die Durchführung von Doppelsitzungen wiederum die krisenhafte psychische Situation des Patienten oder aber die Anwendung besonderer Methoden der Verhaltenstherapie gegeben sind. Parallel zu den Regelungen der Verhaltenstherapie in Gruppen ist es allerdings auch bei der Einzeltherapie möglich, dreifache oder vierfache Sitzungen durchzuführen. Aus der oben schon aufgeführten Regelung zur Frequenz pro Woche ergibt sich aber, dass die vierfache Durchführung von Einzel-Verhaltenstherapie erstens nur phasenweise durchgeführt werden kann und zweitens von der Genehmigung durch den Gutachter abhängt.

### Gruppentherapie – geschnitten oder am Stück

Bei der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Gruppentherapie gibt es keine Veränderung. Wie bisher ist die Gruppensitzung mit „mind. 100 Minuten“ definiert. Sie kann laut Psychotherapievereinbarung zweimal am Tag durchgeführt werden. In der Abrechnung erfordert dies die Angabe von Uhrzeiten, da hier eine Durchführung am Stück nicht erlaubt ist.

Die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie ist mit einer Zeitdauer von 50 Minuten definiert. Der Bewertungsausschuss hat nun klargestellt, dass auch eine verhaltenstherapeutische Gruppe maximal 200 Minuten dauern kann, also doppelt, dreifach oder viermal in Ansatz gebracht werden darf, und zwar ohne Unterbrechung. Durch die Formulierung „je vollendete 50 Minuten“ ist klar-

gestellt, dass auch bei mehrfachen Ansatz pro Tag keine Unterbrechung zwischen den Sitzungen stattfinden muss. Durch den Verweis auf die Psychotherapierichtlinien und Psychotherapievereinbarung muss hier allerdings wiederum der krisenhafte Zustand oder aber die besondere Methode der Verhaltenstherapie vorgewiesen werden.

### Hauptsache kostenneutral !

Die Bereitschaft der Krankenkassen und der Ärzteseite im Bewertungsausschuss, diese Veränderungen aufzunehmen, erklärt sich vor allem daraus, dass sie nichts kosten. Viel schwieriger ist dies bei den Wünschen der Psychotherapeuten, die Bewertung der biographischen Anamnese zu ändern oder aber einen Samstagszuschlag für psychologische Psychotherapeuten und Kinder – und Jugendlichenpsychotherapeuten aufzunehmen. Gerade im Hinblick darauf, dass der bestehende EBM möglicherweise als Basis für die geplante Gebührenordnung in Euro dienen wird, wäre jede Klärung und Verbesserungen, die jetzt noch durchgesetzt werden könnten, eine wichtige Voraussetzung für eine angemessene Vergütung aller Psychotherapeuten.

JÜRGEN DOEBERT

KOOPTIERTES VORSTANDSMITGLIED BVVP

Jürgen Doebert ist Mitglied im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses und dem entsprechenden Vorbereitungsgremium auf KBV-Seite.

Quellen:

Psychotherapie-Richtlinien:

B II. 7. Die Behandlungsfrequenz ist in den psychoanalytisch begründeten Verfahren wie auch in der Verhaltenstherapie auf maximal 3 Behandlungsstunden in der Woche zu begrenzen, um eine ausreichende Therapiedauer im Rahmen der Kontingentierung zu gewährleisten. Eine durchgehend hochfrequente Psychotherapie kann im Rahmen dieser Richtlinien keine Anwendung finden. Bei der Therapieplanung oder im Verlauf der Behandlung kann es sich jedoch als notwendig erweisen, ggf. einen Abschnitt der Psychotherapie in einer höheren Wochenfrequenz durchzuführen, um eine größere Effektivität der Therapie zu gewährleisten. Der entsprechende Abschnitt darf nicht das gesamte Kontingent eines Bewilligungsschrittes umfassen. Die Notwendigkeit einer abschnittsweisen höheren Wochenfrequenz ist in der Antragstellung differenziert zu begründen.

Abschnitt E 1.2.2:

Behandlungen können als Einzeltherapie des Indexpatienten auch in Doppelstunden bei intensiverer Einbeziehung von Partner und/oder Familie durchgeführt werden.

Abschnitt E. 1.2.3

Verhaltenstherapie kann als Einzeltherapie auch in halbstündigen Sitzungen mit entsprechender Vermehrung und in doppelstündigen Sitzungen mit entsprechender Verminderung der Gesamtsitzungszahl An-

wendung finden. Verhaltenstherapie kann nur in Kombination mit der Einzeltherapie auch als Gruppenbehandlung durchgeführt werden, wobei die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapeutenkontingent als Einzelstunde gezählt wird.

Psychotherapievereinbarung:

§ 11 Abs. 14

Maßnahmen einer Gruppenpsychotherapie (bis zu 9 Teilnehmern) können an einem Tag bis zu zweimal je 100 Minuten in voneinander getrennten Sitzungen ausgeführt werden. Die Durchführung einer Einzeltherapie als Doppelsitzung ist nur zulässig, bei einer krisenhaften psychischen Situation des Patienten oder bei Anwendung besonderer Methoden der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie. Soll dies außerhalb der Praxisräume des Therapeuten geschehen, bedarf es einer besonderen in der Begründung im Antrag auf Feststellung der Leistungspflicht.

### KV Hamburg: ein Beispiel der „Interessenvertretung“ nach Gutsherrenart

Eigentlich fing alles ganz gut an und die KV Hamburg hatte sich Anerkennung verdient: sie war die erste, die nach dem BSG-Urteil von 28.01.04 und der fälligen Korrektur des Bewertungsausschusses die Nachzahlung auf den Weg brachte. Noch im Jahr 2004 landeten die Nachzahlungssummen rechtzeitig auf dem weihnachtlichen Gabentisch der Psychotherapeuten. Diese Fairness hatte u.a. den beratenden Fachausschuss Psychotherapie (BFA) dazu veranlasst, nach Wunsch der KV Hamburg zu empfehlen, kein Klageverfahren gegen den Nachzahlungs-Bescheid anzustrengen, sondern Urteile aus anderen KV-Regionen abzuwarten.

Allerdings tauchten schon früh Zweifel auf, ob die Nachberechnung ganz korrekt nach der Beschluss-Formel des Bewertungsausschusses umgesetzt worden sei. Z.B. hatte man die Arztzahlen der Vergleichsgruppen gemittelt, statt entsprechend der Formel nur die Ärzte mit 4 Abrechnungsquartalen zugrunde zu legen. Auffallend niedrig waren dann auch die Hausarztinkommen in Hamburg ausgefallen, ca. 30-40.000,- Euro unter Bundesdurchschnitt.

Dennoch konnte man sich auf eine Friedenslinie verständigen, da seitens der KV eine unabhängige Überprüfung der Nachzahlung durch die Wirtschaftsprüfer (Sondergutachten) und Vorlage der Ergebnisse

beim BFA in Aussicht gestellt wurden. So weit so gut.

Der weitere Verlauf wurde allerdings deutlich weniger erfreulich: Die angekündigte Überprüfung wurde bis heute nicht vorgelegt, auch nicht auf mehrfache Bitte und Aufforderung des bvvp-Hamburg. Da nun ein wesentlicher Aspekt der Friedenslinie nicht erfüllt war, entschloss sich der bvvp Hamburg nach 1 ½ Jahren vergeblichen Zuwartens, das beim Sozialgericht Hamburg anhängige Verfahren ihres Musterklägers doch wieder aufzugreifen, um so entsprechend der Zusage der KV Aufschluss über den Rechenweg bei der Nachvergütung in Hamburg zu erlangen.

Mit der Einforderung dieses – sollte man meinen – selbstverständlichen Rechts der Psychotherapeuten auf Offenlegung hatte der bvvp aber offensichtlich ins Wespennest gestochen. Er hatte nicht nur Vorhaltungen seitens anderer Verbändevertreter zu parieren, sondern wurde auch handfest seitens der KV Hamburg unter Druck gesetzt: erst mit der Androhung, wenn nicht auf den Klageweg verzichtet würde, die Widersprüche aller bvvp-Mitglieder zu bescheiden und so jeden einzelnen zur Klageerhebung zu zwingen. Angesichts des von jedem zu leistenden Gerichtskostenvorschusses eine wirklich unfeine Marschroute.

Als der bvvp-Vorstand auf dem Recht gegenüber ihrer Körperschaft öffentlichen Rechts bestand, setzte die KV Hamburg diese Androhung um, beschied dabei aber nicht nur Widersprüche von Mitgliedern des bvvp, sondern auch von den Kollegen, die nur sich der Widerspruchvordrucke des bvvp Hamburg bedient hatten ohne Mitglied zu sein und von weiteren, die sie für bvvp-Mitglieder hielten.

Aber damit nicht genug, sie kündigte auf Nachfrage an, auch die Widersprüche der Betroffenen bei allen kommenden Quartalen zu bescheiden. Dieser Zwangsmaßnahme sollte man nur entgehen können, wenn man mit einer vom Justitiar der KV verfassten Erklärung mit dem Titel „Bearbeitung Widersprüche bvvp-Mitglieder“ quasi Abbitte leistete.

Dessen Inhalt spricht für sich:

„Als Kompromiss wird für bvvp-Mitglieder, die trotz der Ablehnung des Vorgehens des Verbands dort Mitglied bleiben möchten, folgende Lösung angeboten:....“

Es wird dann verlangt, sich von dem bvvp-Musterklageweg persönlich zu distanzieren, dieses auch dem Sozialgericht gegenüber zu darzulegen und zu erklären, dass „in den Klagen und Widersprüchen gegen Entscheidungen der KVH zur Höhe des gestützten

Punktwertes ... ausdrücklich betont (wird), dass diese sich ausschließlich gegen die ...Regelungen des Bewertungsausschusses, nicht aber gegen die Berechnungen selber richten.“

Inzwischen fand ein erster Gerichtstermin zur Erörterung des Sachverhalts statt, bei der die Richterin der KV ein Einlenken nahe legte. Wenn Sie dieses Heft in Händen halten, ist die Sache vermutlich schon weitergelaufen, vielleicht hat sich das eine oder andere – so hoffen wir – entschärft. Dennoch ist dieser Vorgang von grundsätzlichem Belang, da er eine Tendenz widerspiegelt, die – bei ungebremster Ausbreitung – vordergründig für die (wie so oft betroffenen) Psychotherapeuten, grundsätzlich aber für die ärztlich/psychotherapeutische Selbstverwaltung selbst existenzbedrohend werden kann.

Es sei nur kurz kommentiert, dass es der zur Neutralität verpflichteten KV in keiner Weise zusteht, die Mitgliedschaft in einem Berufsverband zu bewerten oder zu diskriminieren. Die indirekte Austrittsaufforderung kommt angesichts der Abhängigkeit der Pflichtmitglieder von ihrer KV einer Nötigung nahe. Das Ansinnen, eine Art Blanco-Vollmacht gegenüber dem KV-Vorstand abgeben zu sollen, auf sämtliche Rechte auf Überprüfung einer korrekten Umsetzung des Bewertungsausschuss-Beschlusses durch die KVH zu verzichten, verlangt eine Unterwerfung unter eine sakrosankte Macht.

Wichtig erscheint dieser Vorgang in zweierlei Hinsicht:

Zum einen für Hamburg: eine KV, die so ihr Gebaren verstecken muss, kann nicht das Vertrauen erwarten, dass sie für ihr Handeln in Anspruch nehmen möchte. Nach diesen harten Bandagen muss man ja fast schon annehmen, dass bei dem geheim gehaltenen Rechenweg krumme Touren verfolgt wurden. Dann wäre die schnelle Auszahlung das Mittel gewesen, die Psychotherapeuten zu blenden und um einen Teil des ihnen zustehenden Honorars zu bringen.

Zum anderen für die Zukunft der KVen und der KBV: Diese dürften nur eine Zukunft haben, wenn sie sich anders gerieren als Vereine, in denen gekungelt wird und nach Mehrheiten/Machtblöcken exekutiert wird. Gerade aufgrund des öffentlich rechtlichen Charakters der KV sollte/müsste sich diese positiv davon unterscheiden. In ihrer Doppelfunktion der Interessenvertretung ihrer Mitglieder und der hoheitlichen Aufgabe, die ihr anvertrauten Gelder im Sinne der bestmöglichen Versorgung der Patienten, der Sicherstellung und der verteilungsgerechten Honorierung ihrer Mitglieder zu verteilen, hat

sie eine Verpflichtung, nach Rechtsgesichtspunkten und bester Einsicht zu handeln. Die Nachvollziehbarkeit ihres Handelns ergibt sich aus der demokratischen Legitimation. Das sollte auch für Entscheidungsgrundlagen gelten, soweit sich eine Geheimhaltung nicht durch das Tangiertsein von Rechten anderer rechtfertigen lässt.

Damit solche Auswüchse wie jetzt in Hamburg, wo nach Gutsherrenart die Untergebenen durch Strafe zur gutsherrlichen Einsicht gebracht werden sollen, weiter eingedämmt werden können, ist zu befürworten, dass auch der Gesetzgeber für mehr Transparenz sorgt (als Thema ist es zumindest schon in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform benannt): z.B. indem er eine Verpflichtung zur Offenlegung der Datenlage auf Begehren eines Mitglieds vorschreibt, die eine Einsicht in die Honorarverteilung ermöglicht. Datentransparenz ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass grobe Unregelmäßigkeiten erschwert werden und stattdessen Berechnungen angestellt werden, die das Tageslicht nicht scheuen müssen.

(s. hierzu auch den Artikel von T. Silwedel über das Vorgehen der KV Hessen, S. 16)

NORBERT BOWE  
VORSTANDSREFERENT BVVP

Jürgen Doebert ist seit Anfang 2000 in verschiedenen Gremien seiner KV und der KBV tätig. Dem folgenden Artikel merkt man an, dass er sich geärgert hat – geärgert über die Richtung der Diskussion in der Ärzteschaft. Lesen Sie diesen Artikel als Kommentar eines Insiders zur aktuellen Gesundheitspolitik, mit dem er sicher viele provoziert, die unter KV und KBV leiden. **FRANK ROLAND DEISTER**

## Gegen den Strich

„Freiheit oder Sozialismus“ heißt die Parole, unter der Ärzte im September 2006 gegen die Reformvorhaben der Regierung vorgehen wollen. „Staatsmedizin“ wird alles genannt, was die Regierung versucht, um ihre Aufgabe zu erfüllen, ein vernünftiges Gesundheitssystem zu installieren. Ohne Zweifel ist die Koalition hierbei auf Mittel und Wege gekommen, von denen man sagen muss, dass sie dieses Ziel nicht erreichen werden. Kritik ist angebracht, und Sachverstand ist von Nöten und muss den Politikern angeboten werden. „Systemausstieg“ fordern selbst einige Vertreter des „Systems“ in KBV und KVen. Aber Sprache und Empörung wirken doch manchmal unangemessen aufgeregt.

Auch wir Psychotherapeuten gehören zum

„System“. Insbesondere die PP und KJP haben durch gesetzliche Vorgaben und durch hartnäckige Politik eine durchaus erstaunliche Repräsentanz in den Gremien erreicht. Durch die Art unserer Leistungserbringung sind wir Psychotherapeuten vor mancher systemimmanenten Verführung des Abrechnungssystems geschützt. Aber nicht vollständig. Nach knapp 7 Jahren Tätigkeit in den verschiedenen Gremien einer KV und der KBV möchte ich mich als „Rufer in der Wüste“ versuchen und zur Rückbesinnung aufrufen.

### Kontrolle per se ist nicht schlecht

Der Sinn jeder Selbstverwaltung liegt darin, dass eine staatliche Aufgaben an die Berufsgruppe selbst übergeben wird, weil man davon ausgeht, dass die Betroffenen selbst ihre Belange mit der eigenen Sachkompetenz am besten strukturieren können, was Kontrolle einschließt. Der Staat delegiert also eine Aufgabe, zu der er sachlich-fachlich nur mit grossem Aufwand in der Lage wäre, an Institutionen, die aus der Berufsgruppe selbst heraus gebildet werden. So eine Institution ist die Kassenärztliche Vereinigung.

Die Klage, die KVen seien nur der verlängerte Arm des Staates, zeigt vor allem, dass hier das Wesen einer Institution und einer rechtlichen Konstruktion nicht verstanden wurde – man könnte auch sagen, vergessen wurde. Ja, die KV übt Funktionen des Staates aus! Und entsprechende Anforderungen an ihr Handeln sind zu stellen. Sie muss rechtsstaatlichen Kriterien genügen. Sie muss sich an Gesetze und Urteile halten. Was ist daran schlimm? Das ist doch ein Schutz für jedes KV-Mitglied und für jeden Kranken, der von einem KV-Mitglied behandelt wird! Es gilt das Verwaltungsrecht. Es gilt das Sozialrecht. Im Umgang mit dieser Institution kann man Gerichte anrufen und den ganzen Instanzenweg gehen. Dies unterscheidet die KV von anderen Organisationen der Ärzteschaft und mit diesem Pfund könnte sie auch wuchern.

### Kontrolle als Dienstleistung

Statt ihren Wert zu erkennen, wird diese Bindung an Recht und Gesetz mehr und mehr in Verruf gebracht und gefordert, dass die KV als reiner Vertreter wirtschaftlicher Interessen der Ärzte sich alle möglichen neuen Methoden erdenkt, wie das Einkommen der Ärzte gesteigert, bzw. Einbußen verhindert werden könnten. Wenn von der KV nur noch „KV-Consult“ als Rettung für die Institution KV übrig bleibt, kann die KV niemanden mehr schützen: die KV als Mischung von McKinsey und Gewerkschaft. Diese Rettungsphanta-

sie steht natürlich in erheblicher Spannung zur Kontrolle von Abrechnung und Behandlungsdurchführung, die vom betroffenen Arzt als feindseliger Akt empfunden wird. Empört wird er sich beschweren: „Ich dachte, die KV soll meine Interessen vertreten, nun streicht sie mir Leistungen.“

Hier ist ein Grundgedanke verloren gegangen: Die KV leistet jedem ehrlich abrechnenden Arzt einen Dienst, wenn sie durch ihre Kontrollmaßnahmen betrügerische oder unwirtschaftlich abrechnende Ärzte und Psychotherapeuten aufspürt und sanktioniert. Und sie leistet einen gesamtgesellschaftlichen Dienst, wenn sie dafür sorgt, dass die Ärzte ihre Leistungen ordentlich erbringen und nur erbrachte Leistungen vergütet werden, weil sich nur so die Ausgaben des Gesundheitswesens in Grenzen halten lassen. Hinter vorgehaltener Hand sagen nämlich viele Funktionäre der KVen, dass der Abrechnungsbetrug ein entscheidender Faktor dafür ist, dass der normale Leistungsumfang des „normalen“ Arztes nicht angemessen vergütet werden kann. Die zahlreichen Budget-Einhaltungsmaßnahmen, immer neue Einschränkungen und Vorschriften haben verständlicherweise das Gefühl einer gewissen Berechtigung zur Gegenwehr durch Selbstbedienung gefördert. Problematisch dabei sind diejenigen KV-Mitglieder, die diese Möglichkeit auf Kosten der Kollegenschaft extensiv ausnutzen.

### Der Weg in ein korruptierendes System

In dem Bemühen, immer komplexere Verhältnisse handhabbar zu halten, kombiniert mit dem Wunsch, externer Kontrolle und Kritik keine Anhaltspunkte zu liefern, sind die KVen und mit ihnen zusammen alle KV Mitglieder auf einen Weg geraten, der früher oder später zur Korruption bei einer Vielzahl von KV-Mitgliedern und Kontrolleuren trotz ursprünglich guter Absichten führen muss.

Die BSG-Rechtsprechung zu Gunsten der Psychotherapeuten wurde nötig, weil sich in den 90er Jahren das ganze System im so genannten Hamsterrad befand: um einen befürchteten Punktwertverfall im gedeckelten Budget auszugleichen, wurden immer mehr Leistungen abgerechnet. Der Übergang von notwendiger Mehrarbeit zu überflüssigerweise erbrachten Leistungen über qualitativ unzulässig schnell erbrachter Leistung bis hin zu nicht erbrachter aber abgerechneter Leistung ist fließend. Die BSG-Rechtsprechung zu Gunsten der Psychotherapie kann man so verstehen, dass die Psychotherapeuten als einzige Gruppe vor den Ausgleichsbewe-

gungen der anderen KV Mitglieder geschützt werden mussten. Diesen Schutz hat die KV allein nicht bieten können und bietet ihn bis heute keiner Arztgruppe und keinem einzelnen Arzt gegenüber seinen Nachbarn. Sie könnte aber, wenn sie sich trauen würde!

### Beispiele

Um in diesem Kontext dahingehend nicht falsch verstanden zu werden, dass Psychotherapeuten die einzigen weißen Schafe im System seien, sei die frühere 861, die vertiefte Exploration angeführt. Diese Ziffer passt eigentlich in keines der psychotherapeutischen Behandlungskonzepte. Sie passt auch nicht in die Praxisorganisation von Psychotherapeuten. Dennoch wurde sie zunehmend abgerechnet und die Kollegen sagten dazu, sie würden damit die schlechte Bezahlung der psychotherapeutischen Leistungen ein wenig abfedern. Auf Deutsch: diese Leistung wurde oft nicht wirklich erbracht. Es herrschte eine Art Selbstjustiz. Im neuen EBM ist die Abrechnungsmöglichkeit glücklicherweise stark eingeschränkt.

In Bayern kam die AOK auf den Gedanken, im Rahmen eines Strukturvertrages zu vereinbaren, dass der Punktwert für Psychotherapie auf 10 Pfennig heraufgesetzt würde, wenn die Psychotherapiepatienten am Ende des Quartals die Anzahl der erbrachten Sitzungen quittieren. Diese Regelung kann nur so verstanden werden, dass es Hinweise darauf gab, dass Psychotherapeuten Leistungen abrechnen, die sie nicht erbracht haben. Eine Auswertung durch die AOK liegt allerdings noch nicht vor.

Im Bereich mancher ärztlicher Fächer gibt es seit Einführung des neuen EBM Präventionsleistungen, die einmal im Jahr erbracht werden dürfen. Sie sind dadurch attraktiv, dass sie nicht der Mengengrenzung unterliegen und zum Teil extra-budgetär vergütet werden. Fakt ist, dass von einer durchaus nennenswerten Anzahl von Ärzten diese Leistung in jedem Quartal erbracht bzw. abgerechnet wird. Quartalsübergreifende Prüfungen sind für die KV sehr aufwändig.

Bei anderen Leistungen gibt es seit Einführung des neuen EBM Steigerungen um ein Vielfaches, wo man nur mit 10 oder 20% gerechnet hatte. Man muss davon ausgehen, dass hier durch eigenwillige Umdefinition der Schwere der Erkrankung bessere Abrechnungsmöglichkeiten generiert wurden.

### Was macht mein Nachbar?

An diesem letzten Beispiel lässt sich gut darlegen, wie nun das System korrumpiert: die Krankenkassen rechnen aus, wie viele Mehr-

kosten ihnen entstanden sind. Die KV geht davon aus, dass sie nur mit einem riesigen Prüfaufwand dem einzelnen Arzt nachweisen könne, dass er falsch abgerechnet hat. Gemeinsam wird der Ausweg beschritten, den Punktwert für diese Leistung zu senken, um auf diese Weise die Kosten im Griff zu behalten. Dies bedeutet für den bis dahin ehrlich abrechnenden Arzt, dass seine Einnahmen sinken, während der sog. „offensiv“ abrechnende Arzt immer noch ein Plus mit seinem Vorgehen erwirtschaftet. Um nicht unter die Räder zu kommen, wird nun auch der bisher ehrlich abrechnende Arzt „offensiver“ abrechnen. Er wird dies mit schlechtem Gewissen tun, wenn er genau weiß, dass das Geld aus einem begrenzten Topf seiner Arztgruppe genommen wird, er wird es mit etwas besserem Gewissen tun, wenn es die Allgemeinheit in Form der Krankenkassen tragen muss.

### „Entkriminalisierung“

Das Wissen darum, dass das gesamte System so funktioniert, führt zu einer Ausrichtung der gesamten Institution auf die Betrugsmöglichkeiten der KV-Mitglieder. Ich zitiere den jetzigen Vorsitzenden der KBV, Dr. Köhler, aus Zeiten, als er noch Hauptgeschäftsführer war und den neuen EBM entwickelte: „Die Ärzteschaft muss entkriminalisiert werden“. Das heißt, er wollte den EBM möglichst so konstruieren, dass Betrugsmöglichkeiten vermindert oder ausgeschlossen werden. Es hieß auch, dass die Bewertungen der Leistungen stimmen sollten, und somit Anreize zur Selbstbedienung wegfallen sollten. Dann müsste die KV auch nicht die unangenehme Rolle wahrnehmen und die Abrechnungen ihrer Mitglieder korrigieren oder viele von ihnen mit Disziplinarverfahren bedrohen. Dies wollte er unter anderem mit dem neuen EBM erreichen. Es sollten nachvollziehbare Bewertungen der Leistungen kalkuliert werden, was Nachteile für die eine Arztgruppe und Vorteile für die andere zur Folge gehabt hätte. Die Tatsache, dass der propagierte Punktwert von 5,11 Cent nicht durchgesetzt werden konnte, führte bei den KVen dazu, dem Druck der Mitglieder nachzugeben und die Veränderungen nicht wirklich durchzusetzen. Mit dem niedrigeren Punktwert haben sich allerdings die Relationen der betriebswirtschaftlich kalkulierten Kosten- und Arztleistungsanteile unkontrolliert gegeneinander verschoben, sodaß fast jeder den Eindruck hatte, benachteiligt zu sein. Und wieder liegt die Lösung entweder in individueller Ausgleichsbewegung oder im Druck auf die KV, bestehende erwiesenermaßen unrealistische Verhältnisse für bestimmte Arztgruppen zu perpetuieren, was wiederum die

KV zum Komplizen einer undurchschaubaren Manipulation macht.

### Alles Betrüger?

In letzter Zeit wird darüber diskutiert, in welchem Ausmaß Pauschalierung ein Mittel gegen die Leistungsausweitung durch die Ärzte und Psychotherapeuten sein könnte. Charakteristisch ist, wie das diskutiert wird: Bei der Pauschalierung sei davon auszugehen, dass Ärzte in die Versuchung kämen, nur sehr wenige Leistungen selbst zu erbringen und die Patienten zur weiteren Diagnostik oder Behandlung schnell zu überweisen. Daher müsse die Möglichkeit der Überweisung kontingentiert werden. Bei der Einzelleistungsvergütung hingegen ist der bekannten Gefahr der unnötigerweise erbrachten oder erfundenen Leistungen zu begegnen, für die der KV allerdings die Mittel der Abrechnungsprüfung, der Plausibilitätsprüfung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Verfügung stehen.

Die Pauschalierung weiterer Bereiche ärztlicher Tätigkeit muss also auch kontrolliert werden, was durch erhöhten Dokumentationsaufwand und dessen Kontrolle geleistet werden müsste. Nicht überraschend ergab sich der stärkste Widerstand gegen das von der KBV vorgelegte Konzept einer Euro-Gebührenordnung mit einem erhöhten Anteil an Pauschalierung Mitte dieses Jahres gegen die darin vorgesehenen Praxisbegehungen.

Das Fatale daran: ohne ausreichende Kontrolle durch die KV oder den Staat fühlt sich jeder Einzelne dem unterstellten Betrug des anderen hilflos ausgeliefert – und sieht sich selbst auch zum Betrug genötigt oder findet sich angesichts eigener Ehrlichkeit entweder als dumm oder zumindest als Opfer eines übermächtigen unveränderbaren Vorgangs. Und die Institution KBV und KV geht, ohne es hinreichend zu reflektieren, ständig völlig selbstverständlich von der Wahrscheinlichkeit des Abrechnungsbetruges aus. Sie wird so zum Mitwisser aber auch Förderer des ganzen Teufelskreises.

### Eine Deutung

Was bedeutet diese Situation für den einzelnen eigentlich rechtschaffenen Arzt? Er fühlt sich in einem System gefangen, das sich nicht gut anfühlt. Ehrlicherweise müsste er sich eingestehen, dass er auch mitmogelt, was auf die Dauer nicht erträglich ist. Als Psychotherapeuten wissen wir, welche seelischen Mittel uns allen zur Verfügung stehen, um von unakzeptablem eigenem Verhalten oder Fühlen abzulenken. Manche Empörung und manches Geschrei ist in seiner Intensität eigentlich nur zu verstehen, wenn man es als Ausdruck ei-

ner Notlage interpretiert, in der man sich gezwungen sieht, sich auf eine für das eigene Wertesystem unakzeptable Weise verhalten zu müssen. Gleichzeitig aber bleibt die Angst, von anderen dabei erwischt zu werden. Der Kampf gegen die KV als Kontrollinstanz, bei der möglicherweise gar nicht der finanzielle Schaden sondern die Beschämung die Katastrophe darstellt, wird so verständlich. Nur eine KV, bei der sich alle darauf verlassen können, dass sie verlässlich und nach nachvollziehbaren Kriterien prüft und ahndet, kann diesen Teufelskreis durchbrechen. Die KV Bayerns geht diesen Weg. Sie scheut auch vor Praxisbegehungen im Rahmen von Strukturverträgen nicht zurück. Nach anfänglichem Zögern, so ihr Vorsitzender Munte, empfinden die besuchten Praxen dies jetzt als klärende und beruhigende Dienstleistung.

### Kostenerstattung als Lösung

Einigen Ärzte-Verbänden, manchen Politikern, auch den Patienten erscheint die nun propagierte Kostenerstattung eine Lösung für diese Probleme. In der Tat: die Patienten hätten ein Stück Kontrolle über die Richtigkeit der Abrechnung, zumindest in der Theorie. Haben die Patienten die Kontrolle? Kann ein Arzt, der bisher gegenüber der KV durch entsprechende Diagnostik und Abrechnung sein Honorar aufgebessert hat, nicht mit der gleichen Haltung und Denkweise dem Patienten gegenüber unnötige Leistungen als nötig darstellen? Es dürfte allerdings erschwert sein, eine Leistung nicht zu erbringen und trotzdem auf die Rechnung zu setzen. Die Erfahrungen im Bereich der Beihilfe und privaten Krankenkassen zeigen aber auch, dass der Patient seinen Arzt nicht verärgern will und nicht so genau hinschaut (oder es auch nicht versteht).

Die Qualität der Leistung kann der Patient nicht kontrollieren. Was viele nicht wissen, ist die Tatsache, dass die KVen durchaus in der Lage sind, auch die Qualität erbrachter Leistungen zu überprüfen: Ärzte müssen Röntgenbilder und ihre Interpretation darlegen, Sonographieuntersuchungen sehr genau dokumentieren und einreichen, Koloskopieuntersuchungen auf Video dokumentieren und vorweisen. Vorgeschriebene kontinuierliche Fortbildungen in speziellen Verfahren werden kontrolliert. Diejenigen, die jetzt am lautesten nach Kostenerstattung rufen, erwecken aber den Eindruck, als ob man bei der Kostenerstattung von solchen Kontrollen befreit wäre.

Manche Freien Ärzte-Verbände, Genossenschaften und Ärztenetze haben sich auf die Fahne geschrieben, sich ganz und gar

der Kontrolle durch die KVen und damit durch den Staat zu entziehen. Sie polemisieren gegen Staatsmedizin. Sie wollen ihre Marktmacht nutzen, um als Berufsgruppe frei agieren zu können. Das Missverständnis dabei ist, dass es eine genuine Aufgabe des Staates ist, für die Gesundheit seiner Bürger zu sorgen. Diejenigen, die dies umsetzen, die Ärzte und Psychotherapeuten, sind somit weniger den Rechtsanwälten als den Richtern zu vergleichen, die eine staatliche Aufgabe ausführen und sich an entsprechende Regeln halten müssen.

### Die Sehnsucht nach Freiheit

Es ist möglich, dass das Unbehagen im jetzigen System weniger wegen schlechter Honorierung besteht, als wegen der oben geschilderten dauernden Dissonanz den eigenen Werten gegenüber. Der so genannte Systemausstieg würde dann als eine Befreiung erlebt, in der man wieder mit sich selbst übereinstimmt.

Ich bezweifle aber, dass der Systemausstieg dieses erwünschte Ziel erreicht. Ohne eine Bewusstseinsänderung ist zu befürchten, dass die bisherigen Mechanismen noch ungehinderter wirksam werden: die Frechen werden sich ausbreiten und die Zögernden werden entweder untergehen oder sich auch korrumpieren lassen. Das Interesse der Kranken wird nicht mehr von einer Organisation der Ärzte und Psychotherapeuten vertreten.

### Was heißt dies für die Institution KV?

Sie muss sich auf ihre staatlich übertragenen Kontrollaufgabe besinnen. Eine Haupt-Dienstleistung der KV ist die angemessene Kontrolle, mit der alle KV-Mitglieder vor schwarzen Schafen geschützt werden. Gesellschaftliche und somit staatlich vorgeschriebene Aufgabe der KV ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, was sie nur durch wirksame Kontrollmaßnahmen erreichen kann, die ggf. bis zu Praxisbegehungen und Patienten-Befragungen gehen können. All dies ist auch jetzt schon möglich, wird aber u.a. aus Angst vor Imageverlust nicht umgesetzt. Alle Maßnahmen der KV als Institution müssen daraufhin überprüft werden, ob sie ehrliche Abrechner benachteiligen und „Offensivabrechner“ bevorteilen – i.S. der Funktion eines Dienstleisters ihrer Mitglieder. Wirtschaftliche Erbringung von Leistungen nützt der Gesellschaft und dem Arzt oder Psychotherapeuten. Die Rechte des einzelnen KV-Mitglieds sind gerade durch den öffentlich-rechtlichen Charakter der KV gesichert.

### Irreführende Modelle

Die rot-grüne Regierung mit ihrer Idee, die KVen durch hauptamtliche angestellte Vorstände führen zu lassen, hat z.T. sogar die Fiktion einer KV als freiem Wirtschaftsunternehmen gestärkt und die Idee der KV als einer dem Rechtsstaat verbundenen Institution geschwächt. Dabei gerät allzu schnell die Aktiengesellschaft zur Orientierung für KV-Handeln. Groß ist die Klage im Blätterwald, wenn eine Aktiengesellschaft nicht an die Sozialverpflichtung des Eigentums denkt und sich über manches Recht und Gesetz hinwegsetzt um den share-holder-value zu erhöhen. Das kann nicht Modell für die Versorgung von Kranken sein.

Die KV ist eine Körperschaft öffentlichen Rechts. Sie verwaltet im Auftrag des Staates die ambulante gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Zusammen mit den Krankenkassen nimmt sie eine staatliche Aufgabe wahr. Wenn die ehrenamtlichen und hauptamtlichen Funktionsträger der Ärzte und Psychotherapeuten diese Tatsache vergessen und sich statt dessen als reine Unternehmerorganisation definieren wollen, geraten sie in Gefahr, genau den Ärzten und Psychotherapeuten das Wasser abzugraben, die ernsthaft und verlässlich ihre Patienten versorgen wollen. Ich persönlich bin davon überzeugt, dass eine sich verlässlich an ihre rechtlichen Aufgaben haltende KV der schweigenden Mehrheit der Ärzte und Psychotherapeuten sehr viel wert wäre, auch wenn sie als Kontrollinstanz nicht geliebt wird. Rote Ampeln und die Pflicht, sich an sie zu halten, stoppen den einen, geben aber allen anderen die Sicherheit beim Fahren bei Grün.

Jürgen Doebert  
KOOPTIERTES VORSTANDSMITGLIED BVVP

# VERANSTALTUNGEN

## Weiterbildung, Kongresse, Reisen

von bis	Veranstaltung	Kontakt
2006-10-19 2007-01-27	<b>Qualifizierungskurs Kompetenz Personalauswahl:</b> Vorbereitung auf die personenbezogene Lizenzierung nach DIN 33430 in fünf Modulen.	www.apprendi.de www.lmu.de/pd
2006-10-27 2006-10-27	<b>Vortrag von Dr. Lutz Müller, Stuttgart:</b> Symbole der Individuation und das Transpersonale - 20.15 Uhr Kreuzkirche, Hiltenspergerstr. 55	C.G.Jung-Institut München Tel. 089/ 2714050
2006-10-29 2006-11-02	<b>Methodische Grundlagen der Inneren Kind - Arbeit:</b> Bewegungs-, + Wahrnehmungsübungen, Psychodrama, Rituale für die Praxis der Inneren-Kind-Arbeit.	Frauenbildungshaus Zülpich Tel 02252-6577
2006-11-03 2006-11-04	<b>Integrative Behandlung von Magersucht und Bulimie:</b> Workshop akkreditiert von ÄKN u. PKN, Dozent: Dr. Wolfgang Lempa, Medizinische Hochschule Hannover	FIKV Tel.: 05281/606763
2006-11-04 2006-11-05	<b>EMDR-Vertiefung:</b> Transgenerational weitergegebene Traumata & EMDR. Berlin, Dr. Katharina Drexler, 16 FE , 296 Euro , info@traumatherapie.de, 030/4642185	Institut für Traumatherapie www.traumatherapie.de
2006-11-04 2006-11-05	<b>Praxistage Kinder-u. Jugendlichenpsychotherapie:</b> - Ein Blick über den Tellerrand.... - 8 Workshops im Schöneberger Rathaus, Berlin.	awk@dgvt.de, www.dgvt.de Tel. 07071/943434
2006-11-10 2006-11-11	<b>Workshop mit PD Dr. Retzer, Dipl.-Psych.:</b> Systemische Familientherapie bei chronischen körperlichen Erkrankungen (Veranstaltungsort: Heidelberg)	Akademie bei König & Müller www.koenigundmueller.de
2006-11-10 2006-11-10	<b>Ringvorlesung WS 06/07: Dr. med. Wolfgang Merkle:</b> Unterschiedliche Settings in der Psychosomatik. Info: www.dpg-frankfurt.de/aktuell/aktuell.html	Institut für Psychoanalyse DPG Frankfurt, 069 747090
2006-11-11 2006-11-12	<b>kkk - Viertes Kölner Kinderpsychotherapie-Kolleg:</b> Viertes Kölner Kinderpsychotherapie- & -psychiatrie-Kolleg und 17. Kölner Verhaltenstherapie-Workshops	Lina Busse Sandra Schilles
2006-11-16 2006-11-18	<b>EMDR-Einführungs-Seminar in Köln:</b> Zertifizierte EMDR-Ausbildung des Instituts von F. Shapiro in Deutschland. Info: 02204-25866, www.emdr-institut.de	EMDR-Institut Deutschland info@emdr-institut.de
2006-11-23 2006-11-25	<b>Angewandte Gesundheitspsychologie:</b> Kompaktfortbildung, 7-teilige Kursreihe, Gesamumfang: 140 UE, Ort: Marburg	DPA Tel.: 0228-98731-28 info@dpa-bdp.de
2006-12-08 2006-12-10	<b>Seminar Psychotraumatologie in Dresden:</b> Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy - mit Prof. M.R. Smucker, Wisconsin/USA	Tel. 035955-47500 Tel. 0351-8010097
2006-12-09 2006-12-09	<b>Was ist ein gutes Leben?:</b> Antworten aus philosophischer, theologischer, sozio-ökonomischer, psychotherapeutischer und lebenskünstlerischer Sicht	www.eos-klinik.de Tel.: 0251 / 68 60 - 111
2006-12-19 2006-12-21	<b>Ausbildung in Motivational Interviewing - MI:</b> 7-tägige Ausbildung in drei Böcken, Teil 2 vom 22. bis 23. Jan. 2007 und Teil 3 vom 26. bis 27. Feb. 2007.	www.motivational-interview.de Quest Akademie, 06221 73920 30
2007-02-08 2007-02-09	<b>Sokratischer Dialog:</b> Methode der Gesprächsführung die den Ratsuchenden zur Infragestellung festgefahrener Denk- und Handlungsmuster anregt.	Fortbildungsstelle
2007-03-02 2007-03-04	<b>4. Wissenschaftl. Fachtagung des bkj - Was Wirkt?:</b> -Die Bedeutung d. therap. Beziehung in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie- Ffm/FH f. Soziales	bkj.bgst@t-online.de Tel. 06124-726087 - Fax:726091
2007-03-09 2007-03-10	<b>Traumatherapie und EMDR bei Kindern / Jugendlichen:</b> EMDR-Kindercurriculum in Berlin für approb. Ki/Ju-Psychotherapeuten (Trainerin DP Dagmar Eckers)	www.traumaforum-berlin.de Tel. 030-7864295
2007-05-25 2007-05-28	<b>Kinästhetik – Kreatives Lernen durch Körperarbeit:</b> Die eigene Bewegung ist die Quelle unseres Tuns. Aktivierung der Bewegungsressourcen.	info@burckhardthaus.de Tel. 06051/89220
2007-11-15 2007-11-18	<b>Hypnose im neuronalen Netzwerk:</b> Kongress der DGH in Bad Lippspringe, Vorträge u. Seminare zur Hypnotherapie	DGH-Geschäftsstelle www.hypnose-dgh.de

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

## Aufmerksamkeit

erlangen Sie hier schon ab 120,- €\*

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

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

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

# AUS DEN REGIONALVERBÄNDEN

## HESSEN

### KV Hessen schlägt härtere Gangart gegen die Widerspruchsverfahren gegen Honorarbescheide ein

In einem Stillhalteabkommen mit dem vhpv hatte die KV Hessen die Widerspruchsverfahren gegen die Honorarbescheide 2000 bis 2. Quartal 2004 bisher ruhend gestellt, bis in unserem beim Frankfurter Sozialgericht seit 2001 anhängigen Musterverfahren ein Grundsatzurteil gesprochen wird. An dieses Stillhalteabkommen fühlt sich die KV Hessen leider nicht mehr gebunden, denn sie ist mittlerweile dazu übergegangen, alle Widersprüche ab dem 3. Quartal 2004 zu bescheiden und jeden Widerspruchsführer in die Einzelklage zu zwingen. Kurz zuvor hatte das BSG mit dem Urteil vom 28.1.2004 seine Maßgaben zum 10-Pfennig-Punktwert für genehmigungspflichtige psychotherapeutischen Leistungen aus 1999 bekräftigt. Die Kasseler Richter hielten auch höhere Punktwerte als 5,11 ct. für gerechtfertigt, wenn die referentiellen Vergleichserträge der hausärztlichen (2000 und 2001) und der fachärztlichen Vergleichsgruppen (2002 bis 2. Quartal 2004) höher liegen.

Die (juristische Geschäftsführung der) KV Hessen hat sich jedoch den Standpunkt zueigen gemacht, dass mit der ausgezahlten Nachvergütung die Auseinandersetzung um die angemessene Honorierung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen beendet sei. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses der KBV und der Krankenkassen zur Umsetzung der Maßgaben aus dem BSG-Urteil seien rechtskonform und von der KV Hessen korrekt umgesetzt worden.

Wir haben hingegen umfassende Nachprüfungen der Nachvergütung vorgenommen und festgestellt, dass z.B. die Laborkosten doppelt, einmal vom Gesamtbudget

und dann noch mal, von den Einkommen der hausärztlichen und fachärztlichen Vergleichsarztgruppen, abgezogen worden sind, die zur Ermittlung der neuen Mindestpunktwerte und zur Berechnung der Nachvergütung für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen herangezogen wurden. Vergleichsberechnungen mit den Umsätzen nichtpsychotherapeutisch tätiger Fachärzte haben gezeigt, dass das durchschnittliche Einkommen eines nichtpsychotherapeutisch tätigen Facharztes trotz Nachvergütung und höheren Mindestpunktwertes für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen immer noch 3,5-fach so hoch ist wie das Durchschnittseinkommen eines Psychotherapeuten. Wir sind daher der Überzeugung, dass die Vergütungsunterschiede zwischen den Psychotherapeuten und den nichtpsychotherapeutisch tätigen Fachärzten weiterhin signifikant sind zum großen Nachteil der Psychotherapeuten und dass die KV Hessen zu einer weiteren Nachvergütung bis zum Mindestpunktwert von 5,11 ct. verpflichtet ist. Der kassenübergreifend durchschnittliche neue Mindestpunktwert in Höhe von 4,68 ct. ist weiterhin zu niedrig und kann auf keinen Fall akzeptiert werden!

Es ist bis heute nicht klar, in welche Töpfe die Mehrzahlungen der Krankenkassen (ca. 24 Mio. Euro!) zur Nachvergütung geflossen sind, die eigentlich den Psychotherapeuten zustehen. Die KV Hessen stellt sich auf den Standpunkt, dass die Fachärzte die Nachvergütungslasten zu schultern gehabt hätten und insofern in den Genuss der Mehrzahlungen der Krankenkassen kommen müssten. Würden die Mehrzahlungen in die Töpfe der Psychotherapeuten seit 2000 eingestellt werden, könnten sich nachträglich die Punktwerte für die nichtgenehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen erhöhen, so dass unserer Meinung nach eine Nachvergütungspflicht der KV Hessen auch in diesem Leistungsbereich besteht für den Zeitraum 2000 bis 2. Quartal 2004.

Auf Grund dieser Feststellungen haben wir unseren hessischen Mitgliedern im vhpv empfohlen, die Widersprüche gegen die Honorarbescheide des Zeitraums 2000 bis

2. Quartal 2004 weiterhin aufrecht zu erhalten und nicht zurückzunehmen. Diese Widersprüche sind – abgesehen von wenigen Ausnahmefällen – zwar bisher noch nicht beschieden worden, jedoch rechnen wir in Hessen damit, dass diese ebenso wie bereits die Widersprüche des 3. Quartals 2004 bis 1. Quartal 2005, in einigen Ausnahmefällen bis 2. Quartal 2005, flächendeckend beschieden werden. Jeder einzelne Widerspruchsführer ist demzufolge gezwungen, Klage gegen den Widerspruchsbescheid der KV bei Gericht einzureichen.

Als wenn die Sachlage in der Auseinandersetzung um die Angemessenheit unserer Honorare nicht schon kompliziert genug wäre, ist für die Klageverfahren gegen die Honorarbescheide in Gestalt der Widerspruchsbescheide seit dem 3. Quartal 2004 plötzlich das Marburger Sozialgericht zuständig geworden. Somit haben wir es mit 2 Sozialgerichten in Hessen zu tun, die unabhängig voneinander ein Urteil wegen der nach wie vor zu geringen Vergütung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zu treffen haben. Das Sozialgericht Frankfurt wird vermutlich in 2007 einen Termin anberaumen müssen, weil die Maßgaben des Bundessozialgericht zu beachten sind, dass ein sozialgerichtliches Verfahren nicht länger als 6 Jahre anhängig sein darf.

Um dem einzelnen Widerspruchsführer das Einzelklageverfahren zu ersparen und um für eine ökonomische Verfahrensabwicklung bei Gericht zu sorgen, haben wir die KV Hessen gebeten, anstelle der einzelnen Klageverfahren gegen die Honorarbescheide des 3. Quartals ff. einem Musterverfahren als Sammelklageverfahren beim Marburger Sozialgericht zuzustimmen. Die KV Hessen hat diesen Vorschlag abgelehnt mit dem Argument, dass ein Musterverfahren zu viele Verwaltungskosten produzieren würde, die gegenüber den Mitgliedern der KV Hessen nicht verantwortet werden könnten, und sich bezüglich näherer Ausführungen und Begründungen zur Kostenfrage bedeckt gehalten. Wir sind der Meinung, dass die Durchführung eines Musterverfahrens die kostengünstigere Variante gegenüber den vielen Einzelklageverfahren dar-



Tilo Silwedel

## Initiative zur Verbesserung der PT-Honorare der Psychiater

Wir berichten über eine Verbändeübergreifende Initiative des vhp und des BVDN (Bundesverband der Deutschen Nervenärzte) zur Verbesserung der Honorarsituation bei den Psychiatern.

Bekanntlich werden die psychiatrischen Gesprächsleistungen neben den psychotherapeutischen Leistungen besonders schlecht vergütet im Vergleich zu den übrigen Leistungen der Haus- und Fachärzte. Bei den Psychiatern mit mehr als 30% Psychotherapieleistungen belaufen sich die mittleren oberen Punktwerte im Regelleistungsvolumen kassenübergreifend auf ca. 1,7 ct. (!), die durchschnittliche Punktzahl je Fall im Regelleistungsvolumen beträgt 812 Punkte. Wir halten diese Abwertung psychiatrischer Gesprächsleistungen für skandalös und dringend abhilfebedürftig.

In einem ersten verbändeübergreifenden Gespräch zwischen Vorstandsmitgliedern des vhp und des BVDN wurden erste Eckpunkte abgesteckt, um einen Forderungskatalog zur Verbesserung der Honorierung psychiatrischer Leistungen zu erstellen. Über spezielle aussagekräftige Statistiken soll die nicht mehr kostendeckende Vergütung psychiatrischer Gesprächsleistungen dokumentiert werden. Geplant sind auch eine statistische Erhebung zur Betriebskostensituation psychiatrischer Praxen und Modellberechnungen für eine angemessene Vergütung. Neben unseren Signifikanzanalysen der Unterfinanzierung psychiatrischer Gesprächsleistungen seit dem Jahre 2000 im Vergleich mit den Leistungsbewertungen der nicht-psychotherapeutisch tätigen Haus- und Fachärzte ist auch die Einschätzung der rechtlichen Dimensionen der Vergütungssituation bei den Psychiatern Gegenstand unserer Initiative.

Unserer Meinung nach besteht dringender Handlungsbedarf der KV Hessen und der Krankenkassen, zur Sicherstellung der Versorgung psychiatrischer Patientinnen mit Gesprächsleistungen die Punktwerte und die Punktzahlen/Fall im Regelleistungsvolumen insbesondere bei den Psychiatern mit mehr als 30% Psychotherapieleistungen zu erhöhen.

Das Problem wurde bereits in der Sitzung des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie vom 21.3.06 mit dem 2. Vorsitzenden der KV Hessen, Herrn Dr. Zimmermann, erörtert. Herr Zimmermann war der Auffassung, dass es keine Abhilfe seitens der KV bezüglich der extremen Schieflage bei den

Psychiatern geben würde, solange die Plus-Minus-5%-Ausgleichsregelung besteht. Bezüglich der Bonus-Malus-Regelungen sollte es Gespräche mit den Psychiatern geben. Die Zahlen der Fachärzte für Psychiatrie seien zurückgegangen (mehrere Praxisschließungen, teils aus wirtschaftlichen Gründen oder aus Krankheitsgründen) und deshalb sei die Gesamtvergütung niedriger ausgefallen. Diese Logik ist nicht einsichtig, denn wenn weniger Leistungen angefordert würden, müsste dies eigentlich zu einem höheren Punktwert führen unter der Voraussetzung, dass den Töpfen der Psychiater keine Mittel entzogen wurden.

Bisher hat sich aber nichts mehr in der Frage bewegt, so dass wir hier aktiv werden wollen, indem wir das Problem nochmals in den beratenden Fachausschüssen für die Fachärzte und für Psychotherapie sowie in Gesprächen mit den Krankenkassen und mit dem Landesvorstand der KV aufgreifen wollen. In Modellberechnungen des bvvp wird ein Punktzahlgrenzvolumen von mindestens 3000 Punkten je Fall im Regelleistungsvolumen für Psychiater mit einem hohen Anteil von Gesprächsleistungen für erforderlich gehalten!

TILO SILWEDEL  
VORSTANDSMITGLIED VHVP

## BRANDENBURG

### Vorstandswahl des BVP (bvvp-Regionalverband in Brandenburg)

Der neue Vorstand unter dem vielversprechenden Vorsitz von Herrn Dr. med. S. Alder konstituierte sich am 9.9.06 in Potsdam. Als 1. Beisitzer wurde Herr Dr. med. Lösch gewählt. Herr Dr. Kerber, bis dahin amtierender Vorsitzender, übernahm die Stelle des 2. Beisitzers. Schatzmeister wurde Dr. med. Lintzen. Die Mitglieder des BVP setzten sich das Ziel, neue Mitglieder zu gewinnen. Durch die kürzlich durchgeführte ICD-10 Veranstaltung wurden vier neue Mitglieder gewonnen. Veranstaltungen zum Qualitätsmanagement in der Psychotherapeutischen Praxis sind in Potsdam und Cottbus in Kürze geplant.

DR. THOMAS LINTZEN  
SCHATZMEISTER BVP

stellt. Demgegenüber hat die KV Hessen die Passivität nicht weniger Psychotherapeuten in den Blick genommen, flächendeckend Klage gegen Widerspruchsbescheide zu erheben – insbesondere nach stattgehabter Nachvergütung mit teils fünfstelligen Eurosummen. Angesichts der auch von uns festgestellten Klagemüdigkeit unserer Kolleginnen und Kollegen liegt die Vermutung durchaus nahe, Kosten bei einer erneuten Nachvergütung einsparen zu können.

Bei der sehr wahrscheinlichen Prozessniederlage hat die KV Hessen eine weitere Nachvergütung bis zum aktuellen Abrechnungsquartal vorzunehmen – jedoch nur für die Klageführer. Sie hätte zudem bei künftigen Abrechnungen für einen neuen hoffentlich dann angemessenen Mindestpunktwert bei den genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen für alle Psychotherapeuten zu sorgen. Nachzahlungen der Krankenkassen zur Nachvergütung und Zahlungen der Krankenkassen zur Stützung des Punktwertes für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen müssten in die Fachgruppentöpfe der Psychotherapeuten zusätzlich eingestellt werden, damit die neuen Mindestpunktwerte nicht über den Absturz bei den Punktwerten der nichtgenehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im System der Regelleistungsvolumina finanziert werden müssen und die Maßgaben des BSG zur angemessenen Vergütung genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen nicht ins Gegenteil verkehrt werden.

TILO SILWEDEL  
VORSTANDSMITGLIED VHVP

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

## SCHWERPUNKT

# Das Bild der Psychotherapie in der Öffentlichkeit



Ortwin Löwa

### Liebe bvvp-Mitglieder, liebe LeserInnen des Schwerpunktes!

erkenne dich selbst!, lautet eine seit der Antike gültige goldene Regel der Psychotherapie, obwohl man diesen Fachbegriff erst seit Freud allgemein benutzt. Er hat der Selbsterkenntnis als Erster mit professionellen Werkzeugen auf die Sprünge geholfen. Seitdem haben sich Begriffe wie Ödipus – Komplex oder der Freudsche Versprecher ins öffentliche Bewusstsein eingegraben. Allerdings: So einfach es scheint, Selbsterkenntnis zu fordern, so schwierig sind die Wege dorthin. Mittlerweile wetteifern diverse Therapieschulen und Heerscharen von Therapeuten um den Königsweg in die Psyche. Was als einfache Botschaft seelischer Heilung erschien, ist für die Öffentlichkeit schwierig und auch vielfach verwirrend geworden.

Auf die Frage: was ist eigentlich Psychotherapie und wer sind die Therapeuten? kommt ein gemischtes Echo von Halbwissen, hartnäckigen Vorurteilen, aber auch präzisen Kenntnissen, vermittelt durch eine Fülle von Ratgebern oder im Internet vernetzte Selbsthilfegruppen. Der dadurch geschulte „Kunde“ Patient verlangt klare Ansagen und gesicherte Qualität. ( Um die Frage Evidenz und Qualitätssicherung wird es im nächsten Schwerpunkt gehen ). Therapeuten agieren nicht mehr nur in einem geschlossenen Praxisraum, sondern haben sich der Öffentlichkeit zu stellen. Die in Lehranalysen u.a. schon lange praktizierte Selbsterfahrung ist heute besonders gefordert. Diese Wechselbeziehung zwischen Selbst – und Fremdbild der Psychotherapie und der Therapeuten wird uns in diesem Schwerpunkt beschäftigen.

Rüdiger Hagelberg analysiert das Presseecho zum 150. Geburtstag von Sigmund Freud und geht anschließend auf die unterschied-

lichen Aspekte ein, unter denen die Öffentlichkeit auf die Psychotherapie reagiert.

Ein Spiegelbild im wahrsten Sinne des Wortes der Wahrnehmung von Psychotherapie hat der Film geliefert. Die Filmgeschichte ist geradezu eine psychotherapeutische Entwicklungsgeschichte. Auch dazu Anmerkungen.

Zwei Interviews vertiefen die Frage nach dem Selbstbild der Therapeuten.

Einmal mit Gisela Borgmann, bis vor einiger Zeit Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin, dann mit Birger Dulz. Er ist Mitautor der Studie:

„Wir: Psychotherapeuten“, in der über die therapeutische Arbeit in ungewöhnlich persönlicher Offenheit berichtet wird.

Kein Blatt vor den Mund nimmt die Berliner Publizistin Ute Scheub, die frei von der Seele weg Psychotherapeuten eher als skurrile Figuren beschreibt.

Ihr ganz persönliches Erlebnis mit Psychotherapie schildert die Sozialpädagogin Susanne Niemeyer als humorvolle Betrachtung eines Lebensabschnittes.

Humor in der Therapie ist das Stichwort für Bernhard Trenkle, der Humor als Angst befreiendes Mittel einsetzt und darüber in „Wir: Therapeuten“ referiert.

Trenkle ist auch Herausgeber zweier Sammlungen mit Witzen rund um psychotherapeutische Probleme, aus denen auch in diesem Schwerpunkt zitiert wird.

(Das Ha – Handbuch der Psychotherapie. Das zweite Ha – Handbuch der Witze zu Hypnose und Psychotherapie. Beide Carl-Auer-Verlag). Sie sind allen empfohlen, die nach anstrengenden therapeutischen Sitzungen Erholung brauchen.

Zur Frage der Selbsterkenntnis in Heilberufen empfehle ich folgende Anekdote:

„Ein Mann kommt in den Himmel. Petrus zeigt ihm die ganze Anlage. Im Hintergrund läuft ein Mann im weissen Kittel mit Stethoskop vorbei. Der Neuankömmling wundert sich: „Gibt es hier auch Ärzte?“ Petrus verneint und sagt: „Das ist Gott. Alle paar Wochen überkommt es ihn, und dann spielt er Arzt.“

ORTWIN LÖWA

Wieder einmal hat der „Schwerpunkt“ – Kollege **Rüdiger Hagelberg** gewaltig in die Tasten gegriffen und sich zwei profunden Themen gestellt. Das eine ist die Bestandsaufnahme des Presseechos auf den 150. Geburtstag von Sigmund Freud am 6. Mai dieses Jahres. Ein gewaltiges Rauschen im Blätterwald. Das andere betrifft eine unserer Grundfragen: Psychotherapie und Öffentlichkeit.



Rüdiger Hagelberg

### Publikationsflut

Der 150. Geburtstag Sigmund Freuds hat im „offiziellen“ Deutschland wenig Echo gefunden; keine öffentliche Feierstunde, keine Ansprache des Präsidenten der Bundesärztekammer, keine Briefmarke. Um so mehr überraschte da die nahezu überflutende Berichterstattung der deutschen Presse. Die Presseleute schienen bisweilen selbst überrascht. Heiko Ernst, Chefredakteur der Zeitschrift „Psychologie heute“, konstatierte im „Wochenendjournal“ des „Hamburger Abendblattes“ am 6./7.5. ein Ende des „Freud-bashing“: alle huldigten ihm nun, nachdem sie ihn jahrzehntelang abgetan hätten. In der Tat: überregional und regional wurde des Begründers der Psychoanalyse gedacht. Allein in Deutschland erschienen Hunderte Artikel (einschl. Publikationen im Internet) und gesellten sich zu den über 8 Millionen Publikationen und Links der virtuellen Freud-Bibliothek hinzu. Allein die „WELT“ veröffentlichte insgesamt 15 Artikel, die „ZEIT“ (einschl. Beilagen u.a.) über 20.

Für meinen nachfolgenden Bericht habe ich aus dieser Fülle eine begrenzte Zahl von Aufsätzen oder Interviews aus zumeist überregionalen, nicht-fachlichen deutschen Zeitungen und Zeitschriften ausgewählt und gebe sie unter einigen, mir besonders wichtigen Aspekten wieder.

### Freuds jüdische Herkunft

Freuds jüdische Wurzeln werden in den meisten Artikeln nur knapp gewürdigt. In einem Artikel in der „Süddeutschen Zeitung“ („SZ“) vom 3.5. über „Altes und Neues in Büchern über Sigmund Freud...“ hebt Volker Breidecker dagegen die jüdische Herkunft Freuds anhand der Erinnerungen von Lilly Freud-Marle` besonders hervor. („Mein Onkel Sigmund Freud. Erinnerungen an eine große Familie“, nach Breidecker eine „Perle“ unter den Neuveröffentlichungen). Sie habe etwas von dem „Sprachzauber“ ihres Onkels geteilt, und der selbst erklärte „Jude aus Mähren“ gewinne hier eine menschliche Kontur, über

die wir den Abstand ermesen könnten, der uns nicht erst seit heute von ihm trennt.

Die „Frankfurter Allgemeine“ („FAZ“) vom 29.4., die „WELT“ vom 7.4. u.v.a., berichten über die gegenwärtige Freudausstellung im Jüdischen Museum in Berlin. In dem „FAZ“-Artikel heißt es: „...das Jüdische Museum nimmt Sigismund Schlomo Freud in seine Arme, verneigt sich vor dem Mann, der jede religiöse Handlung verweigert, zugleich aber niemals seine jüdische Herkunft verleugnet hat.“ Wo kann man Freud aber einordnen? Schwerlich nur in ein jüdisches Leben, wie auch Einstein nicht, der häufig gemeinsam mit Freud genannt wird. Einige Zeitungen berichten, Freud habe erst unter dem Eindruck des Nazi-Terrors ausdrücklichen Wert auf seine jüdische Herkunft gelegt.

Auch der Medizin haben sich er und seine Psychoanalyse offenbar nicht zugehörig fühlen können und genauso wenig der Psychologie. Die Psychoanalyse selbst ist gewissermaßen selbst geschaffene „Heimstatt“ geworden, oder auch, viel vager, die (mittel-) europäische Kultur. Heimatlosigkeit mag man Freud daher zuschreiben und dies als damaliges jüdisches Schicksal ansehen. Viele Artikel waren deshalb von den unbeantworteten Fragen nach Freuds persönlicher und vor allem wissenschaftlicher „Heimat“ geprägt.

Ein Höhepunkt der Berichterstattung schien mir daher ein zweiter Artikel Volker Breideckers in der „SZ“ a.a.O. zu sein, der von Freuds vielleicht einziger wirklicher „Heimat“ einfühlsam Bericht gab: von seiner mährische Geburtsstadt Pribor (früher Freiberg), Titel: „Die Seele der Kindheit“. Der Autor brachte uns das Städtchen nahe, dem Freuds immer währende Sehnsucht und Liebe gegolten habe. Pribor ehrt seinen großen Sohn auf mehrere Weise, u.a. mit der Benennung des zentralen Platzes in der Stadt nach ihm (wenn es denn zur Ehre gereicht, in der Namensgebung Nachfolger eines Josef Stalin zu sein).

Der Artikel schließt mit dem Zitat aus einem Brief Freuds an seinen Freund Silberstein, in dem Freud als Gast in Pribor das Ende seiner Jugend wahrzunehmen meint: „Hiermit endet diese Formation, hier versenke ich den Zauberstab, eine neue Zeit breche herein, die keiner Poesie und Phantasie bedarf.“ „Da hatte sich,“ so Breidecker, „der angehende Naturforscher und künftige Tiefenerforscher der menschlichen Seele aber gewaltig getäuscht“.

### Leben und Werk

Eine Herausforderung war es auch, das volle und wechselhafte Leben und Lebenswerk Freuds in seinen Stationen, seinen Höhepunkten und den oft mit ihnen verknüpften Wesenskernen seine Lehre darzustellen. Viele AutorInnen sind ihr auf die eine oder andere Weise gerecht geworden.

Mit einer reich bebilderten Artikelserie warteten Birgit Lahann u.a. im „Stern“ auf. Die Publikums-wirksame Aufbereitung hob die wichtigsten Lebensstationen Freuds und eher spektakuläre Inhalte seiner Lehre wie „Sexualität“, „Frauenbild“ oder „Couch-Behandlung“ hervor. Das Interview mit dem Analytiker Wolfgang Schmidbauer unterstrich im Gegensatz zu manchen früher eher abfälligen Berichten über Freud und die Psychotherapie eine Wendung des „Stern“ (diesmal) ins Positive.

Während die Zeitschrift „Geo“ Freud mit einem Artikel von Martin Lindner: „Der Archäologe der Seele“ eine wertschätzende wenn auch etwas magere Titelgeschichte widmete, übertraf sich, wie erwähnt, die „ZEIT“ mit einer regelrecht Welt-umspannenden Berichterstattung unter dem Motto: „Die ganze Welt der Seele“. Drei große Artikel erschienen bereits im Februar dieses Jahres, in denen be-

stimmte Aspekte von Freuds Leben und Werk behandelt wurden – eine wohlthuenden „Baustein-Berichterstattung“. In seinem Artikel „Traum und Deutung“ vom 23.2. zum Beispiel untersuchte Ulrich Schnabel den Stand der heutigen Beziehung zwischen Psychoanalyse und Neurobiologie und räumte ein, dass einige neuere Ergebnisse der Neurobiologie Freud bestätigten. Es müsse auch daran erinnert werden, dass Freud schon damals für neurologische Erkenntnisse offen gewesen sei.

Mit dem Ausdruck von Verwunderung machten zahlreiche Zeitschriften die Neurobiologie zum Zeugen für die Richtigkeit Freudscher Thesen und sprachen von „Wiederannäherung“. Wenige dagegen brauchten diese Zeugenschaft nicht. Vermutlich hatte dort eine „Entfernung“ gar nicht statt gefunden.

In der „SZ“ vom 6./7.5. zum Beispiel schrieb Thomas Macho Sätze, die seine Wertschätzung für Freuds Leistungen ausdrücklich nicht an eine Bestätigung durch die Hirnforschung knüpften. Freud habe den „Begriff des persönlichen Unbewussten“ entwickelt und das diffuse Unbewusste damit „entdämonisiert“. Die Psychoanalyse sei inspirierend für zahlreiche Wissenschaften, für Kunst oder Politik gewesen.

In einem zweiten Artikel in der gleichen Ausgabe hob Burkhard Müller Freud als „Meister der Sprache“ hervor: Was die Psychoanalyse zutage fördere, „verbindet sich unauflöslich mit der Art, wie sie es sagt.“ Auch über seine und seiner Patienten Träume habe er „bestürzend gut“ geschrieben. Müller verglich das Triebleben mit einem Leitungssystem mit Drücken, Verdrängungen, Widerständen usw. und nannte die „Mechanik des Trieblebens“ angesichts Freudscher Erkenntnisse und seiner Sprachkunst eine „hydraulische Novelle“. Aber die Sprache Freuds, so auch der kritische Blick des Autors, habe etwas vortragen müssen, was sich nie habe beweisen lassen. Sie sei als „eine Flucht nach vorn“ zu sehen, was anderes sei Freud gar nicht übrig geblieben.

Wie hat eigentlich die deutsche Medizin und Medizinpresse den 150. Geburtstag ihres großen Kollegen gewürdigt? Grob gesagt, vorwiegend mit dem „PP“, der monatlichen Ausgabe des „Deutschen Ärzteblattes“ („DÄB“) für die psychologischen PsychotherapeutInnen. Von mehreren „Geburtstagsartikeln“ hier überragte der Text von Michael B. Buchholz in der Aprilausgabe „Psychoanalyse: Wissenschaft und Lebenskunst“ alle anderen. Er las sich wie Würdigung, Klarstellung und Belehrung der Freud-Gegner zugleich. Buchholz machte u.a. der experimentellen Psychologie den Vorwurf, viele Befunde Freuds bestätigt zu haben, ohne anzuerkennen, „auf den Schultern eines Riesen zu stehen“.

Für einige Veröffentlichungen in der „Ärztezeitung“ und im „DÄB“ selbst galt dagegen eher ein Zitat Freuds, das einer der Autoren, Klaus Brath, als Artikelüberschrift wählte: „Verständnis ist spärlich, Lob nur wie Almosen“.

Auffällig war, dass sich nur ein ärztlicher Autor fand: Dr. med. Christof Goddemeier mit seinem Text über die „Psychoanalyse als Kulturkritik“, aber auch dieser in der „PP“. In der „Ärztezeitung“ betonte Matthias Lukasczik die noch immer bestehende Bedeutung der Psychoanalyse für die Medizin – als Psychologe!

Die Freudberichterstattung in der Zeitschrift „PM“ schien da umfassender. In vier Artikeln wurden einzelne prominente Aspekte in Freuds Leben und Werk anschaulich und durchaus nicht unkritisch veröffentlicht. Den Autoren ist es besonders gut gelungen, das damals überaus Revolutionäre in Freuds Erkenntnissen insbesondere über die Sexualität („der Skandal doktor“) darzustellen.

Vor Jahren hatte ich im „SPIEGEL“ die wiederholte Verunglimpfung der Psychotherapeuten quasi als Scharlatane des guten und leicht verdienten Geldes letztmalig zur Kenntnis genommen und mein

Abonnement gekündigt. Dass ausgerechnet Freud zu seinem 150. Geburtstag besser weg kommen würde, hatte ich nicht erwartet.

Aber weit gefehlt! Der wissenschaftlich aufbereitete Text brachte einige interessante bestätigende oder auch kritische Aspekte aus anderen Wissenschaftsbereichen zu Freuds Erkenntnissen, insbesondere zu seiner Trieb- und Sexualtheorie. Statt ins Abfällige wie gewohnt glitt er unter zu Hilfenahme der Neurobiologie eher ins Gefällige und las sich schließlich wie eine Rehabilitation.

Willkommen also, „SPIEGEL“, bei den Anhängern der Psychoanalyse? Vielleicht aber auch umgekehrt: Willkommen, AnalytikerInnen, bei den Abonnenten des „SPIEGEL“, seit das Magazin mit Sonderkonditionen bei dieser Berufsgruppe wirbt.

Im übrigen, die Bäume wachsen nicht in den Himmel. Bei „SPIEGEL-online“ erschien zum gleichen Datum ein Artikel von Christian Stöcker mit dem Titel „Der Überschätzte“, in dem nun alles, was man Freud an Leistungen zuschreibt, aus der Sicht der Psychologie wieder herabgesetzt wurde. Für die Psychologie habe Freud nichts bewirkt, Psychoanalyse werde vorwiegend von MedizinerInnen betrieben, und Psychologiestudenten hassten es, auf Freud angesprochen zu werden. Nach solchen Sätzen standen ein paar abschließende, positive Bewertungen eher wie im „luftleeren Raum“.

Schließlich die „TAZ“, die mit mehreren Artikeln zu Freuds Geburtstag unter dem pfiffigen Titel „Freud ist tot. Es lebt“ im „TAZ Magazin“ vom 6./7.5. heraus kam und die ich zum „Nachlesen“ besonders empfehlen möchte. (Leider geizt die TAZ beim Zugang zu ihrem Archiv, d.h., es kostet ein paar Euro.) In kaum einer Artikelserie wurde über Freud so viel gesagt – trotz eher indirekter Annäherung an ihn. Noch weiter herauszuheben ist der ausgezeichnete Text von Jan Feddersen „Anna Freud hätt's gefreut“, u.a. eine selten gute und „objektive“ Darstellung der Freud'schen Lehre von der Sexualität. Feddersens Fazit: „Die Psychoanalyse war angetreten, Menschen nicht als Teile einer einzigen objektivierbaren Welt zu sehen – sondern als Wünschende, Phantasierende, Spintisierende, Wähnende. Jeder und jede sieht alles anders. Damit zu leben – anders als die anderen zu sein –, lehrt das, was Freud aus vollkommen einsamer Position so ergrübelte.“

## Freud und die Frauen

Dass Feddersen in seinem Artikel besonders Anna Freud gewürdigt hat, leitet zum Thema „Freud und die Frauen“ über. Ihre zentrale Bedeutung in Freuds Leben und Lehre wurde zu Recht bei der Berichterstattung von vielen Zeitungen mal sachlich, mal in Boulevardblatt-Manier in den Vordergrund gestellt. Nahezu die Hälfte der durchgesehenen Publikationen zu Freuds Geburtstag verfassten Journalistinnen. Analytikerinnen wie Benigna Gerisch im „Hamburger Abendblatt Journal“, Marianne Beuzinger-Bohleber in der „Brigitte“ oder Anne Springer im „Stern“ kamen in Interviews zu Wort. Springer betonte, Freud habe die Frauen „überhaupt erst mal in den Mittelpunkt gerückt“, was – gerade aus seiner Zeit verstanden – eine große Leistung gewesen sei. In dem Psychologie-Magazin „emotion“ interviewte Caroline Rusch sogar Freud selbst, eine (nicht mehr ganz) originelle Idee.

Im „Hamburger Abendblatt“ vom 6.5. beschrieb Irene Jung Freud als „einfühlenden und phantasiereichen Arzt“, dessen Erkenntnisse damals revolutionär und verstörend gewirkt haben müssen. Dass das Leiden vieler seiner Patientinnen auch von der historischen Situation bedingt waren, habe er aber nicht gesehen.

In der „FAZ“ vom 5.5. widmete Rose-Maria Gropp dem Thema „Freud und die Frauen“ einen überzeugenden, mit den Portraits der wichtigsten Frauen um Freud bebilderten Artikel. Sie nannte ihn ei-

ne „Liebeserklärung“ – von Freud an die Frauen. Denn „ohne Frauen hätte Sigmund Freud die Psychoanalyse nicht erfunden“. Die „schmeichelnde Schmiegsamkeit“ bestimmter Frauen habe dem Meister wohl gefallen, aber wertvoller seien ihm die „Füchsinnen“ erschienen, denen er Gedankenfreiheit gegeben habe. Lou Andreas-Salome' zum Beispiel habe ihm seine ganze Theorie von der „Frau als Mangelwesen“ vor die Füße geworfen, und er habe die Publikation dessen gefördert. Und Freuds Asche sei, vereint mit der Asche seiner Frau, in einer Amphore geborgen, ein Geschenk von Marie Bonaparte.

Ein anregender Artikel von Beatrix Gerstberger mit dem Titel „Mein heimlicher Begleiter“ im Frauenmagazin „Brigitte“ (einschl. Interview, Buchbesprechung und Freud-Quiz) bestätigte den Eindruck von der Besonderheit von Freuds Beziehung zum weiblichen Geschlecht. In ihrem Text verzichtete die Autorin auf eine möglichst umfassende Berichterstattung, nahm Freud ganz persönlich und schilderte ihn durch die Stufen eigener Lebensentwicklung sehr lebendig als „heimlichen Begleiter“. Das las sich so, als setze sich hier eine erwachsene „Tochter“ noch einmal mit ihrem alten „Vater“ auseinander. Daraus ist wieder eine, wenn auch etwas raue Liebeserklärung geworden. Freud, so ihr Fazit, habe uns mit seinen Ideen, so umstritten sie auch sein mögen, einen Schlüssel zur Erinnerung, zu „unserer Wahrheit“, gegeben: manches Jahr mag der Schlüssel vor sich hin rosten, aber dann hole ihn jemand hervor, poliere ihn und denke: „Ist doch gar nicht so schlecht, das Ding.“

„Emma“ hat sich zu Freud nicht geäußert. Vielleicht lag es daran, dass Alice Schwarzer sich „am Penisneid-Konzeptes wundgerieben“ habe, wie Marianne Leuzinger-Bohleber in dem „Brigitte“-Interview mutmaßt.

### Freud und die Kultur

Nur wenige Zeitungen haben sich daran gewagt, Freud über seine Leistung als „Erfinder“ der Psychoanalyse hinaus auch als „spiritus rector“ eines veränderten Kulturverständnisses hervorzuheben.

Im „Abendblatt Journal“ vom 6.5. skizzierte Klaus Witzeling die Verwobenheit der Kultur des endenden 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts. Schriftsteller, Maler, das Theater und schließlich auch der Film seien bis heute von Freud inspiriert. Er erwähnte einen Film von 1976, indem sich zwei „Spürnasen“ begegnen, Freud, der Behandelnde, und Sherlock Holmes, der Patient, der mit der Freudschen Analyse von Kindheitstrauma und Drogensucht kuriert wird.

Noch einmal Heiko Ernst: Triebbewältigung sei auch heute die wichtigste Aufgabe des „Ich“, wenn es auch nicht mehr vor allem um den Sexualtrieb sondern um destruktive Triebe wie „latente und offene Aggression“, „hemmungsloser Konsumismus“ oder „grassierende Sinnkrisen“ gehe. Freud habe erkannt, dass dem Menschen als „kulturellem Wesen“ nichts anderes übrig bleibe, „als das Projekt der Triebkontrolle und der Selbstaufklärung voran zu treiben“.

In der „FAZ“ vom 6.5. betitelte Henning Ritter einen Artikel in Anlehnung zu Freuds Werk von 1930 „Das Unbehagen in der Kultur“: „Behagen in der Kultur. Sigmund Freud zieht die Bilanz von Glück und Unglück“. Die Menschheit laste als Schuldgefühl auf dem Menschen, und Freud habe die Seelenforschung dazu genutzt, die Enttäuschungen der Kultur ertragen zu lernen. Diese Aufgabe sei ihr unter sich verändernden kulturellen Inhalten auch heute gestellt. Die Schöpfung einer großen menschlichen Gemeinschaft, so habe Freud geglaubt, gelänge dann am besten, wenn man sich um das Glück des einzelnen nicht zu kümmern brauche. Im Gegensatz zu den heutigen vagen Glücksversprechen habe er damit die Analyse nie als Möglich-

keit gesehen, die Menschen dem persönlichen Glück näher zu bringen, sondern sich mit dem, was sei, zufrieden zu geben.

### Was bleibt, was wird?

Fast keine der durchgesehenen Publikationen zu Freuds 150. Geburtstag verzichteten auf einen prognostischen Hinweis über seine zukünftige Bedeutung. Kaum jemand hielt ihn für bedeutungslos, viele sprachen von „Wiederentdeckung“ (z.B. der „Spiegel“, der „Stern“, die „Welt am Sonntag“) und führten die in letzter Zeit gewonnenen Erkenntnisse der Hirnforschung als Begründung an. Andere Zeitungen, die Freud wohl nie aus den Augen verloren hatten, haben ihn eher als universellen Geist beschrieben und keinerlei Zweifel an seiner vormaligen und zukünftigen Bedeutung aufkommen lassen. „Unüberholt und unveraltet“ bei Freud blieben, so Burkhard Müller in der „SZ“ vom 6./7.5., die Achtung, die er dem Individuum als dem einzig real existierenden Wesen zollte und sein unbeugsamer Vorsatz zur Klarheit und Wahrhaftigkeit. Elisabeth v. Thadden fragte in der „ZEIT“ vom 23.2. auf die Behauptung hin, Freud sei inzwischen doch „mausetot“, welcher Freud denn gemeint sei, der Entdecker des Unbewussten, der Kulturtheoretiker, der Begründer der Psychoanalyse, der Arzt, der Schriftsteller. Was die zur Zeit so hoch bewertete Hirnforschung betreffe, so verdanke ihr die Psychoanalyse zwar viel, aber sie verdanke umgekehrt Freud, dass sie sich heute auch als Sozialwissenschaft zu verstehen beginne.

Ein weiterer Höhepunkt der Freud-Würdigung war das Interview mit dem Medizin-Nobelpreisträger, Neurobiologen und Autor Eric Kandel in der „SZ“ vom 6./7.5.. Kandel ist Jude wie Freud und musste wie dieser (allerdings erst neunjährig) 1938 mit seiner Familie aus Wien emigrieren. Hubertus Breuer fragte und erhielt liebenswürdige aber keineswegs unkritische Antworten. Kandel empfahl der psychoanalytischen Methode unter dem Eindruck seiner Forschungsergebnisse, sich mehr auf den Prüfstand stellen zu lassen. Einen Vergleich mit anderen Methoden sollte sie nicht scheuen.

Auf Kandels innere Beziehung zu Freud verwies auch die „Stadtrevue“ des Kölner Stadtmagazins bei der Ankündigung eines Besuches Kandels in Köln. Dies sei als Beleg für den Widerhall von Freuds 150. Geburtstag nicht nur in der überregionalen Presse erwähnt. (Rezension eines Kandel-Buches in diesem Heft.)

Aber geht es überhaupt zukünftig allein um die Frage, wie wirksam oder unwirksam die Methode der Psychoanalyse angesehen wird? In einem klugen Artikel von Reimut Reiche in der „Neue Zürcher Zeitung“ vom 6.5. beschreibt der Autor die immer wieder marginalisierte Stellung der Psychoanalyse gewissermaßen als Normalzustand. Die Analyse sei aber nicht nur ein Heilverfahren, sie vermittele auch eine „ästhetische Erfahrung der Entstehung des Neuen“, sei eine Weltanschauung und quasi ein Kunstwerk, das gelingen oder scheitern könne. Drei Dimensionen der psychoanalytischen Methode ließen sich unterscheiden: die klinische, die nach Behandlung und Heilung fragt und die einer harten empirischen Überprüfung unterzogen werden könne; die hermeneutische, die nach dem unbewussten Sinn des Symptoms in der Lebensgeschichte des Patienten suche, den man nur begründen, nie aber „beweisen“ könne; und die ästhetische, der analytische Prozess mit dem Anspruch eines „modernen Kunstwerkes“, „dass die Seele ihr ganzes inneres Leben durcharbeitet“.

Der Autor schließt absichtsvoll und vielleicht eingedenk der Paradoxien und des Überraschenden im analytischen Denken mit einem Zitat des Mathematikers und Philosophen Alfred North Whitehead von 1917: „A science which hesitates to forget its founder is lost“. Vielleicht wäre es das schönste Geschenk, das wir Sigmund Freud zu

seinem 150. Geburtstag machen könnten, „wenn wir ihn in seiner Eigenschaft als Gründer vergessen“.

### Einige Aspekte zum Laienverständnis von Psychotherapie

#### I

Die Kenntnisse unserer Mitbürgerinnen und Mitbürger über psychische Erkrankungen und Psychotherapie sind nach meinen Erfahrungen, u.a. in der Praxis, deutlich geringer als über somatische Erkrankungen und deren Behandlung. Noch mehr unterscheidet sich die innere Einstellung: Während der Umgang mit somatischen Erkrankungen aus vielerlei Gründen routinierter erscheint, grundsätzlich weniger Berührungsängste zeitigt (trotz viel berechtigter Kritik an der Schulmedizin im Einzelfall) und zum Leben (wie zum Tod) als zugehörig empfunden wird, wird den psychischen Erkrankungen und ihrer Therapie vielfach noch mit Befangenheit oder größerem Widerstand begegnet.

Welche Gründe mag es für diesen Unterschied geben?

Im folgenden Text geht es mir darum, einige Aspekte zu erörtern, die das Bild vieler von der Psychotherapie prägen und ihre „vorsichtige“ Einstellung verständlicher machen. Dies scheint mir um so wichtiger zu sein, als es ja auch die andere, dazu im Widerspruch stehende Erfahrung gibt, dass sich viele Menschen -suchend nach Halt und Sinnggebung – zu „alternativen“, mehr esoterischen Heilslehren usw. hinwenden. Deshalb muss es im Interesse der Psychotherapie wie der gesamten Medizin liegen, die Einstellung der potentiellen PatientInnen wahr- und ernst zu nehmen und da, wo es notwendig ist, aufklärend zusammen zu wirken.

Bedeutsam sind mehrere Faktoren der Erörterung: die psychischen Erkrankungen selbst als Gegenstand der psychotherapeutischen (psychiatrischen, psychosomatischen) Medizin; unsere potentiellen Patientinnen und Patienten – gewissermaßen auch als Teilhaber einer verbreiteten Stimmung –; schließlich auch wir, die BehandlerInnen. Alles zusammen, so meine ich, führt zu einem – in vielen Schattierungen – spezifischen Verhältnis vieler zu psychischen Erkrankungen.

#### II

Somatische Erkrankungen (oder Traumata) unterscheiden sich von seelischen in mancherlei Hinsicht. Während ein Knochenbruch, eine Lungenentzündung o.a. zumeist lokalisierbare, umschriebene und häufig quantifizierbare „Ereignisse“ sind, werden Depressionen, Angsterkrankungen, Psychosen o.a. häufig noch als persönlicher, rätselhafter und entwertender empfunden. Auch von der Umgebung der/des Erkrankten werden sie oft schwerer verstanden („wovor hast Du denn Angst?“). Orientierung und Diagnosestellung brauchen daher bei psychischen Erkrankungen – oft im Gegensatz zur somatischen Medizin – Zeit, Einfühlung und individuelles Vorgehen statt Schematismus. Gleiches gilt erst recht für die Therapie. Schnelligkeit hat – manchmal zum Unwillen der PatientInnen – in der Psychotherapie keinen Platz. In der somatischen Medizin muss es dagegen vielfach sehr schnell und schematisiert zugehen.

Lebensbedrohliche, chronische oder generalisierte Schwersterkrankungen beiseite gelassen, können sich die PatientInnen von vielen gewöhnlichen somatischen Erkrankungen leichter distanzieren. Ihre häufige morphologische Begrenztheit – der Knochen oder die Lunge – erlaubt es überdies, „alles andere“ als gesund zu empfin-

den. Symptome und Ursachen der Erkrankung wie auch Symptombeseitigung und Heilung fallen eher zusammen als bei psychischen Erkrankungen. Diese haben nach aller Erfahrung hinsichtlich Symptomatik und Krankheitsursachen einen schwerer entwirrbaren, inneren Zusammenhang.

Auf relativ distanzierte Weise kann der somatische Patient dem behandelnden Arzt die umschriebene Symptomatik anvertrauen und die notwendigen Maßnahmen auf diese Weise delegieren. Es kommt dadurch zu einem auf das „kranke Fragment“ beschränkten, sachlichen Arbeitsbündnis. So mag ein Patient mit dem Ausspruch: „der Blinddarm in Nr. 12“ – Stilfragen beiseite gelassen – ausreichend benannt sein.

Den ähnlichen Ausspruch: „die Angsterkrankung in Nr. 12“ kenne ich dagegen nicht. Psychische Erkrankungen betreffen den **ganzen** Menschen und werden ganzheitlicher wahr genommen. Was Symptom, was Ursache ist, muss eher getrennt betrachtet werden. (Natürlich kann ein geeignetes Psychopharmakon auch psychische Symptome beseitigen, ohne dass dann nach weiteren Krankheitsursachen geforscht wird.) So müssen sich psychisch Erkrankte dem/der BehandlerIn gewissermaßen „von Kopf bis Fuß“ anvertrauen und empfinden sich daher oft als besonders abhängig. Dies und die Scham, in seiner Ganzheit beeinträchtigt zu sein, sind Hemmungen, die überwunden werden müssen. Eine weitere liegt in der Verschränktheit psychischer Erkrankungen von aktuellen Beschwerden und biografischen Gegebenheiten. Der psychisch Kranke kommt gewissermaßen selten „allein“ zum Arzt/Psychologen, innerlich bringt er andere Menschen mit, aktuell wichtige oder biografisch bedeutsame. Psychische Erkrankungen sind daher gewissermaßen nur in einem ganzen System zu verstehen und zu behandeln und nicht mit einem gut bewährten, allgemein gültigen Behandlungsschema.

#### III

Die nicht ganz vorbehaltfreie Haltung und Meinung vieler zu psychischen Erkrankungen und zur Psychotherapie ist zwar aus ihrem Wesen verständlich, dennoch kann daraus auf keine durchweg bestehende Ablehnung geschlossen werden. Die Einstellung scheint bei vielen eher unentschieden oder widersprüchlich – widersprüchlich wie die gesellschaftlichen Einflüsse, die auf sie einwirken. Einerseits ist eine an vielen Zeichen erkennbare größere Akzeptanz von Psychotherapie als früher fest zu stellen, z.B. die gelungene Integration der Psychotherapie in das kassenärztliche Versorgungswesen. Eine Fülle von Publikationen, wissenschaftlichen Arbeiten oder fundierten Ratgebern hat überdies dazu beigetragen, die psychischen Erkrankungen und ihre Behandlung auf ihrem Weg zum „normalen“, integralen Bestandteil der Medizin zu fördern. Die Berichterstattung der „überfachlichen“ Presse zu Freuds 150. Geburtstag unterstrich diese Entwicklung mit vielen qualifizierten Beiträgen. Vor 20 Jahren wäre dies vermutlich undenkbar gewesen.

Andererseits gibt es auch immer noch Publikationen unterschiedlichster Medien, in denen Psychotherapie und Psychotherapeuten missgedeutet und abgewertet werden. Hier wird dann der psychotherapeutischen Medizin und den psychischen Erkrankungen eine diskriminierte Sonderrolle in der Medizin zugeschrieben. Aber nicht nur hier: Nach einer aktuellen Umfrage sind 40 von 47 privaten Krankenversicherungen nicht bereit, mit psychisch Kranken Verträge abzuschließen (bei einigen Kassen geht der Ausschluss noch viel weiter). Schließlich – ceterum censeo – bewegt sich auch die innerärztliche „Verteilungspolitik“ schon lange am Rande der Ausgrenzung psychotherapeutischer Leistungen.

In der „Ärztezeitung“ vom 5.5.06 wurden einige Zahlen des Alsbacher Institutes veröffentlicht, die eine gewisse Auskunft über die Einstellung der Deutschen zum Psychischen (aus tiefenpsychologischer Sicht) gaben. Die meisten glaubten nicht an das Unbewusste und könnten sich die große Bedeutung des Freud'schen Postulats von der Macht des Unbewussten nicht vorstellen. Nur 21% glaubten, dass Freud Recht habe, 26% seien unentschieden. Andererseits bedeuteten diese Zahlen nicht, dass Freud von mehr als der Hälfte völlig abgelehnt werde. 56% glaubten zum Beispiel an die Bedeutung des „Freud'schen Versprechers“. Wieder etwa die Hälfte sei überzeugt davon, dass die Psychoanalyse echte Hilfe böte. Was man immer von einer solchen Umfrage halten mag, diese scheint mir für die gesellschaftliche Haltung zur Psychotherapie bezeichnend. Auch sie ist unentschieden. (Man könnte von einem „halbvollen“ oder von einem „halbbleeren“ Glas sprechen, wobei ich davon überzeugt bin, dass „das Glas“ sich füllt und nicht leert.) Die Tiefenpsychologie ist überdies nur eine psychotherapeutische Richtung von mehreren. Die VT zum Beispiel ist PatientenInnen vermutlich wegen ihrer Messbarkeit leichter zugänglich. Sie nähert sich somatisch-medizinischen Standards eher an.

Noch immer hört man auf den Rat, psychotherapeutische Hilfe zu suchen, die Antwort: „ich bin doch nicht verrückt!“. Männer scheinen nach meinem Eindruck (gültige Zahlen dazu gibt es leider nicht) nach wie vor größere Vorbehalte gegen „das Psychische“ zu haben als Frauen. Das mag an dem noch immer gültigen (hier ganz grob gezeichneten) Unterschied im Männer- und Frauenbild liegen: Der Mann ist hart und löst seine Probleme selbst, die Frau darf ihren Belastungen und Schwächen gegenüber offener sein. Zweifellos gibt es aber auch hier eine Entwicklung der Geschlechter auf einander zu. Überraschend war für mich, dass ich in meinen Praxisjahren nahezu immer die gleiche Zahl an Patientinnen und Patienten hatte. Die AOK wartete kürzlich mit bundesweiten Zahlen (aller AOK-Mitglieder) auf und bestätigte, dass Frauen zwar nach wie vor häufiger an psychischen Erkrankungen litten als Männer, dass diese aber „aufgeholt“ hätten. In dem Zeitraum von 1994 bis 2003 habe sich der Krankenstand psychisch erkrankter Männer fast verdoppelt. Das mag viele andere Gründe haben; sicher aber auch den, dass Männer die Möglichkeit, psychisch zu erkranken, inzwischen eher anerkennen.

Ein weiteres Phänomen stellt sich den psychischen Erkrankungen und der Psychotherapie mehr entgegen als den gewissermaßen personell abgegrenzteren (Patient und Arzt) somatischen Behandlungen: Mehr Menschen um uns herum reden mit. Ob es – um nur einige Beispiele zu nennen – nahe Verwandte sind, die sich (mit-) beteiligt fühlen, ob es die sind, die raten, man solle sich nicht so wichtig nehmen, nicht so empfindlich oder nicht egoistisch sein oder die, die scheinbar aufklärerisch Vernunft überbewerten und Gemütererkrankungen für Entgleisungen halten, psychisch Kranke haben es vielfach schwerer, sich abzugrenzen und ihre Integrität und ihr Wertgefühl zu behaupten. Positive Stellungnahmen gibt es natürlich auch: so mancher wird die/den Erkrankte(n) u.a. mit dem Bekenntnis bestärken, sie/er habe bereits selbst eine Psychotherapie mit guten Erfahrungen absolviert. Psychische Erkrankungen polarisieren häufiger, und im Gegensatz zu den somatischen Erkrankungen, bei denen es grundsätzlich keinen Zweifel gibt, wie mit ihnen umzugehen ist, wird bisweilen so getan, als könne sich der Erkrankte noch entscheiden, sei vielleicht selbst schuld oder müsse sich (heute nur noch ein Extremfall??) nur ein wenig „zusammenreißen“, dann ginge es schon wieder. Auf derartige Ideen käme niemand bei Knochenbruch oder Lungenentzündung.

## IV

Zu einem mehrdeutigen Bild, das sich viele Menschen von den psychischen Erkrankungen und der Psychotherapie machen, tragen auch wir selbst bei. Haben wir auf der „somatischen Seite“ der Medizin grundsätzlich das umschriebene, definierte Krankheitsverständnis und zu jeder Erkrankung einen definierten Facharztbezug (natürlich gibt es Ausnahmen und Überschneidungen), so werden psychische Erkrankungen von Psychiatern, Nervenärzten, Psychotherapeuten, Psychosomatikern, Psychologen und gelegentlich auch von KollegenInnen der somatischen Fächer behandelt. Patienten haben es schwer, sich dort durch zu finden.

Wenn ich in meiner Praxis, was häufig geschieht, als Psychologin angesprochen werde, unterlasse ich zumeist eine Korrektur. Erstens bin ich nicht gekränkt, zum zweiten ist mir die Zeit für möglicherweise lange Erklärungen zu schade. Eine solche Unkenntnis der PatientInnen spielt bei den meisten Behandlungen vermutlich keine große Rolle. Dennoch scheint sie mir für die Situation der Psychotherapie in Deutschland symptomatisch zu sein. Psychotherapie kann hier zu Lande nicht so umschrieben und geschlossen wahrgenommen werden wie beispielsweise somatische Fachrichtungen. Das ergibt sich so aus dem Fach, zum Teil liegt es aber auch an unserer Uneinigkeit.

Die augenblickliche Vielfalt der psychotherapeutischen Angebote und Behandlungsmöglichkeiten ist an sich positiv zu bewerten. Es sind aber Tendenzen unübersehbar, dass Unterschiedlichkeiten für Auseinandersetzungen darüber missdeutet werden, wer im Besitz der „reinen Lehre“ ist oder wem von den knappen Mitteln mehr zusteht als dem anderen. Um die Schwerpunkte der einzelnen Fachgruppen und Behandlungskonzepte in der Psychotherapie zusammen zu führen und fort zu entwickeln, bedarf es weder der Gleichmacherei noch der (abwertenden) Rivalität. Wenn Psychotherapie unteilbar bleiben soll, bedarf es der Integration. Wie gut, dass unsere PatientInnen einstweilen, so denke ich, nichts von der Zersplitterung der Psychotherapie in über 30 Verbände und Richtungen wissen. So war, glaube ich, die Umsetzung einer lebendigen Vielfalt nicht gemeint.

Dabei zeigen, das sei am Schluss angemerkt, die bisherigen Ergebnisse der Hirnforschung, die u.a. die biologisch-anatomischen, physiologischen und biochemischen Ursachen und Folgen des Denkens und Fühlens untersucht, dass wir alle in einem Boot sitzen. Die Hirnforschung, Kandel nennt sie „Gegendisziplin“ der Psychiatrie (im weitesten Sinne – Rezension eines Kandelbuches in diesem Heft), könnte dazu beitragen, die Vorstellung des Menschen von Psychotherapie zu konturieren und zu verdeutlichen. Wenn künftig auch die seelische Erkrankung und ihre Behandlung im Morphologischen nachweisbar sind, werden zunächst einmal, so verspricht uns dieser Wissenschaftszweig, die verschiedenen Therapierichtungen feststellen, dass dies mehr oder weniger an der gleichen Stelle geschieht. Was nicht heißt, dass die Anwendung unterschiedlicher Therapieverfahren beliebig wäre: verschiedene Therapieverfahren wirken offenbar auch verschieden – aber eben am gleichen Ort. Eine neue, einheitlichere Berufsbezeichnung könnte es uns daher auf lange Sicht erleichtern, uns als geschlossenerer Fachrichtung (bei aller erhaltener Vielfalt) zu präsentieren und zu empfinden. Auch unsere potentiellen PatientInnen würden davon profitieren. Ich hätte nichts dagegen, wenn ich meinen Facharztstitel zum vierten Mal (!) ändern müsste und mich zusammen mit allen PsychiaterInnen, PsychosomatikerInnen, PsychologenInnen usw. zum Beispiel Facharzt (Fachpsychologin) für „Neuropsychologie“ nennen würde. Aber wie alle paradisischen Zustände liegt wohl auch dieser noch in weiter Ferne.

RÜDIGER HAGELBERG



**Freudjahr und kein Ende. Die „Deutsche Kinemathek, Museum für Film und Fernsehen in Berlin“ zeigt bis zum 7.1.2007 die Ausstellung: „Kino im Kopf“, Psychologie und Film seit Sigmund Freud. Ortwin Löwa, auch langjähriger Filmkritiker, liess sich davon zu einem persönlichen Gang durch die Filmgeschichte inspirieren.**

Sigmund Freud und der Film, das könnte eine gemeinsame Geschichte sein. Sowohl die Leinwandlicht-

spiele als auch die Psychoanalyse wurden zur selben Zeit entwickelt. Allerdings hielt Freud für seine Seelenforschung wenig vom Kino und traute der Literatur mehr zu. Wie hätte er über seine Rolle gestaunt, die ihm der Film: „Kein Koks für Sherlock Holmes“ ( 1976 ) verpasste. Sherlock Holmes wird von seinem Autor Arthur Conan Doyle 1891 in den Tod geschickt, aber nach massiven Protesten wieder ins Leben zurückgerufen. Diese Auszeit behandelt der Film. Holmes ist dem Kokaïn verfallen, leidet unter Verfolgungswahn, so dass sein Bruder und Dr.Watson ihn nach Wien zu Sigmund Freud in die Therapie verfrachten. Dort wird er nicht nur von seiner Obsession und seiner Sucht geheilt, sondern klärt auch gleichzeitig ein Verbrechen auf. In dem amüsant inszenierten Krimi verschmelzen die Rollen von Analytiker und Detektiv, zugleich werden mit der wahnhaften Störung und der Drogensucht zentrale Themen angesprochen, die für die Psychotherapie wesentlich werden sollten.

Zunächst wird der Seelenarzt jedoch nicht als hilfreicher psychologischer Detektiv beschrieben, sondern als dämonischer Manipulator, wie in dem Klassiker „Das Cabinet des Dr. Caligari“. Der Stummfilm von 1919 vereint Faszination und Ängste in der Gestalt eines Irrenarztes, der einen Schlafwandler dazu bringt, mehrere Menschen zu ermorden. Hier findet sich einmal mit der Hypnose eine der Moden der zwanziger Jahre, die zu massenattraktiven Zirkusnummern benutzt wurde und zugleich mit der Angst vor dem Ich – Verlust einher ging, ausserdem die Furcht vor der Irrenanstalt und den als gemeingefährlich angesehenen Insassen – der entsprungene Geisteskranke ist eine klassische Edgar Wallace Figur – ausserdem das Unbehagen vor den allmächtigen Männern in Weiss und Herren über die Zwangsjacken. Insofern beschreibt „Caligari“ auch eine düstere Vorahnung von den Schreckensgestalten des Nationalsozialismus, die als Ärzte verkleidet Behinderte liquidierten. Der Psychoanalyse wurde sowieso der Garaus gemacht.

In dem deutschen Film „Ich klage an“ ( 1941 ) wurde dieser „Gnadenod“ unverfroren und propagandistisch geschickt gerechtfertigt, indem ein Klinikarzt einer an Multipler Sklerose erkrankten Frau, deren Zustand sich verschlimmert, auf deren Wunsch Arsen gibt und von der Anklage wegen Tötung auf Verlangen freigesprochen wird.

Nachdem dergestalt in Deutschland die Lichter ausgingen, entfaltete sich in den USA ein ganzes Kaleidoskop psychotherapeutischer Spielarten. Freud wurde zur Grundlage von vielfältigen Dramen voll Spannung, voller Schrecken oder einfach nur unterhaltend.

Alfred Hitchcock war einer der Meister in der Darstellung der Ängste des modernen Menschen, seiner Träume, seiner Zwänge und ihrer psychologischen Deutung. In „Ich kämpfe um dich“ ( 1945 ) ist

eine Psychoanalytikerin wieder auch Detektivin, die einen Freund und Kollegen vom Mordverdacht befreit, ja regelrecht erlöst, indem sie durch intensive Traumarbeit seine verdrängten Erinnerungen an das tatsächliche Geschehen ins Bewusstsein holt.

Die böse Variante der seelischen Erkrankung verfilmte Hitchcock mit dem klassischen Thriller „Psycho“ ( 1960 ). Anthony Perkins, der Mann mit dem stechenden Blick, tötet seine Mutter, mit deren Leiche er dennoch, schizophren gestört, Kontakt hält und benutzt sein Hotel als mörderische Falle für junge Frauen. Die Mordszene unter der Dusche hat Filmgeschichte geschrieben und die Darstellerin derart traumatisiert, dass sie nie mehr in ihrem Leben eine Dusche benutzte.

Wie man im Gegensatz dazu mit dem Entsetzen Scherz treiben konnte, führte Frank Capra mit seiner unsterblichen Grotteske „Arsen und Spitzenhäubchen“ ( 1941 ) vor.

Hier tobt ein exzentrischer Hexenkessel: Zwei alte Damen, die alleinstehenden Männern ein freies Zimmer anbieten und sie dann mit einem Giftlikör aus Arsen und Strychnin ermorden, worauf ihr Bruder, der sich für Theodore Roosevelt hält, sie im Keller begraben muss, angeblich als Verstorbene beim Bau des Panamakanals. Dann taucht noch ein Verwandter auf, der aussieht wie Frankenstein und auch einen Toten unterbringen will und in der Mitte tobt Cary Grant als frisch verheirateter Neffe der Killerladies – der einzig Normale. Überlebenstraining in einer Welt, die tatsächlich zum Irrenhaus geworden ist.

Wer sich mit dem grotesken Zusammenprall des Normalen mit dem Verrückten ebenfalls gut auskannte, war Billy Wilder, der neben Ernst Lubitsch die absurdesten Szenen mit leichter Hand psychologisch stimmig präsentierte.

Im Vordergrund seiner rasanten Komödie „Extrablatt“ (1974) steht die Kommunistenthysterie in den USA der Dreissiger Jahre. Schlüsselszene: Earl Williams, ein leicht trottelliger Anarchist, soll hingerichtet werden, weil er einen Polizisten erschossen hat. Vorher aber wird er noch von dem aus Wien angereisten Psychiater Dr. Max Egelhofer begutachtet. Im Pressezimmer des Justizgebäudes macht eine Gruppe ruppiger Journalisten darüber ihre schmutzigen Bemerkungen. „Der fragt ihn doch, ob er mal gewichst hat!“

In der Tat will Egelhofer mit schönstem Wiener Akzent wissen: „Haben sie mal onaniert?“ Williams entrüstet: „Solche Schweinereien mache ich nicht.“ „Was war ihr Vater von Beruf?“ „Schaffner“ „Aha, da hat die Uniform des Polizisten sie an ihren Vater erinnert und sie haben ihn getötet.“ Williams zum Sheriff: „Der Mann ist verrückt.“ Das Ganze nach dem Motto: „Ödipus, Schnödipus, Hauptsache du hast dein Mütterlein recht lieb“.

Heute laufen therapeutische Treffen im Film gerne als Garnierung ab, wie in den neurotischen Studien Woody Allens, oder leicht kuschelig anzüglich, wie in der Frage der Patientin: „Herr Doktor, darf ich sie küssen?“ und der Antwort: „Streng genommen dürfte ich noch nicht mal neben ihnen auf der Couch liegen“.

Also die Couch: In „Couchgeflüster“ ( 2005 ) ermutigt eine jüdische Analytikerin ihre Patientin, sich in einen wesentlich jüngeren Mann zu verlieben und stellt entsetzt fest: Es ist ihr Sohn. Da heisst es: Therapeutin, hilf dir selbst.

Dann: „Eine Couch in New York“ ( 1995 ). Der New Yorker Analytiker Henry hat seine Patienten satt und tauscht seine Wohnung mit der Pariser Tänzerin Beatrice. Bei seiner Rückkehr stellt er fest, dass Beatrice seine Praxis erfolgreicher als er selbst fortgeführt hat – durch blosser freundliche Aufmerksamkeit.

So passen sich die Psychoverfilmungen dem heutigen Lebensstil an. In der Spannweite von heiterer Oberflächlichkeit bis zu düsterer Tiefe.

<http://www.filmmuseum-berlin.de/>

Die Düsternis begegnet uns gewiss im „Schweigen der Lämmer“ (1991). Der kannibalistische Psychiater Hannibal Lector hilft der jungen FBI – Agentin Clarice Starling bei der Suche nach einem Serienmörder und entlockt ihr in einem abstoßend – faszinierenden Übertragungsprozess das Trauma ihrer Jugend.

Horrorgestalt am Rande: Der sadistische Gefängnisarzt.

Womit wir wieder bei Caligari wären. Was mit ihm begann, ist zum Filmalltag geworden. Reihenweise träumen Killer ihre Monsterträume und ebenso viele Detektive versuchen sich einzufühlen. Kaum eine Polizeiserie ohne geschulte Profiler. Haben sie eine Krise, hilft der Polizeipsychologe.

Auch die Filmemacher selbst geben Einblick in ihre Psyche, wie jetzt Roman Polanski, der über seine Verfolgung und seine Ängste als jüdischer Junge im von den Deutschen besetzten Polen berichtete. Da gewinnen seine bedrückenden Dramen um Ängste und Wahnvorstellungen wie „Ekel „( 1965 ),“ Rosemaries Baby „ (1967 ) oder „Der Mieter“ ( 1976 ) einen biografischen Hintergrund.

Schliesslich und endlich hat das deutsche Fernsehen mit dem ARD-Zweiteiler „Helen, Fred und Ted“ sogar den ganz normalen Therapeutenalltag entdeckt, gutbürgerliche Neurosen, gepflegt bearbeitet. Sogar mit Vollzeitsekretärin. Den Luxus darf man gar nicht weiter sagen.

ORTWIN LÖWA

**Wenn amerikanische Filmemacher so richtig auf den Putz hauen wollen, dann kommen ihnen durchgedrehte Psychotherapeuten als Juxfiguren gerade recht. Etwa, wenn sie von einem Patienten zur Verzweiflung getrieben werden, der ihre eitle Omnipotenz gnadenlos ausnutzt ( „Was ist mit Bob“ – 1991 ) oder in eine Anstalt kommen, wo niemand ihnen glaubt. Ute Scheub hat offenbar ebenfalls mit Therapeuten Bekanntschaft gemacht, die alles andere als normal waren. Zerrbild oder Spiegelbild? Die Autorin ist Diplompolitologin, studierte daneben auch Germanistik und Publizistik. 1978/79 war sie Mitbegründerin der „taz“. Seit 1997 ist sie freie Journalistin und Publizistin, veröffentlichte bislang sechs Bücher, sowie diverse Aufsätze, Kurzgeschichten und Essays. Ehrenamtlich engagiert sie sich in der Frauenfriedensbewegung.**

Im Laufe meines Lebens als Journalistin und Autorin habe ich alle möglichen Spielarten von PsychotherapeutInnen kennengelernt: dicke und dünne, kluge und dumme, hässliche und schöne, alte und junge, männliche und weibliche. Nur eine Sorte kam so gut wie nicht vor: die Normalen. Verrückt waren sie alle. Mal mehr, mal weniger, mal in sympathischer, mal in weniger sympathischer Ausführung.

„Psychoanalyse ist die Krankheit, deren Heilung sie vorgibt“, hat Karl Krauss schon in den zwanziger Jahren behauptet. Wahrscheinlich hat der Mann Recht. Doch über viele Jahrzehnte hinweg wollte ich das einfach nicht wahrhaben – und will es immer noch nicht. Ich behielt mein fanatisches Interesse an Sozialpsychologie ebenso bei wie den fanatischen Glauben an die Heilkräfte der Psychotherapie. Wahrscheinlich gelang mir das nur deshalb, weil ich nie die Couch einer Psychologinpraxis ausprobiert habe. Denn schaut man sich die Galerie der real existierenden PsychotherapeutInnen an, zeigt sich überdeutlich, dass da was nicht gut gehen kann.

Einmal habe ich einen berühmten Psychoanalytiker interviewt. Nein, den Namen werde ich bestimmt nicht verraten. Der Mann war hochgebildet, klug, witzig, reflektiert. Jedenfalls bis zu dem Zeitpunkt, als ich es wagte, eine Frage nach der patriarchalischen Verfasstheit unserer Gesellschaft zu stellen. Eine harmlose Frage, dachte ich. Aber er schaute mich erst böse an und dann überhaupt nicht



Ute Scheub

mehr. Er fragte spitz zurück, ob ich glaube, unter einer Margaret Thatcher oder Indira Ghandi wäre es besser zugegangen. Im weiteren Verlauf des Interviews sah er über mich hinweg, versuchte meine Anwesenheit konsequent zu ignorieren. Krampfhaft überlegte ich, ob ich ihm eine Psychoanalyse ans Herz legen sollte – aber nein, der Mann war doch Analytiker! Hatte ihm seine übermächtige Mutter als Dreijährigem verboten, jemals eine andere Frau außer ihr anzuschauen? Oder glaubte er, eine Geheimagentin Alice Schwarzers von sich zu haben, die nach dem Gespräch zur Entmannung schreiten würde, um ihre Trophäe in der „Emma“-Redaktion vorführen zu können? Es war irre.

Seit diesem Erlebnis achtete ich vermehrt darauf, ob die mir bekannten PsychotherapeutInnen in der Lage waren, das in ihrer Therapie Gelernte nicht nur an ihren armen PatientInnen auszuprobieren, sondern auch an sich selbst. Das Ergebnis war ziemlich niederschmetternd. Ich finde es selbst schade, dass ich hier keine Namen und keine genauen Umstände nennen kann. Nur so viel: Es gibt Konfliktmediatorinnen, die zuhause ihren Mann (!) verkloppen. Es gibt Narzissmus-Forscher, die in einem Maße selbstverliebt sind, dass Narziss am Bache vor Entsetzen aufschreien und in denselben hineinfallen würde. Es gibt Psychologinnen, die noch immer ihren in der Nazizeit vermittelten Kinderglauben in sich tragen: dass es gute und böse Gene gibt und alles eine Frage der Vererbung sei. Manchmal ist dieser Reigen an Figuren amüsant, manchmal regelrecht gruselig.

Was lernen wir daraus? Dass PsychotherapeutInnen auch nur Menschen sind. Wenn sie ein wenig selbstkritischer wären, auch und gerade bei ihrer Selbsteinschätzung und Selbstüberschätzung, dann würde sie das noch viel sympathischer machen, als sie es eh schon sind.

UTE SCHEUB

Der Therapeut fragt den Alkohol kranken Patienten: „Sie wollten doch ein anderer Mensch werden?“ Die Antwort: „Ja, wissen sie, Herr Doktor, der Andere trinkt auch!“

Über Widersprüche in der Therapie und die Schwierigkeiten, sich zu ändern, schreibt **Susanne Niemeyer**. Sie studierte Sozialpädagogik mit Schwerpunkt Medienpädagogik, war in der Urlaubersorge tätig und ist jetzt Redakteurin beim Hamburger Verein „Andere Zeiten“, der einen erfolgreichen Adventskalender herausgibt.



Susanne Niemeyer

## Supergirls don't cry

Eines Morgens wache ich auf und mein Freund eröffnet mir: „Ich mache eine Therapie.“ Ich bin irritiert. Reichen ihm die Gespräche mit mir nicht mehr? Und: eigentlich wirkt er doch ganz normal.

Fortan sind die Dienstagnachmittage belegt. Ich verfolge das ganze mit Skepsis: Depressionen? Hat denn nicht jeder hin und wieder ein bisschen Weltschmerz? Eifersucht gesellt sich dazu: Will uns dieser Therapeut mit seinen ganzen Fragen am Ende auseinander bringen? Die Bedrohung legt sich nach den ersten Monaten, ich merke, wie ich die Fragen, von denen mein Freund erzählt, für mich durchdenke. Trotzdem, der Gedanke bleibt, wer's braucht...

Jahre später.

### And then she'd say it's OK I got lost on the way But I'm a Supergirl and Supergirls don't cry

Den erwähnten Freund gibt es nicht mehr, dafür einen anderen. Spätestens als selbst Kleidergröße 34 an mir wie ein Zelt aussieht, zweifeln Freunde an der Förderlichkeit dieser Beziehung. Mir selbst geht es nicht anders, aber ich schaffe es nicht, mich zu trennen. Nach dem wohl 100sten Anlauf und den immer wieder gleichen Geschichten, die sich Freundinnen und Freunde geduldig anhören, höre ich auf, den Gedanken an professionelle Hilfe wegzuschieben. Jetzt also auch ich? Das passt so gar nicht zu meinem Bild von mir als „Supergirl“ (lautsingsinge ich das Lied im Auto mit). Tausend Leute fallen mir ein, die ihr Leben auch ohne Therapie im Griff haben. Was ist mit meiner Oma, meiner Uroma? Damals kam man mit seinen Problemen doch auch allein klar. Und ich schaffe das nicht?

### And then she'd say that nothing can go wrong

### When you're in love what can go wrong And then she'd laugh the night time into the day Pushing her fears further along

Dann halte ich doch eines Nachmittags die „Gelben Seiten“ in der Hand. Unter „Psychologen“ suche ich einen Eintrag nach Optik aus. Ein Telefonat und wenige Tage später stehe ich vor dem schmiedeeisernen Gartentor eines gediegenen Reihenhauses. Durch einen Wohnflur gelange ich ins Besprechungszimmer und sehe als erstes das Sofa: freudianischer kann ich es mir nicht vorstellen. Aber mir wird der Stuhl angeboten, und ich beginne zu erzählen. Das ist nicht schlecht: seit langem habe ich kein schlechtes Gewissen, meinem Gegenüber käme die Geschichte zu den Ohren heraus.

Was mich irritiert ist, dass mein Gegenüber unsicher wirkt. Das passt nicht in meine Vorstellung: Wer mir helfen kann, muss stark, sicher, souverän sein.

Beim nächsten Mal erzählt die Therapeutin dann auch, dass sie einiges von dem, was ich sagte, so verunsicherte, dass sie es ihrerseits in der Supervision thematisiert hat. Ehrlich gesagt: Das will ich nicht wissen. Nun habe ich doch ein schlechtes Gewissen, mein Gegenüber belastet zu haben. Diesmal soll ich deshalb erstmal malen. Ich male also mein Verhältnis zu mir selbst, meinen Eltern, zu Gott und zu irgendetwas Viertem, tue das auch nicht ungerne, habe aber das Gefühl, das ist eine Ausweichbeschäftigung. Nach einer dritten Stunde entscheide ich: Das passt nicht. Mache mich erneut auf die Suche, fülle diesmal im Internet ein Formular irgendeines Bundesverbandes aus, darf ankreuzen, ob ich eher verhaltenstherapeutisch oder psychoanalytisch interessiert bin und entscheide mich für letzteres, weil ich bei Verhaltenstherapie an große Spinnen denke, die ich anfassen muss.

### Then she'd shout down the line tell me she's got no more time Cause she's a Supergirl and Supergirls don't cry

Ein paar Wochen später warte ich zusammen mit den Patienten einer internistischen Praxis auf dem düsteren Flur eines mehrstöckigen Altbaus. Trotzdem besser als eine Privatwohnung, in der ich das Mittagessen rieche und den Wäschekorb sehe. Der Besprechungsraum ist hell und leer. Die Nüchternheit gefällt mir. Nichts lenkt ab, ich schaue auf die Sonnenflecken und warte.

Nur: Es passiert nichts. Die Therapeutin schaut mich an, ich schaue sie an, und irgendwann begreife ich, dass wohl ich anfangen soll. Das wird zum Ritual: Kein Smalltalk, keine Frage „wie geht's?“, sondern Schweigen und in das Schweigen kann ich meine Worte setzen. Manchmal gut, trotzdem bleibt es aufgesetzt. Mit keiner Gesichtsausdrucksregung verrät diese Therapeutin ihre Gedanken oder gar ein Urteil. Das verunsichert mich manchmal, manchmal macht es mich auch wütend. Andererseits höre ich auf, mir Sorgen zu machen, was sie wohl denkt.

Mein Ziel ist klar: Ich will mich trennen. Ich erhoffe ein bisschen Erklärung, warum ich nicht loskomme von dieser Beziehung, ein paar Streicheleinheiten für meine geschundene Seele, handfeste Tipps und insgeheim auch eine Parteinahme für mich.

Stattdessen: Familie, nichts als Familie. Jedes Thema mündet in der Beziehung zu meinem Vater, meinem Bruder, meiner Mutter. Wieder und wieder lande ich bei den gleichen Punkten, bin empört über die trockene Feststellung, dass ich mich ja nach wie vor wie mein achtjähriges Selbst verhalte. Zwischenzeitlich habe ich das Gefühl, diese Therapie gebiert Probleme, die mich zuvor nicht belastet haben, während das Anliegen, mit dem ich kam, in irgendeiner Ecke vor sich hin dümpelt. Ich bin genervt, dass das, was ich als Drama be-

trachte „unter ferner liefen“ rangiert. Und kann gleichzeitig eine leichte Erleichterung darüber nicht leugnen.

### Then she'd scream in my face tell me to leave leave this place Cause she's a Supergirl and Supergirls just fly

In jedem Fall genieße ich das ganze als kostenlose Selbsterfahrung, an einer objektiven Veränderung zweifle ich oft. Aber egal, denke ich, wo sonst hat man schon den Luxus, wöchentlich eine Stunde nur über sich selbst denken zu dürfen? Denn vor allem ums Denken geht es, die Stunden sind eine intellektuelle Herausforderung. Selbst meine Gefühle betrachte ich mit einer neugierigen Distanz. Manchmal scheint es mir, als beugten sich zwei Forscher interessiert über mein Inneres. Das kommt mir entgegen, dennoch frage ich mich, ob es mir nicht zu sehr entgegen kommt: Als Kopfmensch kann ich stundenlang Gedankengebäude aufbauen und einreißen, aber etwas Kontakt zu Körper, Gefühlen, und so weiter wäre vielleicht gut zu lernen...

Das ist anders, als ich Jahre später wegen Magenproblemen zu einem Homöopathen gehe. Auch dort: Gespräche über Familie und Herkunft, die Fragen sind oft durchschaubarer, aber Körperliches und Seelisches sind ständig verknüpft. Weniger denken, mehr fühlen, ich kann schlechter in Gedankenkonstrukte fliehen. Alles erscheint mir bodenständiger, trotz der merkwürdigen homöopathischen Mittel auch weniger geheimnisvoll. Davon hätte ich mir ein bisschen mehr in der Therapie gewünscht.

### She's sewing seeds she's burning tree She's a Supergirl a Supergirl

Nach zwei Jahren ist es vorbei. Tatsächlich habe ich mich während dieser Zeit von dem Freund getrennt. Ob es an der Therapie lag oder es irgendwann einfach gereicht hat, weiß ich nicht. Als ich ein letztes Mal den „Ich-lasse-die-Stunde-ausklingen-Espresso“ beim Portugiesen trinke, fühle ich mich ein bisschen wie eine in die große Freiheit entlassene Schülerin...

SUSANNE NIEMEYER

Bernhard Trenkle ist Diplompsychologe und Diplomwirtschaftsingenieur. Er hat eine Ausbildung in Hypnotherapie und Familientherapie und leitet das Milton Erickson Institut in Rottweil. Ausserdem ist er Spezialist von Psychowitzen, die ihm in der Therapie weiter helfen. Seine Haltung erinnert an den legendären Therapeuten Sheldon B. Kopp, der in seinem Kultbuch „Triffst du Buddha unterwegs...“ ( Fischer – Taschenbuch ) schon vor Jahrzehnten sein Credo als Therapeut formulierte: „Ich muss auf mich selber achten und es muss mir Vergnügen bereiten.“ Die Gedanken Trenkles zum therapeutischen Humor entnehmen wir (gekürzt) dem Buch: „Wir: Therapeuten“. (S. Interview mit Birger Dulz in diesem Schwerpunkt)

## Humor macht Hoffnung

In die psychiatrische Klinik eines sehr bekannten Psychiatrieprofessors kommt an einem Freitagabend, nach einer harten Arbeitswoche und lange nach dem offiziellen Dienstschluss ein ebenso bekannter Politiker in einer akuten Krise. Eigentlich ist der Professor schon am Gehen; als der Politiker jedoch mitbekommt, dass er noch im Hause ist, besteht er darauf, vom „Chef“ persönlich aufgenommen zu werden.

Trotz großer Erschöpfung führt der Professor das Aufnahmege-



Bernhard Trenkle

spräch selbst. Jedoch hat die Müdigkeit Folgen: mitten im Gespräch nickt er für einige Sekunden ein. Natürlich ist ihm dies äußerst peinlich, und als analytisch geschulter Therapeut macht er sich das Wochenende lang Gedanken darüber, welche Auswirkungen dieses Einschlafen auf die therapeutische Beziehungen haben könnte.

Am folgenden Montag macht der Professor eine überraschende Feststellung: Der Patient ist nicht mehr da! Bereits am Samstag früh hat er sich auf eigene Verantwortung selbst wieder entlassen und zwar mit dem Worten: „Wissen Sie – als ich sah, wie dieser erfahrene Arzt, der schon so viele Patientengeschichten gehört hat, bei meiner Geschichte gelangweilt eingeschlafen ist, da habe ich mir gedacht: so schlecht kann es um mich nicht stehen.“

### Humor ist wie Einschlafen in der Therapie

Humor hat nach meinem Eindruck meist dieselbe Wirkung wie das Einschlafen in obiger Sitzung. Der/ die PatientIn gewinnt den Eindruck: Solange mein/e TherapeutIn solche Witze und Sprüche macht, kann es nicht so schlimm um mich stehen. Dass PatientInnen dies so empfinden, erfahre ich häufig bei meiner eigenen Arbeit. Und in gewisser Hinsicht stimmt dieser Eindruck der PatientInnen auch. Je besser ich mich bezüglich der geschilderten Problematik auskenne, je größer meine Erfahrung ist, desto mehr neige ich dazu, humorvoll mit der Situation umzugehen. Je schwieriger der Fall ist, je weniger ich auf die einzelne therapeutische Fragestellung spezialisiert bin und je mehr Probleme zusammenkommen, desto niedriger wird die „Humorrate“. Es macht sich dann das Gefühl breit: „Das ist nicht mehr zum Lachen“. Gleichzeitig ist es natürlich so: Je besser mein Zugang zu meinem Humor ist bzw. wiederhergestellt werden kann, desto mehr Hoffnung kann ich suggerieren und selbst locker bleiben. Das macht mich auch freier beim Finden neuer Lösungsansätze und vermeidet den „Tunnelblick“ mit dem Fokus „alles ist hoffnungslos“.

Die positive Wirkung von Hoffnung für den/ die PatientIn zeigt sich häufig auch schon, bevor die eigentliche „Therapie“ überhaupt begonnen hat. Dies konnte ich in meiner Studienzeit gleich auf zwei Ebenen selbst erleben.

Ich arbeitete in dieser Zeit als studentische Hilfskraft in einem katamnesticen Forschungsprojekt und testete in diesem Rahmen PatientInnen. Dabei ging es um den Beleg für die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie. Die Tests wurden jeweils zu vier Zeitpunkten durchgeführt: ein ambulantes Aufnahmegespräch, ein Gespräch zu Beginn der stationären Therapie, eines nach Ende der dreimonatigen stationären Therapie und schließlich eines nach einer zweijährigen Katamnesezeit. Nach knapp zwei Jahren lagen bereits einige Dutzend Patientendaten mit drei Testrunden vor. Das Ergebnis war unerwartet: Die einzigen positiven Veränderungen, die wir mit un-

seren Untersuchungen feststellen konnten, hatten sich in der Wartezeit zwischen der ersten und zweiten Testung vollzogen, also noch vor Beginn der Therapie.

Die Verwendung von Humor in der Therapie kann man mit der von Champagner in der feinen Küche vergleichen. Mit Champagner kann man eine Sauce abschmecken. Mit Champagner kann man auch im Rahmen eines Menus ein großartiges Sorbet kreieren. Wenn man Champagner allerdings als Hauptnahrungsmittel definiert, bekommt man ein Problem. Auch hängt die kunstvolle Verwendung von Champagner in der Kochkunst entscheidend davon ab, ob französisch, türkisch oder spanisch gekocht wird.

### ***Humor lockert – wie Champagner –, Wahrheiten werden leichter genießbar.***

Humor ist manchmal so etwas wie ein Sorbet vor dem Hauptgericht oder ein Dessert nach getaner Arbeit.

Es ist jedoch schwierig etwas über die Funktion von Humor zu schreiben, ohne etwas über die Grundküche zu sagen.

### ***Ericksonsche Hypnotherapie – oder von Jesus und anderen Zimmermännern***

In der „Grundküche“ orientiere ich mich stark am hypnotherapeutischen Ansatz Milton Ericksons. Erickson gilt nicht nur als Vater der modernen Hypnosetherapie, sondern seine facettenreiche Praxis hat am Beginn gestanden und begründet vieles, was heute in der lösungs- und ressourcenorientierten Psychotherapie und der Familientherapie wie selbstverständlich verwendet wird.

Als zentrales Prinzip des ericksonschen Ansatzes wird das Utilisationsprinzip betrachtet. Dieses besagt, dass alles, was ein Patient in die Therapie einbringt, für therapeutische Zwecke genutzt – also genutzt – werden kann. Es finden sich viele beeindruckende Beispiele aus Ericksons jahrzehntelanger Arbeit in der stationären Psychiatrie. Die Utilisation von Wahnsystemen sind besonders spektakulär und illustrativ. Ein klassisches Beispiel dafür ist das folgende:

Ein Psychiatrie-Patient hält sich für Jesus und vertritt diese Identifikation offensiv in der Klinik. Erickson spricht ihn an: „Ich habe gehört – Sie haben gewisse Erfahrung als Zimmermann.“ – Was sollte der Patient antworten? Als Sohn von Joseph sollte man gewisse Erfahrung als Zimmermann haben. Also bejahte der Patient, woraufhin er von Erickson beauftragt wurde, ein Bücherregal für die Klinik zu bauen, was er tatsächlich tat.

Bei der Utilisation und den damit verbundenen Interventionen wird – wie in einem guten Witz – also die Wirkung oft über eine überraschende Wende, einen Wechsel in der Betrachtungsebene, eine humorvolle Umdeutung und Neubewertung der Situation erreicht. Häufig kommt es dabei auch zu theatralischen und strategisch geplanten Inszenierungen. Der Schwerpunkt liegt auf dem aktiven Handeln und weniger bis gar nicht auf „Einsicht“.

### ***Aufbau von Hoffnung – eine vorbereitende hypnotherapeutische Grundtechnik***

Eine besondere Variante des Aufbaus von Hoffnung ist das, was in der Ericksonschen Hypnotherapie die „Frühe Lernhaltung“ genannt wird (Erickson/Rossi/Rossi 1976; Lankton/Lankton 1983). In Hypnose-Sitzungen sprach Erickson häufig vor der eigentlichen hypnotherapeutischen Intervention frühere Lernerfahrungen an. Eine seiner Lieblingsvarianten war das Erlernen des Lesens und Schreibens:

„... und war es nicht spannend damals... das kleine d... wo hat das kleine d den Bauch... und wo hat das kleine d den Strich... und wo hat das kleine b den Bauch... und wo hat das kleine b den Strich...

und das kleine p... ist das kleine p ein umgefallenes kleines b... oder ein umgefallenes kleines d... und nach welcher Seite umgefallen... und hat das kleine m jetzt zwei Füße oder drei Füße.... Versuche des kindlichen Denkens... die Buchstaben zu erinnern... und schon wieder dieser Fehler... die Ungeduld... Ungeduld der Lehrer, der ... manchmal hilflos... und doch... das Unbewusste... wie von alleine... es bilden sich Bilder von diesen Buchstaben... und wie von alleine... wenige Wochen später... keine Fragen mehr... wo hat das kleine b den Bauch und wo den Strich... es geht alles wie von alleine... lesen und schreiben... völlig automatisch... ein ganzes Leben lang...“

Eine der Implikationen und indirekten Suggestionen, die man durch ein solches Vorgehen erreicht, ist: Therapie ist wie Lernen. Schon oft hast du gedacht: Das schaffe ich nie. Und schon wenige Wochen später ging alles wie automatisch, und du hast schon völlig vergessen, dass das überhaupt einmal ein Problem war.

Gelegentlich setze ich selbst diese Technik nicht nur als Vorbereitung für nachfolgende Interventionen, sondern auch als eigentliche Hauptintervention ein. Denn diese Erinnerung an frühere erfolgreiche Lernerlebnisse baut meiner Erfahrung nach Hilflosigkeit ab und Hoffnung auf.

Dies zeigen auch die Rückmeldungen und Kommentare, die ich teilweise von meinen PatientInnen bekomme. Eine Patientin sagte zu mir: „Ich weiß zwar nicht, warum Sie mir letzte Sitzung das alles erzählt haben. Aber seither habe ich das Gefühl: Der Mann traut mir was zu.“ Das ist auf jeden Fall kein schlechtes Grundgefühl, gleichgültig, welches Problem es zu lösen gilt.

Ein Patient meinte unmittelbar nach einer solchen Hypnose-Sitzungen mit leuchtenden Augen: „Das stimmt eigentlich. Das ist einem gar nicht so bewusst. Man kann eigentlich viel mehr, als einem klar ist. Es ist unglaublich, was man in so einem Leben alles lernt. So viele Kleinigkeiten, die man gar nicht würdigt, wie Schuhe binden, Hemd zuknöpfen, Krawatten binden, eine Uhr aufziehen.“

Genau um die Erzeugung dieses Grundgefühls, also ein Gefühl von „ich kann ja was, ich bin ja was und ich habe bereits so viele Dinge gelernt und gemeistert“, ist es, was es als Hoffnung schaffende Ressourcen zu aktivieren gilt.

### ***Fallbeispiele – Von schnüffelnde Kollegen und kampfstarke Schwiegermüttern***

Humorvolle Anekdoten können ebenfalls hervorragend der Vorbereitung der eigentlichen Intervention dienen. Der folgende Fall zeigt, dass die Intervention ohne die vorbereitende Anekdote undenkbar gewesen wäre:

In einer Supervisionsgruppe mit TeilnehmerInnen einer hypnotherapeutischen Ausbildungsgruppe beginnt eine Teilnehmerin mit ihrer Fallschilderung. Nach wenigen Worten wird ihre Stimme brüchig, und sie beginnt zu schluchzen. Die anderen SupervisionsteilnehmerInnen sind überrascht, da diese Kollegin bis dahin immer sehr beherrscht und selbstbewusst aufgetreten war.

Die Gefühle brechen regelrecht aus ihr heraus: „Es geht eigentlich gar nicht um den Fall. Es geht um meinen Arbeitsplatz. Ich halte das nicht mehr aus. Gegen diesen Chef macht ohnehin niemand was. Er geht in 3 Jahren in Ruhestand und hat große Verdienste. Mein Mann hat eine Stelle in dieser Region, die er nicht verlassen kann und wird. Ich werde keine andere Stelle finden. Und ich halte das nicht mehr aus. Ich dachte mir schon, dass ich weinen muss, wenn ich damit anfange, und ich kann mich nur nicht leiden, wenn ich in so einer Gruppe einfach loshe-ule.“

Nachdem sie sich wieder gefasst hat, beginnt sie zu erzählen: „Die Stimmung in unserem Team ist einerseits recht förmlich und ande-

erseits eher pathologieorientiert. Es wird teils negativ über die Patienten geredet, teils negativ die Arbeit der Kollegen kommentiert. Ich komme zum Beispiel gerade in eine Team-Sitzung, die noch nicht wirklich begonnen hat und höre: „Haben Sie schon gehört Herr Kollege, wenn Patienten einen schweren Ambivalenzkonflikt haben, soll es neuerdings Therapeuten geben, die diese Patienten an den Neckar schicken, um dort zwei gleich große Kieselsteine zu finden. Diese beiden Steine müssen dann vier Wochen in der Hosentasche getragen werden. Haben Sie schon so etwas gehört? Hört sich etwas bizarr an, Herr Kollege, finden Sie nicht?“. Es sei klar, dass sie damit gemeint ist. Damit könne sie aber umgehen. Sie habe nach ihrer tiefenpsychologischen Ausbildung eine systemisch-lösungsorientierte Fortbildung gemacht und ergänze diese jetzt durch die Hypnotherapie und benutze unterdessen manchmal solche symbolischen Interventionstechniken wie die der beiden Steine.

Was die Kollegin jedoch enorm empört, schilderte sie etwa so: „Die letzten Wochen tauchen immer häufiger Sticheleien auf, deren Inhalte nur aus meinen Patientenakten stammen können. Ich finde das absolut daneben. Wir haben im Haus ab und zu auch bekannte Patienten, und die erzählen ihre Geschichte mir und nicht dem ganzen Team. Das ist für mich ein Bruch der Schweigepflicht, und ich kann es aber nicht ansprechen. Wenn ich es ansprechen würde, käme bestimmt so etwas wie: Paranoia ist eine der häufigsten Krankheiten in psychosozialen Kreisen.“

Schon während die Kollegin die Situation schilderte, hatte ich eine Idee für eine passende Intervention. Es war mir jedoch bewusst, dass ich diese nicht direkt präsentieren konnte, da die Empörung und Verletzung der Kollegin zu groß war. Sie war gefühlsmäßig noch zu nahe an ihrem Teamproblem. Deshalb lenkte ich die Aufmerksamkeit auf eine andere Ebene und begann mit den Worten: „Kennst Du eigentlich schon die Fallgeschichte mit der kampfstärksten Schwiegermutter, von der ich je gehört habe?“ Schon bei der Formulierung „kampfstärkste Schwiegermutter“ begann sie zu schmunzeln, und ich fing an, diesen Fall zu erzählen:

Ich hatte einmal eine Patientin mit einer psychogenen Dysphonie. Da sie beruflich ihre Stimme benötigte, war sie durch die wiederkehrende Heiserkeit erheblich eingeschränkt. Außerdem hatte sie bereits drei Fehlgeburten hinter sich, bis ihr bei der vierten Schwangerschaft ihr Gynäkologe ein ärztliches Attest ausstellte, welches besagte, dass weder ihre Mutter noch ihre Schwiegermutter während der Schwangerschaft anrufen oder gar zu Besuch kommen dürften. Absolute Ruhe war angesagt!

Doch gleich nach der Geburt setzte der alte Terror von Seiten der Schwiegermutter wieder ein: Sie rief täglich pünktlich um 19 Uhr an. Tenor dieser Anrufe war: Erzieht Du mein Enkelkind richtig? Bügelst Du die Hemden vom meinem Sohn bzw. deinem Mann korrekt? Hast Du ihm mal wieder neue Krawatten gekauft – Du weißt, in was für einer wichtigen Position er ist – ? Die Patientin begann regelmäßig schon zwei Stunden vor den Anrufen zu schwitzen.

Noch schlimmer waren jedoch die Besuche: Die Schwiegermutter hielt keine Grenzen ein. Sie ging ins Schlafzimmer, öffnete Schränke, hielt gar Einsicht in die Kontoauszüge der Familie und begutachtete die finanzielle Lage.

Ich erinnere mich, dass ich damals dachte: „Da würde ich glattweg auf mildernde Umstände bei Totschlag setzen“.

Schließlich fragte ich die Patientin eine meiner üblichen Fragen in solchen Situationen: Was ist bei diesem ganzen belastenden Schwiegermutterthema subjektiv am schwierigsten? Die Antwort war verblüffend: „Immer wenn die Schwiegermutter so alle 4-6 Wochen zu Besuch kommt und wir zu Beginn regelmäßig bei Kaffee und Ku-

chen sitzen, bückt sie sich und hebt vom Teppich eine wirkliche oder imaginäre Fluse auf, spreizt ihren kleinen Finger ab und legt mit etwas angeekelten Gesichtsausdruck diese Fluse auf den Tisch oder ihren Unterteller.“ Die Patientin fügte an, dass sie bei einer dieser Szenen am Anfang der Ehe einmal „ausgerastet“ sei und erregt etwas gesagt habe. Darauf habe sich die Schwiegermutter an ihren Sohn, den Ehemann meiner Patientin, gewandt und gesagt: „Habe ich Dir nicht gesagt, diese Frau passt nicht in unsere Familie und hat kein Niveau.“ Ihr Mann habe sich daraufhin schweigend neutral verhalten und sie nicht geschützt.

Ich verstand nun, warum die Schwiegermutter ihre repetitive non-verbale Altersregressionstechnik liebte, mit der sie ihre Schwieger-tochter immer wieder an die damalige Demütigung erinnern konnte. Zur Patientin sagte ich: „Das mit ihrer Schwiegermutter und der Fluse ist wirklich einfach zu lösen. Aber ich habe auch leicht reden. Bei anderer Leute Schwiegermütter hat man immer gute Ideen und in der eigenen Familie geht es einem wie allen anderen Leuten auch.“

Das machte die Patientin natürlich neugierig und ich spannte sie die ganze Sitzung über auf die Folter, indem ich immer wieder sagte, dass es eigentlich keinen Sinn mehr mache, ihr Tipps für den Umgang mit ihrer Schwiegermutter zu geben, da es vermutlich zu spät sei – sie habe zu oft verloren und sei zu sehr traumatisiert. Schließlich gab ich meine Idee dennoch preis: „Wenn das meine Schwiegermutter wäre... – Ich würde putzen, so gut es sich gehört. Eine halbe Stunde bevor sie käme, würde ich allerdings den Staubsauger aufmachen und vier oder fünf kleine Flusen herauszupfen. Vier würde ich auf dem Boden auslegen und eine auf die Armlehne von dem Sessel, auf dem meine Schwiegermutter zu sitzen pflegt. Dann würde ich warten und mitzählen, ob sie alle fünf Fluse aufhebt.“

Bei dieser Vorstellung begann die Patientin zu schwitzen, und es wurde wieder sichtbar, wie verletzt und traumatisiert sie war: „Um Gotteswillen. Wenn die merkt, dass ich sie auf den Arm nehmen will?!“ Ich erwiderte: „Sie sollen sie nicht auf den Arm nehmen. Niemand weiß etwas davon, weder die Schwiegermutter, noch ihr Mann. Wenn sie Bedenken haben, so legen sie ihr doch nur eine Fluse hin. Sie hebt doch ohnehin immer eine auf, ob eine daliegt oder nicht. Dann legen Sie ihr doch eine hin.“ Diese Idee gefiel der Patientin schon besser. Ihre Mimik begann sich zu verändern.

In der nächsten Sitzung, die zwei Wochen später stattfand, wirkte die Patientin verändert. Sie trug neue Kleidung, war lebendiger und wirkte beweglicher. Sie erzählte, dass ihre Schwiegermutter bisher noch nicht zu Besuch gewesen sei. Allerdings habe sie ganz vergessen zu erzählen, dass ihr Mann manchmal auch solche Flusen aufhebe und dabei seinen kleinen Finger abspreize. Vor allem, wenn er in Gedanken sei und über seine Firma nachdenke. Ihm habe sie eine Fluse hingelegt, und sie habe eine Stunde lang warten müssen, bis er sie aufgehoben habe.

Ich fragte sie, was außerdem in diesen zwei Wochen passiert sei. Sie begann: „Ich habe meine Putzfrau gefeuert. Die hat nie geputzt, was ich ihr sagte, sondern das, was sie für nötig hielt. Dazu hat sie noch Bemerkungen über unsere Unordnung gemacht. Das habe ich jetzt abgestellt. Und das Kindermädchen habe ich gleich mitgefeuert.“ Ich fragte, was mit dem Kindermädchen gewesen sei. Sie ergänzte: „Ach, eigentlich sollte die nachmittags immer auf mein Kind aufpassen, so dass ich einen Mittagsschlaf machen und mich regenerieren kann. Sie hat aber immer so viele Probleme, über die ich dann regelmäßig mit ihr gesprochen habe. Ich habe quasi mit ihr Therapie gemacht und ihr dann hinterher das Kindermädchen-geld ausbezahlt.“

Ganz offensichtlich sah die Patientin keinen Zusammenhang zwi-

schen der Fluse und ihrem neuen Verhalten. Mich erinnerte dieses neue Verhalten an das Motto von Muhammed Ali: „Geben ist seliger als nehmen.“

Die Kollegin aus der Supervisionsgruppe hörte mir mit zunehmendem Interesse zu. Während dessen kam ihr üblicher Humor und ihre sympathische Power wieder zurück. Auf dieser Grundlage begann ich, die eigentliche Idee, die ich ihr geben wollte, für sie vorzubereiten und ihr eine andere Anekdote zu erzählen:

Milton Erickson hatte einen Patienten in der Psychiatrie. Dieser Patient hatte die Angewohnheit sehr direkt zu fragen: „Wie geht es mir denn, Herr Doktor?“ Wenn Erickson sagte, dass er finde, es gehe gut voran, sagte der Patient: „Was sollen Sie auch anderes sagen. Es ist ihre Aufgabe als Therapeut, in dieser Art zu sprechen.“ Erickson schätzte den Patienten so ein, dass dieser heimlich in seiner Akte lesen würde, wenn er unbeobachtet Gelegenheit dazu hätte. Also begann er damit, z.B. vorne in der Akte zu vermerken: „Patient macht unerwartet gute Fortschritte“. Dann ließ er sich aus dem Behandlungszimmer rufen. Nach seiner Rückkehr stellte er fest, dass die Akte minimal anders lag und die Botschaft offensichtlich beim Empfänger angekommen war.

Nun begann die Supervisionsteilnehmerin zu ahnen, welchen Vorschlag ich zur Lösung ihres Problems machen wollte. Ich meinte: „Das ist doch gar nicht schlecht, wenn Deine KollegInnen Deine Akten studieren. Du kannst es zwar nicht ansprechen und auch nicht verhindern, aber Du kannst es vielleicht utilisieren. Wenn irgendjemand schon mit großem Interesse Deine Akten studiert, dann präpariere die Akten doch. Hefte alles möglich rein, was Du Deinem Team mitteilen willst: Buchbesprechungen von lösungsorientierten Büchern, kurze Abstracts von Fortbildungsveranstaltungen oder hefte gleich vorne ein Blatt rein: „In unserem Team gefällt es mir von Woche zu Woche besser“.

Die Augen der Kollegin leuchteten, und die Supervisionsgruppe trug begeistert mit Ideen für die Umsetzung bei: Was, wenn man eine Intervention zweistufig also mit Fortsetzung aufbauen möchte? Woher weiß man, dass die erste Botschaft schon gelesen wurde? Möchte die Kollegin die Akten mit einem ihrer Haare versiegeln oder welche anderen Möglichkeiten gibt es zu erkennen, ob eine Akte bereits heimlich gelesen wurde? Die Kollegin entschloss sich dann mit Plastikeinlagen zu arbeiten und damit ein Eselsohr zu bilden, das sich aufrichtet, sobald jemand die Akte öffnet.

Etwa ein Jahr später traf ich die Kollegin auf einer Tagung wieder, und sie erzählte mir, dass sie in Bibliotheken und Buchhandlungen gegangen sei, um sich Aphorismen- und Anekdotenbücher zu besorgen. Ich bat sie, mir einige der Sprüche zu faxen, die sie in die Akten geheftet hatte. Einige Zeit später kam ein Fax:

- Oh Diamant! Der Bimsstein gehört auch zu den Mineralien
- Die meisten Nachahmer lockt das Unnachahmliche
- Je kürzer der Fleiß, je länger der Tag
- Der niemals Ehrfurcht empfunden hat, wird sie auch niemals erwecken.
- Wenn die, die uns nachfolgten, uns nicht mehr erreichen können, schwören sie darauf, dass wir uns verirrt haben.
- Viele Leute glauben, wenn sie einen Fehler erst mal eingestanden haben, brauchen sie ihn nicht mehr abzulegen.
- Ausnahmen sind nicht immer Bestätigungen der alten Regel, sie können auch Vorboten einer neuen Regel sein.
- Nicht hinsehen: Zwei Bewohner eines Taubstummenheimes zankten sich. Als ein Angestellter dazukam, um die Sache wieder ins Lot zu bringen, hatte einer dem anderen den Rücken zugekehrt und schüttelte sich vor Lachen.

„Worum geht der Spaß? Warum sieht Ihr Partner so wütend aus?“ fragte der Helfer in der Zeichensprache

Der Stumme erwiderte auch in der Zeichensprache: „Weil er mich beschimpfen will, aber ich mich weigere hinzusehen!“

- Etwas sollten wir sogenannten guten Freunden immer „abzuleren“ versuchen – ihre Scharfsinnigkeit für unsere Fehler.
- Das Vertrauen ist etwas so schönes, dass selbst der ärgste Betrüger sich eines gewissen Respektes nicht erwehren kann vor dem, der es ihm schenkt.
- Wenn jeder dem Anderen helfen wollte, wäre allen geholfen.
- Alles wird uns heimgezahlt, wenn auch nicht von denen, welchen wir geborgt haben.
- Im Grunde ist jedes Unglück gerade nur so schwer, als man es nimmt

Die Beispiele aus dem Fax der Kollegin machten deutlich, dass es sich nicht nur um Botschaften an ihr Team handelte, sondern sich mit dem Suchen und Auswählen dieser Sprüche, Witze und Anekdoten auch die Bearbeitung und Behandlung der eigenen Verletzung vollzog.

Zwei Jahre später hörte ich, dass sie sich auf eine Stelle an einem der wenigen Arbeitsorte in dieser Region beworben und gegen 40 MitbewerberInnen durchgesetzt hatte. Sie war wirklich eine Kollegin mit Kompetenz und Power, die aber durch die grenzüberschreitende Schnüffeleien und Demütigungen im Team, die man nicht öffentlich ansprechen konnte, momentan mental eingebrochen war.

Mit dem Ausspruch „Ist doch toll, wenn Deine KollegInnen Deine Akten studieren. Hänge doch Anekdoten und Buchbesprechungen rein“ hätte man aber auf keinen Fall unmittelbar zu Beginn der Stunde kommen dürfen. Zu diesem Zeitpunkt war die Kollegin zu verletzt, empört und ärgerlich, als dass sie frei gewesen wäre, die Idee anzunehmen.

Sowohl im Falle der kampfstärksten Schwiegermutter als auch im Falle der aktenschnüffelnden KollegInnen wurde eine systemisch wirkende Interventionstechnik verwendet, ohne dass das System einbezogen und informiert war. Es waren weder Team-Supervision noch Mehrgenerationen-Familientherapie nötig. Das Problem wurde in der betroffenen Gruppe nicht einmal angesprochen. Nur die jeweils um Hilfe Suchende änderte etwas an ihrem eigenen Verhalten, ohne dass dies ein/e andere/r im Team oder in der Familie bewusst mitbekam.

Für die Vorbereitung der KlientInnen, die Stärkung der Veränderungsbereitschaft, sowie für den Abbau von Hilflosigkeit und Verletzung und den Aufbau von Hoffnung und Erwartung bieten sich in vielen Fällen humorvolle Anekdoten, Fallbeispiele, Witze und Aphorismen an.

Abschließend könnte man zusammenfassen: „Humor ist die Schwimmweste des Lebens „ und „Zuversicht ist des Schiffers Uferlicht.“

BERNHARD TRENKLE

### Gedanken lesen?

„Nur eine Frage geeigneter Lektüre“, meint der Autor.

Mehr zum Autor unter [www.fcschiermeyer.de](http://www.fcschiermeyer.de).

**SCHIERMEYER, FRANZ CHRISTOPH:**  
**Aphorismen**

ISBN: 3-933889-08-1, 79 Seiten, 8,00  
Eur[D], bestellen bei [www.amazon.de](http://www.amazon.de)



# INTERVIEWS



Gisela Borgmann  
Birger Dulz



In der Schule wird eine Klasse nach dem Beruf ihrer Eltern gefragt. Ein Junge antwortet: „Mein Vater spielt Klavier in einem Bordell“. Der Vater ist empört und stellt den Sohn zur Rede. Der antwortet cool: „Sollte ich sagen, dass du Psychologe bist?“

Ob der Sohn oder die Tochter Psychotherapeut werden sollen, scheint eine ernste Frage zu sein, der sich alle Autoren des Buches „Wir: Psychotherapeuten“ tapfer unterzogen haben. So persönlich ihre Antworten sind, so persönlich sind auch die Artikel des Sammelbandes verfasst, eindringliche Schilderungen von Therapien, Grundsätzliches zu Therapieverfahren und Kritisches zu Institutionen und materiellen Bedingungen. Insgesamt: Ein Spiegel mit vielen Facetten. Einer der Herausgeber ist **Birger Dulz**, Oberarzt in der IV. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Nord/Ochsenzoll in Hamburg und Spezialist für Borderline – Störungen.

Mit ihm sprach Ortwin Löwa.

Der Titel Ihres Buches legt nahe, dass es so etwas wie ein „Wir-Gefühl“ der Psychotherapeuten gibt. Was kann man darunter verstehen?

Im Grunde sind die Therapeuten eine sehr heterogene Gruppe, aber wir Herausgeber sind davon ausgegangen, dass sie gemeinsame Probleme haben. Das wollten wir darstellen. Unter anderem.

Man hat die Mediziner des öfteren als „Halbgötter in Weiss“ bezeichnet. Könnte man Psychotherapeuten analog dazu „Gurus“ nennen?

Psychotherapie ist ein hartes und ernstes Geschäft, auf das dieser Begriff nicht passt. Auf die allermeisten Therapeuten trifft zu, dass sie sich für Menschen interessieren. So wie es unterschiedliche Menschen gibt, gibt es auch unterschiedliche therapeutische Modelle. Ich glaube, dass Psychotherapie sich auf individuelle Probleme einstellen muss. Wir wissen, dass es spezielle Persönlichkeitsstörungen gibt, die jeweils eine andere Therapie erfordern. Und innerhalb dieser Subspezialisierungen gibt es dann eine immer noch gewaltige Individualität unter den Patienten.

Wissen wir eigentlich, was Patienten von der Psychotherapie erwarten, wie sie Psychotherapeuten beurteilen?

Wir wissen zu wenig darüber, denn eine Forschung darüber wäre sehr aufwändig und kostspielig. Allerdings habe ich die Erfahrung gemacht, dass sich meine Patienten über Literatur oder auch das Internet fachlich umfangreich informiert haben, mehr als etwa ein Patient, der zu einem Augenarzt oder einem sonstigen Facharzt geht. Was Patienten heute über sich und über uns wissen, unterscheidet sich extrem von dem, was sie vor zwanzig Jahren wussten.

Können wir eigentlich feststellen, welcher Therapeut für seine Arbeit geeignet ist und welcher nicht?

Es gibt natürlich Ausbildungsstandards. Aber letztlich ist das Hauptinstrument, mit dem wir arbeiten, unser Gefühl. Also, wenn z.B. jemand Therapeut werden will und er wirkt sehr brüchig, und er hat in seinem Leben nie eine längere stabile Beziehung gehabt, dann liegt der Verdacht nahe, dass da irgend etwas nicht stimmt und er womöglich Therapeut werden möchte, um sich selbst zu stabilisieren. Aber beweisen können wir das natürlich nicht. Wir bewegen uns dabei in einem subjektiven Bereich.

Gibt es so etwas wie eine professionelle Check-Liste für Psychotherapeuten?

Es ist schwer, Normen aufzustellen. Was ich sagen kann: Man sollte als Therapeut ausreichend stabil sein und in der Lage sein, sich um sich selbst zu kümmern. Es ist ein belastender Beruf mit einer hohen Suizidrate. Darüber muss man sich klar sein.

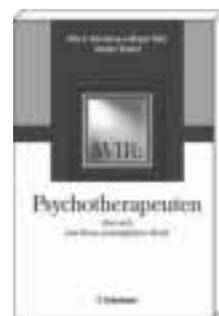
Wie ist das Buch eigentlich entstanden?

Ich bin während eines Vortrages dissoziiert und bekam dann die Idee zu dem Thema. Die angefragten Autoren haben fast alle zugesagt. Einige Frauen waren eher zögerlich und fragten sich weit mehr als die männlichen Kollegen, ob sie kompetent genug seien. Männer haben spontaner zugesagt und sich mehr zugetraut. Weder das Verhalten der Frauen noch der Männer ist allerdings automatisch ein Indikator für Kompetenz oder für Überforderung.

Kernberg, Otto F. / Dulz, Birger / Eckert, Jochen (Hrsg.)

Wir: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf

EUR 29,95 ISBN: 3-7945-2466-7



Der Sohn hat sein Medizinstudium beendet und schon mal seinen Vater im Urlaub vertreten. Bei dessen Rückkehr erzählt er stolz, wie viele langjährige Patienten er geheilt habe. Der Vater mürsch: „Weißt du eigentlich, dass gerade die dein Studium finanziert haben?“

Um Berufsperspektiven geht es auch im Interview, das Ortwin Löwa mit **Gisela Borgmann** führte. Sie ist Diplompsychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Von Dezember 2001 bis September 2004 war sie Präsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin.

**Mit welchen Vorstellungen beginnen angehende Psychotherapeuten ihre Ausbildung und wie verändert sich das?**

Ausbildungskandidaten und -kandidatinnen haben ein abgeschlossenes Studium hinter sich und fragen sich schon hin und wieder, ob es da nicht große Redundanzen bei den Ausbildungsinhalten geben wird. Sie sind hochmotiviert und ausgesprochen lernfreudig. Sie machen sich oft Sorgen über die Finanzierbarkeit ihrer Ausbildung. Da es überwiegend junge Frauen sind, kommen ernste Fragen der Familienplanung hinzu.

Zu Beginn ihrer Ausbildung sind sie wenig über die beruflichen Bedingungen nach der Approbation informiert. Später sind sie dann ganz schön geschockt, wenn sie erfahren, mit welchen Widrigkeiten sie zu kämpfen haben werden, wie KV-Zulassung, Praxiskauf usw. Zunehmend zermürend wirken der zeitlich extreme Aufwand und die finanziellen Problemen.

**Gibt es für Psychotherapeuten die Orientierung an einem Idealbild und wie sieht das aus?**

Im Studium haben sie sich schon intensiv mit der Frage auseinandergesetzt, welches Verständnis von der Genese psychischer Krankheiten und deren Heilungsprozess ihnen jeweils persönlich am nächsten liegt. Psychotherapie – wie übrigens ihre Vorläufer schon – ist logischerweise mit Vorstellungen über Krankheit, Entwicklung, Verhaltensursachen oder Veränderung eng verknüpft. Die heutzutage gelehrteten Verfahren sind „Kinder ihrer Zeit“, sie sind Ausdruck gesellschaftlicher Strömungen. Sie gehen von unterschiedlichen Menschenbildern und unterschiedlichen Vorstellungen von menschlicher Veränderungsmöglichkeit aus. Aus diesem ‚Angebot‘ suchen sich die angehenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dasjenige aus, das am besten zu ihnen passt.

**Die Psychotherapie ist in ihrer Geschichte von Gründerpersönlichkeiten geprägt. Fungieren diese, meist „Väter“, noch als Vorbilder?**

Das hängt wohl sehr mit dem Verfahren zusammen. Nehmen wir Skinner. Ich glaube, er eignet sich nicht besonders als Vorbild.

**Welchen Einfluss hat es auf das Selbstbild des Psychotherapeuten, wenn er seine Arbeit an einer „Schule“ orientiert?**

Die Schulen sind prägend, da sie dem Psychotherapeuten, der Psychotherapeutin eine kohärente Vorstellung von Problemen und deren Veränderung geben und Entscheidungshilfen bieten, was zu tun ist. Sie helfen, eine Psychotherapeutenidentität zu bilden und diese ist ein Wirkfaktor.

Ich verweise in diesem Zusammenhang auf eine Untersuchung von Eckert&Biermann-Ratjen, die empirische Belege für folgende Phänomene zusammengetragen haben:

- a) Es ist im Hinblick auf den Psychotherapieerfolg günstig, wenn ein Psychotherapeut eine psychotherapeutische Identität hat, er zumindest von dem, was er tut, überzeugt ist.
- b) Je besser ein Patient sich seinerseits mit der „Psychotherapeutenidentität“ seines Psychotherapeuten identifizieren kann, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Behandlung.

**Unterscheiden sich die Selbstbilder von psychotherapeutisch tätigen Männern und Frauen?**

Davon ist doch wohl auszugehen. Allerdings weniger als in der Normalpopulation, da zu einer vollständigen Selbstwahrnehmung

die Integration männlicher und weiblicher Anteile gehört. An Ergebnissen einer Studie wäre ich sehr interessiert.

**Welche Erwartungen haben Patienten an Psychotherapeuten?**

Meine persönlichen Erfahrungen decken sich mit den wissenschaftlichen Untersuchungen:

Patienten suchen jemandem, dem sie fachlich vertrauen können, der also Kompetenz ausstrahlt. Sie möchten verstanden werden und sie möchten zu neuen Erfahrungen ermutigt werden. Selten habe ich die Erfahrung gemacht, dass jemand sich im Vorfeld auf ein Verfahren festgelegt hätte. So fundiert haben sich die meisten nicht informiert.

Für unsere psychotherapeutische Arbeit ist wichtig, dass nur für wenige Patienten die Besserung ihrer Störung das einzige Ziel der Psychotherapie ist. Die Mehrheit gibt daneben Probleme zwischenmenschlicher Natur als eines ihrer wichtigsten Themen an. Kurz gesagt, Patienten wollen in ihrer Gesamtheit wahrgenommen und angenommen werden und nicht als Symptom.

**Lassen sich Psychotherapeuten in ihrer Selbstwahrnehmung von Erwartungen bzw. Erfahrungen der Patienten korrigieren?**

Natürlich. Die Störung eines Menschen ist Ausdruck seiner Individualität und wird vom Patienten auch so verstanden. Eine erfolgreiche Psychotherapie bedarf einer guten Anpassung an die Individualität des Patienten. Schon Orlinsky/Howard haben auf die Bedeutung der Passung aufmerksam gemacht. Es gibt keine unterschiedlichen Psychotherapieerfolge zwischen wissenschaftlich begründeten Verfahren. Es gibt allerdings Unterschiede zwischen einzelnen Psychotherapeuten. Da kann uns die Forschung leider noch nicht genügend Wissen zur Verfügung stellen. Ich bin überzeugt, dass die Fähigkeit zur Selbstkorrektur hier einen wichtigen Faktor darstellt. Wenn die Selbstwahrnehmung des Psychotherapeuten mit der Fremdwahrnehmung aus Sicht des Klienten übereinstimmt, ist die Aussicht auf eine erfolgreiche Psychotherapie groß.

**Stimmen Selbst- und Fremdbild der Psychotherapeuten überhaupt überein?**

Ich nehme das im Umgang mit Bürgern oder Politikern und auch mit den Medien so wahr, dass das Ansehen von Psychotherapie in der Öffentlichkeit in den letzten Jahren enorm gestiegen ist. Selbst im Fernsehen bekommen wir ja manchmal richtig kompetente Psychologinnen zu sehen anstatt der neurotisch verqueren Figuren aus früheren Jahrzehnten.

Wir Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben manchmal zu sehr den Hang, uns in unserem Verfahren festzuhalten und uns zu wenig mit dem Beruf Psychotherapeut/in zu identifizieren. Vom Fremdbild her werden wir als ein Beruf wahrgenommen. Psychotherapieschulen können keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, sondern sie sind Zentrierungen aus der Hyperkomplexität des psychotherapeutischen Geschehens. Die Ansätze zu einer einheitlichen Gesamtpsychotherapie wie Grawe es u.a. mit seiner ‚Neuropsychotherapie‘ versuchte, stecken noch in den Kinderschuhen. Das sollte uns psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten aber nicht daran hindern, unsere Gemeinsamkeiten mehr in die Selbstwahrnehmung aufzunehmen.

## Die „Rürup-Rente“: Wie Sie Steuern in Altersvorsorge umwandeln können

Mit Beginn des Jahres 2005 hat der Staat ein geradezu gigantisch zu nennendes Programm zur steuerlichen Förderung der Altersvorsorge aufgelegt. Bekannt geworden ist es nach dem Namen seines Erfinders unter dem Begriff „Rürup-Rente“.

Im Detail geht es darum, dass eine Einzelperson im Jahr 20.000 € in eine solche Rentenversicherung einzahlen kann. Ein Ehepaar hat 40.000€ als Einzahlungsvolumen zur Verfügung.

Von diesen Beträgen abzuziehen sind alle Einzahlungen (auch des Ehepartners) in die gesetzliche Rentenversicherung einschließlich Arbeitgeberanteil, ferner Einzahlungen in Versorgungswerke und bestimmte Anrechnungsbeträge bei verbeamteten Ehepartnern. Der steuerliche Effekt: 62 % des Beitrages zur „Rürup-Rente“ können von der Steuer abgesetzt werden. Dieser Absetzungsbetrag steigt in jedem Jahr um 2 %, bis im Jahre 2025 100% des Beitrags abgesetzt werden können.

Dies bedeutet, dass eine Einzelperson in diesem Jahr das zu versteuernde Einkommen um bis zu 12.400 € im Jahr senken kann; ein Ehepaar um bis zu 24.800 € – Tendenz steigend! Die dadurch gesparten Steuern sind in der „Rürup-Rente“ gut angelegt. Deren Besteuerung findet dann im Alter statt – zu dem dann niedrigeren Steuersatz.

Weitere Bedingungen: Eine einmalige Auszahlung ist nicht vorgesehen, sondern eine lebenslange Rentenzahlung. Auch eine Beleihung oder Veräußerung ist nicht möglich, und eine Hinterbliebenenversorgung ist auf Familienangehörige beschränkt.

Gern informieren wir Sie näher und sagen Ihnen, in welcher Höhe eine Rürup-Rente noch für Sie nutzbar ist und ob sie sich für Sie individuell lohnt. Und selbstverständlich halten wir für Sie auch leistungsstarke Gruppenvertragsangebote mit Sonderkonditionen für Sie bereit.

### Gesunkene Versorgungswerksrenten durch höhere Besteuerung und längere Lebenserwartung – was tun?

Wenn Sie in ein Versorgungswerk einzahlen, ist es wichtig, zu wissen: Bei der Anfang 2005 in Kraft getretenen Neuordnung der Altersversorgung wurden Versorgungswerksrenten einer neuen Besteuerung unterworfen: Waren bis 2004 bei einem Ruhestandsbeginn mit 65 nur 27 % der Versorgungswerksrente steuerpflichtig, so sind es



Hartmut Scheele

nun nach der Reform z. B. für eine(n) heute Fünfzigjährige(n) 81 % der Versorgungswerksrente, die zu versteuern sind. Dies ist ein erheblicher Unterschied!

Gleichzeitig hat sich herausgestellt, dass wir – erfreulicherweise – eine höhere statistische Lebenserwartung haben. Dies bedeutet jedoch, dass das angesparte Kapital von Rentenversicherungen und Versorgungswerken länger reichen muss. Der Effekt: Die einzelne Monatsrente fällt durch die letzte Anpassung an die gestiegene Lebenserwartung um ca. 15 % niedriger aus.

Beides zusammen – höhere Besteuerung und längere Lebenserwartung – läßt Ihre bisherige Altersvorsorge schrumpfen. Somit ist zu empfehlen, im Rahmen des Ihnen Möglichen gegenzusteuern und Ihre Altersvorsorge zu ergänzen. Stocken Sie dabei möglichst nicht einfach nur Ihren Beitrag zum Versorgungswerk auf. Denn auch hier gilt: Vertrauen Sie Ihre Zukunft nie (und auch nicht einseitig) einer einzigen Versorgungseinrichtung an, sondern beherzigen Sie das Prinzip der Risikostreuung und stellen Sie Ihre Altersversorgung auf mehrere Füße! So sollten neben Ihrer Versorgungswerksrente auch andere Versorgungsarten Berücksichtigung finden. Wir helfen Ihnen gern dabei weiter, u.a. auch mit unseren Gruppenverträgen zur Rürup-Rente und zur klassischen Rentenversicherung.

HARTMUT SCHEELE

Anfragen zu diesen Themen richten Sie bitte an:

Hartmut Scheele,  
AVB, Versicherungs- und Finanzdienstleister des bvvp  
Alsenstr. 2,  
22769 Hamburg,  
Tel. 040/4313910,  
Fax 040/43139119,  
Email: Hartmut.Scheele@avb-hamburg.de



# FÜR UNS GELESEN

## CHRISTIAN MOSER: „Sigmund Freud – Die ganze Wahrheit“

„Ich kam zu Freud, als er in die Berggasse 19 zog, jene weltberühmte Adresse, wo er mehr als ein halbes Jahrhundert lang leben und arbeiten sollte. Das Behandlungszimmer des Professors – er war damals noch keiner, aber die werten Leser werden es mir nachsehen, wenn ich diesen Titel dennoch benutze – sollte von nun an mein neues Zuhause sein“.

Ein auf den ersten Blick rätselhaftes Zitat: Hat man je von einem Mitglied des Freudischen Haushaltes gehört, das in seinem Behandlungszimmer wohnte? Nun, die Lösung liefert der Karikaturist und Autor Christian Moser, der ein Symbol der Psychoanalyse zum Sprechen bringt: Die Couch. Pardon, eine echte Wiener Couch, die nach ihrer Installation frech, indiskret, auch mal hochnäsiger, häufig besserwissend, doch durchweg bewundernd Leben und Werk des grossen Meisters begleitet.

Ein kurzes, manch einer wird sagen: arg verkürztes, schmales Lehrbuch, dessen Kapitel mit präzisen Schlagwörtern überschrieben sind und vor allem durch liebevolle Illustrationen fesseln. Die Traumdeutung etwa ist als Bühnenstück dargestellt, der Narzissmus zeigt Freud, wie er an einem Denkmal seiner selbst hämmert und die Auseinandersetzung mit Kollegen wie Adler oder Stekel trägt den Titel. „Die unartigen Wiener“. Die passend zum Streit, der die Psychoanalyse auch später begleiten sollte, an Freuds Stuhl sägen. Diese Glaubenskämpfe, auch offene Fragen in Freuds Biografie, nimmt Moser zum Anlass, die Couch als präsente unmittelbare Zeugin für sein Buch aufzurufen, deren Erfahrungen er verdichtet wiedergibt. Er legt sozusagen Freud auf seine eigene Couch. Ein Kunstgriff der besonderen Art.

ORTWIN LÖWA



Christian Moser: „Sigmund Freud – Die ganze Wahrheit“, Hamburg: Carlsen, 144 S., 12,90 Eur[D] ISBN 978-3-551-78195-6

## ERIC R. KANDEL: Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes

Anfangs macht der Autor seine Nähe zur Psychoanalyse und zu Freud in einem kurzen autobiografischen Teil deutlich: Seine psychiatrische Ausbildung (und dann aufgegebene Absicht, Analytiker zu werden) sei die Grundlagen für den späteren Werdegang als Hirnforscher gewesen. Er habe stets darauf bestanden, „dass die Biologie die Psychoanalyse in eine naturwissenschaftlich begründete Disziplin verwandeln kann“.

Das Buch gibt sieben Beiträge wieder, die den „Werdegang“ von Kandels neurobiologischen Erkenntnissen beschreiben.

Kandel sieht die Verbindung zwischen Biologie und Psychiatrie (Psychoanalyse) als die (auch in anderen Wissenschaftsbereichen) Erkenntnis fördernde Beziehung einer wissenschaftlichen Disziplin zu ihrer „Gegendisziplin“. Die Psychiatrie müsse Fragen stellen, die die Biologie zu beantworten versuche. Andererseits habe die Biologie, da wo es um geistige Funktionen gehe, eine Richtschnur dringend nötig.

Speziell an die Psychoanalyse wendet sich der Autor in seinem dritten Text: „Biologie und die Zukunft der Psychoanalyse“. Die Psychoanalyse müsse sich 100 Jahre nach Freud entscheiden, ob sie sich als hermeneutische Disziplin, eine „Philosophie des Geistes“, beschränken oder ob sie eine experimentell gestützte „Wissenschaft des Geistes“ sein wolle. Kandel steht dem psychoanalytischen „Fortschritt“ seit Freud an dieser Stelle skeptisch gegenüber, zählt dann aber acht Ergebnisse der Hirnforschung auf, die die Erkenntnisse der Psychoanalyse eher bestätigen.

Für den deutschen Leser ist nachteilig, dass in dem Buch die Verhältnisse in den USA (z.B. die Gleichsetzung von Psychiatrie und Psychoanalyse in einer bestimmte Phase) zu Grunde gelegt werden. Es ist dennoch lesenswert, wie der Autor nicht nur der Psychoanalyse sondern auch der Verhaltens- und Lernpsychologie mit überzeugendem, naturwissenschaftlichen Impetus entgegen kommt. RÜDIGER HAGELBERG

Eric R. Kandel (2006): Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, ISBN 3-518-58451-0, 28 Euro

# Diagnostik und Klassifikation



Übersetzt und herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt unter Mitarbeit von E. Schulte-Markwort. 5., durchges. u. erg. Aufl. 2005. 369 S., Kt € 26.95 / CHF 46.90 ISBN 3-456-84124-8

## Internationale Klassifikation psychischer Störungen

### ICD-10 Kapitel V (F)

### Klinisch-diagnostische Leitlinien

Die offizielle Publikation der WHO.



Übersetzt und herausgegeben von H. Dilling und H. J. Freyberger nach dem englischsprachigen Pocket Guide von J. E. Cooper. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2006, unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10. 528 S., Gb € 29.95 / CHF 48.90 ISBN 3-456-84255-4

## Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen

### Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien ICD-10 : DCR-10

Die diagnostischen Kriterien für die einzelnen Störungen und Störungsgruppen in kommentierter Form.



Herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt und E. Schulte-Markwort. 4., überarb. Aufl. 2006. 256 S., Kt € 24.95 / CHF 39.90 ISBN 3-456-84286-4

## Internationale Klassifikation psychischer Störungen

### ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis

Das geeignete Manual für den klinischen Gebrauch erfahrener Anwender.

[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)



# NEUERSCHEINUNGEN UND

## BÜCHER ZUM SCHWERPUNKT

### Antipsychiatrie

- KLAFKI, H.: **Meine Stimmen - Quälgeister und Schutzengel.** Texte einer engagierten Stimmenhörerin. ISBN: 3925931422. 13.90 €
- ZEHENTBAUER, J.: **Chemie für die Seele.** Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden. Mit einer Ergänzung zu den neuesten Antidepressiva und atypischen Neuroleptika. ISBN: 3925931287. 19.90 €

### Asanger

- FISCHER, G.; MÖLLER, H.: **Psychodynamische Psychologie und Psychotherapie im Studiengang Psychologie.** Vergangenheit \_ Gegenwart \_ Zukunft: Kritischer Kommentar zur Festschrift der Deutschen Gesellschaft für Psychologie zum 100jährigen Jubiläum. ISBN: 3893344748. 9.50 €
- GÖTZ-GÖRKE, M.: **Integrative Therapie mit früh traumatisierten Patienten.** Innere und gemalte Bilder als therapeutischer Zugangsweg bei kumulativen Mikrotraumata der Kindheit. ISBN: 3893344705. 29.00 €
- ISERMANN, T.; SCHMIDL, D.: **Selbstermutigung.** Sinnliche Impulse durch Kunst und Literatur. Zehn Essays. ISBN: 3893344616. 29.50 €
- ZUREK, A.: **Psychologie der Entfremdung.** Eigen, fremd, entfremdet. ISBN: 3893344772. 35.00 €

### Beltz

- BATHYÁNY, A.; WIESMEYER, O.: **Sinn und Person.** Beiträge zur Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl. (Beltz Taschenbuch 179). ISBN: 3407221797. 22.90 €
- PETERMANN, U.; PETERMANN, F.: **Training mit sozial unsicheren Kindern.** Einzeltraining, Kindergruppen, Elternberatung. (Materialien für die klinische Praxis). ISBN: 3621275975. 39.90 €
- RESCH, F.; SCHULTE-MARKWORT, M.: **Kursbuch für integrative Kinder- und Jugendpsychotherapie.** Schwerpunkt: Psyche und Soma. ISBN: 3621275924. 49.00 €
- SZAGUN, G.: **Sprachentwicklung beim Kind.** ISBN: 3407858965. 29.90 €

### Borgmann

- CERLAND, A.: **Narrative Gruppentherapie.** Theorie und Praxis eines systemischen Modells. ISBN: 3938187174. 24.60 €
- KROWATSCHEK, D.; HENGST, U.: **Mit dem Zauber-teppich unterwegs.** Entspannung in Schule, Gruppe und Therapie für Kinder und Jugendliche. ISBN: 3938187123. 29.80 €
- LÜCKERT, H.; LÜCKERT, I.: **Leben ohne Angst und Panik.** Ursachen und Symptome erkennen, Therapiemöglichkeiten wählen. ISBN: 3938187166. 19.50 €
- MUTH-SEIDEL, D.; SEIDEL, D.: **Cool mit Nic Panda.** Training für Kinder mit Schul- und Prüfungssangst. ISBN: 3938187131. 18.40 €
- SZABÓ, P.; BERG, I.: **Kurz(zeit)coaching mit Langzeitwirkung.** ISBN: 3938187298. 29.80 € 25.50 €

### Carl-Auer

- KYPTA, G.: **Burnout erkennen - überwinden - vermeiden.** ISBN: 3896705210. 16.95 €
- LUVENS, M.; VANSTEENWEGEN, A.: **Trotz aller Liebe.** Wie überstehen wir den Seitensprung?. ISBN: 3896705245. 14.95 €
- RADATZ, S.: **Einführung in das systemische Coaching.** ISBN: 3896705199. 12.95 €
- TSIRIGOTIS, C.; SCHLIPPE, A.; SCHWEITZER, J.: **Coaching für Eltern.** Mütter, Väter und ihr „Job“. ISBN: 389670513X. 29.95 €
- WELTER-ENDERLIN, R.; HILDENBRAND, B.: **Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände.** ISBN: 3896705113. 29.95 €

### EHP Verlag Andreas Kohlhage

- JOHNSON, S.: **Der narzisstische Persönlichkeitsstil.** Integratives Modell und therapeutische Praxis. (EHP - Edition Humanistische Psychologie). ISBN: 3926176164. 25.00 €
- KEPNER, J.: **Körperprozesse.** Ein gestalttherapeutischer Ansatz. (EHP - Edition Humanistische Psychologie). ISBN: 3926176075. 25.00 €
- MOHR, G.: **Systemische Organisationsanalyse.** Der Stern der Organisation. (EHP-Handbuch Systemische Professionalität und Beratung). ISBN: 3897970694. 25.00 €
- SCHMIDT-LELLEK, C.: **Ressourcen der helfenden Beziehung.** Modelle dialogischer Praxis und ihre Deformationen. (EHP - Edition Humanistische Psychologie). ISBN: 3897970406. 30.00 €
- YALOM, I.: **Existenzielle Psychotherapie.** (EHP - Edition Humanistische Psychologie). ISBN: 3926176199. 40.00 €

### Hogrefe

- KRÖGER, C.; UNCKEL, C.: **Borderline-Störung.** Wie mir die dialektisch-behaviorale Therapie geholfen hat. ISBN: 3801720217.
- REINECKER, H.: **Verhaltenstherapie mit Erwachsenen.** 20 Merkblätter für Betroffene und Angehörige. ISBN: 380172008X. 29.95 €
- SACHSE, R.: **Therapeutische Beziehungs-gestaltung.** ISBN: 3801720195. 19.95 €
- SCHAUB, A.; ROTH, E.; GOLDMANN, U.: **Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen.** Ein Therapiemanual. (Therapeutische Praxis). ISBN: 3801719995. 39.95 €
- STANGIER, U.; FYDRICH, T.: **Soziale Phobie und Soziale Angststörung.** Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie. ISBN: 3801714632. 36.95 €

### Klett-Cotta mit Pfeiffer

- BASDEKIS-JOSZA, R.; KRAUSZ, M.: **Gruppentherapie in der Suchtbehandlung.** Konzepte und praktisches Vorgehen. (Leben lernen 193). ISBN: 3608890386. 23.00 €
- JAENICKE, C.: **Das Risiko der Verbundenheit - Intersubjektivitätstheorie in der**

## Konfessionen über eine Profession



Kernberg/Dulz/Eckert (Hrsg.)  
**WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren »unmöglichen« Beruf**

Übersetzungen der englischen Beiträge von Petra Holler

■ **Freud und Leid hinter der Couch: Was Psychotherapeuten schon immer über Psychotherapeuten wissen wollten (... und sich nicht zu fragen trauten)**

■ **Therapeuten aus der Sicht der Medien, ihrer Patienten und ihrer Kinder**

Sonderausgabe der 1. Aufl.  
2005. 629 Seiten, 68 Abb.,  
9 Tab., kart.  
€ 29,95/CHF 47,90  
ISBN-13: 978-3-7945-2466-2  
ISBN-10: 3-7945-2466-7

**Der Blick in den Spiegel: Psychiater und Psychotherapeuten nehmen die eigene Zunft ins Visier**

Psychotherapeuten schreiben gern, fast immer über andere und fast nie über sich selbst. Deshalb gibt es kaum Publikationen über die Angehörigen jenes Berufes, den Sigmund Freud einen der „unmöglichen“ genannt hat. Nun nehmen erstmals 60 Insider ihre eigene Zunft ins Visier, liefern harte Daten und Fakten, schildern Entwicklungen, üben Selbstkritik, berichten über Erfolge und Niederlagen und lassen keinen Zweifel an der Faszination ihrer täglichen Arbeit. Abgerundet wird das Buch durch die Eindrücke von Patienten über ihre Behandler und die Gedanken von Sprösslingen über ihre Therapeuten-Eltern.

**Otto F. Kernberg**  
Past President des  
Weltverbandes der  
Psychoanalytiker

**Birger Dulz**  
Psychiater, Borderline-  
Therapeut und Autor  
mehrerer Fachbücher

**Jochen Eckert**  
Ordinarius für Klinische  
Psychologie,  
Gesprächspsychotherapeut  
und Psychotherapieforscher

Unter der Federführung von Otto F. Kernberg, Birger Dulz und Jochen Eckert haben prominente Therapeuten aus Deutschland, der Schweiz, Österreich und den USA ein Buch in die Welt gesetzt, das die Identität eines der spannendsten Berufsfelder der Gegenwart widerspiegelt.

Das Buch enthält u.a. Beiträge von:  
Eva-Maria Biermann-Ratjen, Thomas Bronisch,  
Anna Buchheim, Dietrich von Engelhardt,  
Harald Freyberger, Sven Olaf Hoffmann, Eva Jaeggi,  
Horst Kächele, Karl König, Rainer Krause, Mathias Lohmer,  
Friedemann Pfäfflin, Udo Rauchfleisch, Luise Reddemann,  
Franz Resch, Hertha Richter-Appelt, Gerhard Roth,  
Gerd Rudolf, Ulrich Sachsse, Almut Sellschopp,  
Wolfgang Schmidbauer, Bernhard Strauß, Vamik Volkan,  
Leon Wurmser

www.schattauer.de

 **Schattauer**

Interim und Preisänderungen vorbehalten

## Neuerscheinungen und Bücher zum Schwerpunkt

**Praxis. (Leben lernen 195).** ISBN: 3608890068. 23.00 €

**KLÖPPER, M.: Reifung und Konflikt.** Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Mentalisierungskonzept in der tiefenpsychologischen Psychotherapie. (Leben lernen 194). ISBN: 3608890246. 23.00 €

**STEINER, J.: Orte des seelischen Rückzugs.** Pathologische Organisationen bei psychotischen, neurotischen und Borderline-Patienten. ISBN: 3608917357. 30.00 €

**WEBER, R.: Paare in Therapie.** Erlebnisintensive Methoden und Übungen. (Leben lernen 191). ISBN: 3608890289. 23.00 €

**WEBER, C.; PREUSS, A.: Potenzialorientiertes Coaching.** Ein Praxishandbuch. (Leben lernen 192). ISBN: 3608890394. 23.00 €

### Kreuz Verlag

**BOECKH, A.: Die Gestalttherapie.** Eine praktische Orientierungshilfe. ISBN: 3783128269. 9.95 €

**KORNBICHLER, T.: Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.** Eine praktische Orientierungshilfe. ISBN: 3783125839. 9.95 €

**PETRI, H.: Die Psychotherapie mit jungen Erwachsenen.** Eine praktische Orientierungshilfe. ISBN: 3783127149. 9.95 €

**SCHMIDBAUER, W.: Psychotherapie im Alter.** ISBN: 378312509X. 9.95 €

**SCHMIDBAUER, W.: Die Psychoanalyse nach Freud.** Eine praktische Orientierungshilfe. ISBN: 3783127157. 9.95 €

### Peter Lang

**PLATTER, G.: Kompendium Psychotherapie.** Ein Lehrbuch. ISBN: 3631546998. 29.80 €

### Psychologenverlag

**JUNGAS, J.: Traumaorientierte Psychotherapie und Psychiatrie - Nach den Tsunamis des Lebens.** (Beiträge zur allgemeinen Psychotherapie 4). ISBN: 3931589773. 16.80 €

**MITTAG, E.; STICKER, E.; KUHLMANN, K.: Leistung - Lust und Last.** Impulse für eine Schule zwischen Aufbruch und Widerstand

Kongressbericht der 17. Bundeskonferenz für Schulpsychologie 2006. ISBN: 3931589765. 19.80 €

### Psychosozial-Verlag

**FROMM, E.: Sigmund Freuds Psychoanalyse.** Grösse und Grenzen. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 3898064972. 19.90 €

**KÖHLER, T.: Freuds Schriften zu Kultur, Religion und Gesellschaft.** Eine Darstellung und inhaltliche Bewertung. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 389806560X. 24.90 €

**RICHTER, H.: Die Krise der Männlichkeit.** In der unerwachsenen Gesellschaft. (edition psychosozial). ISBN: 3898065707. 19.90 €

**VEIZ, B.: Das Oktoberfest - Masse, Rausch und Ritual.** Sozialpsychologische Betrachtungen eines Phänomens. (Imago). ISBN: 3898064840. 24.90 €

**WILL, A.: Psychoanalytiker - anders als ihr Ruf?.** Ein empirisches Portrait. (Forschung psychosozial). ISBN: 3898064530. 24.90 €

### Reinhardt Verlag

**HORN, G.; SANNWALD, R.; WIENAND, F.: Kataklysmen Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen.** ISBN: 3497018732. 29.90 €

**JACOB, A.; WAHLEN, K.: Das Multiaxiale Diagnosesystem Jugendhilfe (MAD-J).** (Personzentrierte Beratung & Therapie 5). ISBN: 3497018740. 29.90 €

**OBENAU, K.: Schmerztherapie mit neuen Selbstbildern.** Die Kreativ-Dynamische Bildsynthese (CDB). ISBN: 3497018724. 29.90 €

**ZÖLLNER, U.: Persönlichkeitsdiagnostik mit dem Sterne-Wellen-Test.** ISBN: 3497018384. 33.00 €

### Roderer

**BRÜCKNER, B.; AL AKEL, S.; KLEIN, U.: Verstehende Beratung alter Menschen.** Orientierungshilfen für den Um-

gang mit Lebenskonflikten, Krisen und Notfällen. ISBN: 3897835541. 19.80 €

**LANG, U.: Kognitive Defizite bei Schizophrenen.** Evaluation des computergestützten kognitiven Trainings X-Cog. (Theorie und Forschung. Psychologie 252). ISBN: 3897835460. 32.00 €

### Rowohlt

**WALSER, M.: Angstblüte.** ISBN: 3498073575. 22.90 €

### Springer

**Handbuch Psychologie.** Wissenschaft - Anwendung - Berufsfelder. ISBN: 3540221786. 99.95 €

**ETTRICH, C.; ETTRICH, K.: Verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche.** ISBN: 3540333436. 29.95 €

**FÖRSTL, H.: Theory of Mind.** Neurobiologie und Psychologie sozialen Verhaltens. ISBN: 3540272402. 49.95 €

**HANSCH, D.: Erfolgssprinzip Persönlichkeit.** ISBN: 3540284656. 22.95 €

**HÄRTER, M.; BAUMEISTER, H.; BENDEL, J.: Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen.** ISBN: 3540254552. 44.95 €

**THOMÄ, H.; KÄCHELE, H.: Psychoanalytische Therapie.** Forschung. ISBN: 3540298819. 69.95 €

### Thieme

**BERLIT, P.: Memorix Neurologie.** ISBN: 3131400943. 39.95 €

**HARTJE, W.; POECK, K.: Klinische Neuropsychologie.** ISBN: 3136245067. 32.95 €

**KAPLAN, H.: Sexualtherapie bei Störungen des sexuellen Verlangens.** ISBN: 3131179724. 39.95 €

**MAERCKER, A.; ROSNER, R.: Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen.** Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulübergreifend. (Lindauer Psychotherapie-Module). ISBN: 3131411112. 29.95 €

### • Brainwash - Einführung in die Neurobiologie von Gerald Hüther

Eine Einführung in die Neurobiologie für Pädagogen, Therapeuten und Lehrer. Original-Aufzeichnung einer Vorlesung in drei Teilen vom März 2006.

Weshalb nutzen wir unser Gehirn nicht so, wie wir es nutzen könnten? Seit der modernen Hirnforschung wissen wir: Das menschliche Gehirn ist lebenslang veränderbar, ausbaubar, anpassungsfähig. Veränderung ist also möglich. Und trotzdem geraten wir immer wieder in die gleichen, eingefahrenen Denkmuster. Die innere Struktur und Organisation des Gehirns passt sich an seine konkrete Nutzung an. Wie müssten wir also mit unserem Gehirn umgehen, damit die in ihm angelegten Möglichkeiten sich entfalten können?

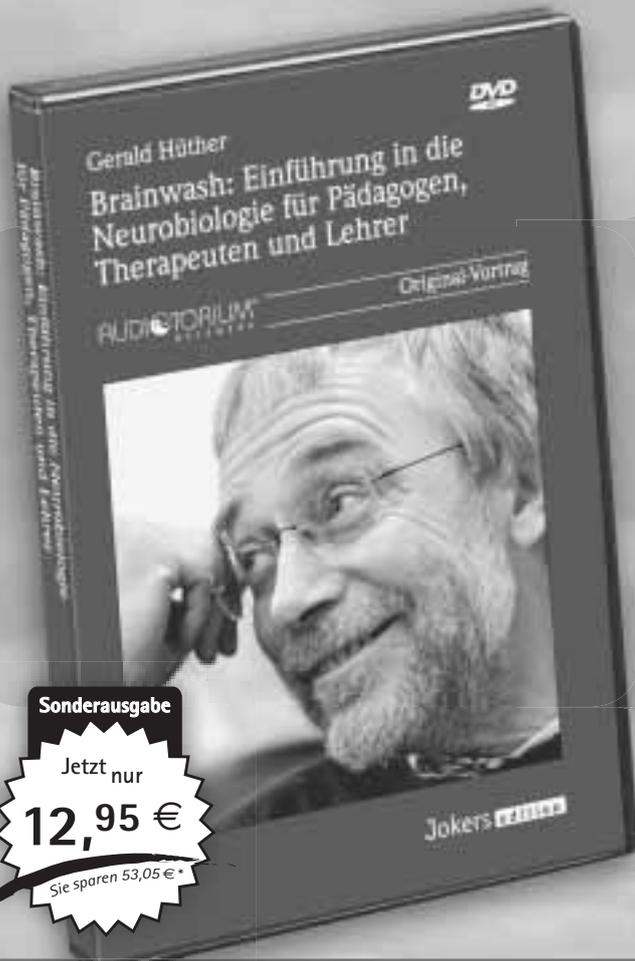
Der Neurobiologe Gerald Hüther trägt dazu die jüngsten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Hirnforschung vor. Anschaulich zeigt er, wie jeder seine Ressourcen besser nutzen kann und die Lust am Gestalten und Mitdenken wiederentdeckt. Eine spannende Einführung in die Neurobiologie, nicht nur für Therapeuten und Erzieher.

Gerald Hüther, Professor für Neurobiologie, leitet die neurobiologische Forschungsabteilung an der Universitätsklinik in Göttingen. Er ist Autor mehrerer bekannter Sachbücher (Biologie der Angst, Evolution der Liebe, Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn).

(Jokers edition, in Kooperation mit Auditorium Netzwerk, ca. 210 Min.)

(DVD) (1) Best.Nr. 792D

EUR 12,95



Sonderausgabe

Jetzt nur

12,95 €

Sie sparen 53,05 €\*

\* ursprünglicher Preis der Originalausgabe EUR 66,00

