

bvvp **magazin**

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

Frauen im Gesundheitswesen

- *Gender Mainstreaming*
- *Weiblicher Blick auf Therapie-Methoden*
- *Diskurs der Reproduktionsmedizin*
- *Interview: Eva Rühmkorf*

*2. Jahrgang
Ausgabe 1/2003*





Veranstaltungen

12 € Investition für das Spektrum von 4000 Fachlesern Ihrer Anzeige. Einfach online aufgeben unter www.cosis.net/ads. 12 € für die ersten 150 Zeichen, 6 € jeder weitere 50 Zeichen-Block. Chiffre: 10 €.

Räume

Angebote

12 € Investition für das Spektrum von 4000 Fachlesern Ihrer Anzeige. Einfach online aufgeben unter www.cosis.net/ads. 12 € für die ersten 150 Zeichen, 6 € jeder weitere 50 Zeichen-Block. Chiffre: 10 €.

Gesuche

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

Praxis

Gründung

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

Praxisgemeinschaften

12 € Investition für das Spektrum von 4000 Fachlesern Ihrer Anzeige. Einfach online aufgeben unter www.cosis.net/ads.

Verkauf

Gut gehende Praxis f. Psychiatrie/ Psychotherapie (Südhess. Bergstraße, Sperrgebiet, Nähe Mannheim KV-Sitz, baldmöglichst wg. Ortswechsel abzugeben). Chiffre bvvp 010321.

Verschiedenes

12 € Investition für das Spektrum von 4000 Fachlesern Ihrer Anzeige. Einfach online aufgeben unter www.cosis.net/ads. 12 € für die ersten 150 Zeichen, 6 € jeder weitere 50 Zeichen-Block. Chiffre: 10 €.

Stellenanzeigen

Angebote

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

Gesuche

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

Reise

Großes französisches Landhaus bei Dijon/nördl. Burgund, 200 qm Wohnfläche, 7 Zimmer, große Küche, 2 Bäder, 5000 qm Grundstück, ideal für Urlaub bzw. Gruppen bis 10 Personen, Nachfrage über Kollege: H. R. Hirsch 0621/4816594, Fax 0621/4816595.

KLEINANZEIGEN BUCHEN

Kleinanzeigen bequem buchen mit unserem Online-Anzeigensystem!

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

Einfach buchen im WWW: www.cosis.net/ads

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

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



VORWORT

Vorwort von Birgit Clever 4

**AUS DEM
BUNDESVORSTAND**

Neues zum EBM: 5
 Alles was Recht ist! 6
 Schlagzeilen aus den KVen und der Berufspolitik der Psychotherapeuten 7
 Erstes bvvp-Werkstattgespräch zur Kammer 9

SCHWERPUNKT

FRAUEN IM GESUNDHEITSWESEN

Kaktus und Sumpfyzypresse – Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen 10
 Neue Zöpfe braucht das Land! 11
 Frust und Freude bei Frauenfragen 12
 Ein weiblicher Blick auf Therapiemethoden 14
 Kritische Diskursanalyse und Reproduktionsmedizin 16
 Der Diskurs der Reproduktionsmedizin: Eine Sprache, die Handlungszwänge erzeugt 16

INTERVIEW

Interview mit Eva Rühmkorf 20

**AUS DEN
REGIONALVERBÄNDEN**

Plausibilitätsprüfung nach dem Schrotschuss-Prinzip? 23
 36-Stunden-Mengenbegrenzung in der KV-Nordwürttemberg 24

ÄRGERNIS

Schon wieder Sonderbehandlung für Psychotherapie? 25

DAS FINDEN WIR GUT

Internationale AIDS-Experten in München: «Patente, Profite und AIDS» 28

LESERBRIEFE

Manche finden uns gut ... und andere weniger. Und das ist gut so. 29

IMPRESSUM

Impressum 22
 Die AutorInnen 22

NEUERSCHEINUNGEN

Neuerscheinungen psychotherapeutischer Verlage 32

MARKTPLATZ

Ihre Kleinanzeige 2

DIENSTLEISTUNGEN

bvvp-Dienstleistungen 36

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



ich hoffe, dass Sie und Ihre Familien einen guten Jahreswechsel hatten und den Herausforderungen des Jahres 03 im Privaten wie Beruflichen tatkräftig entgegensehen können. Drängt sich Ihnen bei der Reflexion der Situation nicht auch das Gefühl auf, dass Tatkraft und ein gerüttelt Maß Optimismus nötig sind, um trotz aller bei klarem Blick abzusehenden schwierigen Entwicklungen noch unverzagt sein Leben genießen zu können? Dass Ihnen dies gelingen möge, wünsche ich Ihnen für das kommende Jahr.

Im Rückblick auf das vergangene Jahr, das Geburtsjahr des bvvp-Magazins, möchte ich den beiden Redakteurinnen, Ursula Neumann und Ursula Stahlbusch, für ihren außerordentlichen zeitlichen Einsatz und ihre ausgezeichnete inhaltliche Arbeit im Sinne eines heutzutage kaum noch vorkommenden investigativen Journalismus danken. Diese Grundauffassung journalistischer Arbeit passt sehr gut zum Selbstverständnis des bvvp als einem Verband, der von der engagierten Aufmerksamkeit und Kritikfähigkeit seiner Mitglieder lebt. Nicht zuletzt deshalb dürfte das Magazin auch große und ganz überwiegend positive Resonanz bei unseren Mitgliedern, aber auch bei Kollegen anderer Verbände und Fachrichtungen und schließlich bei unserem Verlag hervorgerufen haben. Ich möchte auch die Gelegenheit nutzen, den beiden im Copernicus-Verlag für das bvvp-Magazin Zuständigen, Herrn Koschorrek und Herrn Selnigow, für ihre professionelle Arbeit meinen Dank auszusprechen.

Manche organisatorische Hürde war zu nehmen. Sie dürfen sich in diesem Jahr auf insgesamt vier Hefte, eines pro Quartal, freuen, von denen zwei knapper und zwei etwas umfänglicher ausfallen sollen. Dafür hat sich Juliana von Hodenberg bereit erklärt, die Seiten «Aus dem Bundesvorstand» zu organisieren, und Volker Dettling die Seiten «Aus den Regionalverbänden». Hanna Simon hilft mit ihrem nun 10-jährigen bvvp-berufspolitischen Background bei notwendiger Auswahl, Überarbeitung und Kürzung von Artikeln und Eva Pachale wird den letzten grammatikalischen und Rechtschreibe-Finish aufbringen.

Im Jahr steht uns eine bestimmte Anzahl Seiten zur Verfügung, die wir nach folgendem Schema aufteilen: Die unentbehrlichen Rub-

riken, wie die Berichte des Bundesvorstands, die Seiten für thematische Schwerpunkte oder auch Platz für Berichte aus den Regionalverbänden, sind in allen Heften vorgesehen. In den dickeren Heften kommt noch etwas mehr Platz für die Schwerpunktthemen, aber auch beispielsweise Interviews mit für uns interessanten Leuten hinzu.

Nun zur allgemeinen berufspolitischen Lage: In den ersten Wochen nach der Wahl zeichnete sich sofort ab, dass die Bundesregierung große Anstrengungen unternehmen muss, mit einer schwierigen Haushaltslage allgemein, aber im Speziellen auch im Gesundheitswesen fertig zu werden. Wenn Sie dies lesen, ist das eilig gestrickte Vorschaltgesetz vermutlich schon in Kraft. Wir erleben schon die Nullrunde und können prüfen, ob Frau Schmidts Versprechen, dass damit keinesfalls eine Verschlechterung der Versorgung vorprogrammiert ist, wahr wird. Ausnahme: Bei den Chronikerprogrammen und in der Prävention beabsichtigt Frau Schmidt eine strukturelle Förderung und reale Versorgungsverbesserung. Die Ärzteschaft dagegen geht von einer Verschlechterung der Versorgung und ihrer Honorierung aus. Politisch bringt uns Psychotherapeuten diese Situation in den KVen zum Teil in die schwierige Lage, dass die somatisch tätigen Ärzte unsere durch den Bewertungsausschuss festgelegten Punktwerte angesichts ihrer eigenen als sehr schlecht eingeschätzten Lage immer noch als zu hoch ansehen.

Die Bundesregierung hofft, mit einer neuen großen Gesundheitsstrukturreform die vorhandenen Mittel besser verteilen zu können. Die Aufhebung des Kontrahierungszwangs zugunsten der Möglichkeit selektiver Vertragsabschlüsse der Krankenkassen mit bevorzugten Leistungserbringergruppen und einem somit zwischen KVen, Krankenhäusern und Krankenkassen geteilten Sicherstellungsauftrag, sowie integrierte Versorgungsformen sind geplant. Die Hausärzte sollen weiter gestärkt werden und damit eine steuernde Schlüsselposition in der Versorgung erhalten, während die fachärztliche Versorgung in Richtung Anlagerung an oder in Krankenhäuser deutlich konzentriert und verschlankt werden soll. Diese Vorstellungen der Politik enthalten Sprengstoff. Da Hausärzte von den Vorstellungen der Regierung profitieren würden, während unterschiedliche Facharztgruppen sehr unterschiedlich betroffen wären, wird es sehr schwer sein, die Solidarität aller Ärzte zu erhalten.

Spannend ist für uns Psychotherapeuten, was mit uns und unseren Tätigkeiten geschieht. Wenn sich große Kontinentalplatten in der gesundheitspolitischen Landschaft zu verschieben beginnen, so birgt das für alle Risiken, aber vielleicht auch Chancen. Und alle versuchen, die Chancen zu erahnen und wenn möglich zu ergreifen, auch die Psychotherapeuten. Wie sich das im Einzelnen darstellt, lesen Sie bitte weiter auf den Seiten des Bundesvorstands in meinem Bericht zum Verbändetreffen des Gesprächskreises II und der AGR. Aber so viel sei schon hier verraten: Auch im Subkosmos der Psychotherapeuten bewegen sich die Kontinentalplatten ganz erheblich.

DR. MED BIRGIT CLEVER

AUS DEM BUNDESVORSTAND

Neues zum EBM:

Die Gruppensziffer, das Ende der Integration und das Kalkül der Kassen



In der Vertreterversammlung der Kassenzentralen Bundesvereinigung (KBV-VV) lag am 31. August 2002 ein – nach jahrelangen zähen Verhandlungen – mit KBV-Führung und Fachausschüssen abgestimmter Entwurf des EBM 2000 plus auf dem Tisch und sollte dort abgesegnet werden. Im Vorfeld hatte sich der bvvp-Vertreter im beratenden Fachausschuss Psychotherapie (das bin z. Zt. ich) zusammen mit den anderen Vertretern der gemischten Verbände – wenn auch mit Bauchschmerzen – dafür ausgesprochen, in der KBV-VV für diesen EBM zu stimmen. Grund dafür waren die mühsam erkämpften höheren Bepunktungen unserer psychotherapeutischen Hauptleistungen im Richtlinienkapitel 35 – für unsere Einzeltherapiezeffern waren z. B. 1680 Punkte plus 50 Punkte vorgesehen. Ärgerlich und schmerzhaft war hingegen, dass die Einheit der Psychotherapeuten nicht durch ein einziges, gemeinsames Grundleistungskapitel bewahrt bleiben sollte, sondern dass die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin ein getrenntes Grundleistungskapitel (Kap. 22) neben dem Grundleistungskapitel für PP, KJP und ÄP, die kei-

ne Fachärzte sind, (Kap. 23) erhalten sollten. Ebenfalls bedauerlich war, dass es den Ärzten im Fachausschuss Psychotherapie – unter denen z. Zt. leider weder ein bvvp-Vertreter, noch überhaupt einer der gemischten Verbände zu finden ist – gelungen war, eine mit dem Facharztkapitel (Kap. 22) gleichwertige Ausstattung des Kapitels 23 zu verhindern. Insbesondere strittig war eine Gruppensziffer, die unterhalb des Richtlinien-niveaus angesiedelt ist (z. B. für Coping-Gruppen, 40 Minuten, 200 Punkte pro Patient). Mit juristischer Unterstützung des KBV-Justitiars gelang es den Ärzten im Fachausschuss, diese Gruppensziffer nur im ärztlichen Kapitel zu verankern und zu behaupten, dass die Ausbildungsvoraussetzungen der PP und KJP eine solche Ziffer nicht rechtfertigten. (Download des kompletten KBV-EBM für Interessierte in der KBV-Homepage möglich unter: www.kbv.de/home/3956.htm.)

Der bvvp – ebenso wie DGPT und VaKJP – setzten in dieser Lage auf die Strategie, die erreichten Positionen zu sichern und die Gruppensziffer auf dem Wege weiterer Verhandlungen im Fachausschuss und durch weitere juristische Abklärungen doch noch in beiden Kapiteln zu verankern. Vertreter anderer Psychotherapieverbände – insbesondere die der Vereinigung der Kassenspsychotherapeuten – versuchten, die Delegierten in der KBV-Vertreter-Versammlung doch noch unmittelbar durch einen Antrag zur Verankerung der Gruppensziffer im Kapitel 23 für eine Unterstützung der PP/KJP-Interessen zu gewinnen. Der Antrag – den der bvvp dann durchaus unterstützte und den eine ärztliche bvvp-Vertreterin, Frau Dr. Andrea Schleu, sogar noch präziserte und in der KBV-VV begründete – wurde allerdings nicht zur Abstimmung gestellt, sondern an den KBV-Vorstand überwiesen. (Frau Schleu hatte die Meinung der Ärzte aus den gemischten Verbänden, die sich im «Ärzteforum» organisiert haben, dargestellt, dass in beiden Kapiteln zunächst ein Konzept für diese Gruppensziffer entworfen werden und die Ausbildungsvoraussetzungen definiert werden müssten.) Die Verweisung an den KBV-Vorstand ermöglicht nun noch einmal eine

direkte Auseinandersetzung mit dem Vorstand der KBV, die für Anfang Dezember 02 vorgesehen ist.

Trotz ihrer detaillierten Mitarbeit im beratenden Fachausschuss und ihrer Unterstützung des am Abend vor der KBV-VV verfassten und dann erweiterten Antrags an die KBV, in dem von einer grundsätzlichen Ablehnung des EBM keine Rede war, warf anschließend der stellvertretende Vorsitzende der Vereinigung der Kassenspsychotherapeuten in einem Schreiben, das ohne Vorwarnung sowohl an die ca. 30 Psychotherapieverbände im Gesprächskreis II als auch an alle deutschen Länderkammern für PP und KJP sowie alle Gründungs- oder Errichtungsausschüsse zukünftiger Länderkammern ging, den «gemischten» Verbänden bvvp und DGPT vor, mit ihrer Zustimmung zur aktuellen Fassung des EBM die Interessen der PP und KJP missachtet und ihnen letztlich geschadet zu haben. Ganz offensichtlich sollte hier versucht werden, mit unsauberen Mitteln gegen die «gemischten» Verbände maximal Politik zu machen: Man will den Psychologischen Psychotherapeuten weismachen, ihre Interessen würden nur durch die «reinrassige» Vereinigung vertreten.

Damit nicht genug – die Vereinigung verkündet inzwischen sogar mit einigem Pathos, dass die Integration der PP/KJP in die KVEn als gescheitert erklärt werden müsse, wenn die PP/KJP nicht noch diese Gruppensziffer im EBM zugestanden bekämen. Hiermit wird eindeutig nicht nur das Kind mit dem Bade ausgeschüttet – denn die Gruppensziffer ist zur Zeit noch für viele psychotherapeutische Praxen eher zweitrangig und ihre künftige Bedeutung für die Versorgung der Patienten und für das Leistungsspektrum der Psychotherapeuten noch nicht geklärt. Es ist für Kenner der EBM-Historie auch ein recht durchsichtiger Versuch der Vereinigung, von ihrem eigenen politischen Versagen bei der Frage der beiden EBM-Grundleistungskapitel abzulenken. Hatte doch die Vereinigung sich seinerzeit zusammen mit den Funktönären der Facharztverbände für die Aufteilung in zwei Grundleistungskapitel stark ge-



Die geehrte Hanna Simon blickt auf vergangene Verdienste zurück und neuen magazin-Aufgaben entgegen.



Birgit Bergmann und Elisabeth Schneider-Reinsch auf der Vorstandsbank



Norbert Bowe in Aktion

macht, ohne die damit verbundenen Gefahren zu beachten, auf die der bvvp immer wieder hingewiesen hatte. Jetzt wird versucht, die Schuld für die letztlich auch daraus resultierende ungleiche Ausstattung der EBM-Kapitel einfach den gemischten Verbänden in die Schuhe zu schieben, um sich vor allem in den Kammern – und wohl auch bei den angestellten Psychotherapeuten – als einzige aufrechte und kämpferische Interessenvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten/KJP hochzustilisieren. Es wird suggeriert, es gehe um den Ausstieg aus der Integration, in Wirklichkeit wird versucht, mit zur Schau gestellter Entschlossenheit an einer Aufspaltung der Einflussphären entlang den Berufsgruppengrenzen und einer Aufteilung der Psychotherapie zu basteln, weil man sich davon im eigenen Verbandsinteresse Vorteile verspricht.

Und um dem Ganzen die Krone aufzusetzen – dieser so kalkulierte EBM 2000 plus ist inzwischen vielleicht schon mausetot. Die Kassen signalisierten schon lange, dass sie ihn mit der derzeitigen Höhe des der Bepunktung zu Grunde liegenden Arztlohns auf keinen Fall wollen. Es war aber immer unklar, ob sie ein eigenes Konzept vorlegen würden oder nur an den Punktzahlen drehen wollen. Im November 2002 ließen sie die Katze dann aus dem Sack: Der vorgelegte Kassen-Entwurf übernimmt die von der KBV vorgegebene Kalkulationsstruktur und stützt sich dabei auf den alten KBV-Entwurf von 2001, er rechnet aber unsere Leistungen auf der Basis eines entsprechend niedrig angesetzten Arztlohnes einfach um ca. 30% herunter. Unsere psychotherapeutischen Hauptleistungen sollen danach nur noch bei 1050 Punkten liegen. (Den Entwurf finden Interessierte im Internet unter: www.g-k-v.com/download/spik_ebm_end.pdf.) Angesichts solch «freundlicher» Angebote müsste auch den-

jenigen, die mit der Abschaffung des Integrationsmodells liebäugeln und ihr Heil in Direktverhandlungen einer PP/KJP-Vertretung mit den Krankenkassen erhoffen, klar werden, was sie dabei erwarten würde – von der Durchsetzbarkeit einer Gruppenziffer im eigenen Kapitel ganz zu schweigen.

Das eiskalte Kalkül, das hinter diesem skandalösen Kassen-Entwurf liegt, ist durchsichtig: Wenn die KBV eben 1680 Punkte für die Psychotherapiesitzung vorschlägt, bieten die Kassen wie auf einem Basar einfach 1050 Punkte – in der Hoffnung, dass der bei Uneinigkeit anzurufende erweiterte Bewertungsausschuss, in dem Kassen und KBV paritätisch durch einen neutralen, aber stimmberechtigten Vorsitzenden vertreten sind, letztlich einen Kompromiss in der Größenordnung von – sagen wir mal – 1250 Punkten finden wird. Schöne Aussichten.

Ist also damit der ganze Verbändestreit über den EBM völlig überflüssig, weil die wirklichen Gefahren ganz woanders lauern? Nicht ganz, immerhin werden daran grundsätzliche Positionen ausgefochten. Die gemischten Verbände werden zwar angegriffen, können aber auch ihre Stärke gemeinsamer Interessenvertretung nutzen – nämlich ihre jahrelange innerverbandliche Erfahrung mit der Integration unterschiedlicher Gruppeninteressen – und werden daher nicht müde, immer wieder darauf hinzuweisen, dass Integration ein mühsamer und langwieriger Prozess ist, in dem einfache Schwarz-Weiß-Schemata nur schaden. Unser Ziel, die Psychotherapie von Ärzten, Psychologen und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten zusammenzuhalten und nicht weiter in verschiedene Organisationsformen aufspalten zu lassen, ist und bleibt sachlich und auch politisch langfristig richtig, selbst wenn es zur Zeit durch die «reinen» ärztlich-psychotherapeutischen und die «reinen» psycholo-

gisch-psychotherapeutischen Verbände unter zweiseitigen Beschluss geraten ist.

DR. PHIL. FRANK ROLAND DEISTER

Alles was Recht ist!

Die Mühlen der Justiz mahlen langsam, aber sie mahlen wenigstens!

Wenn Budgetzwänge die kassenärztlichen Vereinigungen blind machen für ihre Verpflichtungen zu Honorargerechtigkeit und Sicherstellung der Versorgung und wenn die Kassenärztliche Bundesvereinigung zusätzlich Nebelkerzen wirft, sprich: weitere Bewertungsausschuss-Beschlüsse zur sog. «angemessenen Vergütung» der Psychotherapeuten produziert mit immer verwinkelteren Berechnungsfinten – dann bleibt den Psychotherapeuten nur noch die Rechtsprechung als buchstäblich letzter Rettungsanker. Sie hatte ja bereits 1999 mit unparteiischem Urteil befunden, dass die Psychotherapeuten seit inzwischen fast einem Jahrzehnt nicht einmal mit einem zumutbaren Mindesthonorar vergütet wurden. Doch das reichte nicht. Jetzt stellt sie fest, dass die Selbstverwaltungsorgane der Ärzte und Krankenkassen – wie ein Staat im Staate – seit über 3 Jahren fortgesetzt höchstrichterliche Rechtsprechung ignorieren und schlicht aushebeln konnten.

Die kassenärztlichen Vereinigungen haben es nun erneut (wie oft noch?) gesagt bekommen: Drei Sozialgerichtsurteile (zweimal Dortmund, einmal Reutlingen) zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen auch ab 1.1.2000 gaben den Psychotherapeuten in allen Punkten Recht und verwarfen unmissverständlich die Rechenkünste des Bewer-

tungsausschuss-Beschlusses als mit Recht und Gesetz unvereinbar. Sie bestätigen unisono, dass die Grundsätze der gefestigten BSG-Rechtsprechung selbstverständlich auch heute volle Gültigkeit haben und dass die derzeitigen Vergütungspraktiken gegen das Grundgesetz verstoßen. Genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen sind grundsätzlich mit einem Punktwert von 10 Pf zu vergüten, zumindest so lange, wie die übrigen Arztgruppen keine signifikanten Rückgänge bei den Umsatz- und Einkommensverhältnissen zu verzeichnen haben und (damit auch) keine Abweichungen von dem Vergütungsniveau aufweisen, welches das BSG bei seiner vergleichenden Betrachtung zu Grunde gelegt hatte. Inzwischen wurden bekanntlich diese Maßgaben des Bundessozialgerichtes vom Gesetzgeber sogar noch einmal explizit als gesetzliche Verpflichtung zur angemessenen Vergütung ins Sozialgesetzbuch geschrieben. Dazu das Sozialgericht Dortmund: «Die Gesetzesbegründung greift nahezu wörtlich die Kriterien auf, die das BSG zur Begründung der Aufhebung entgegenstehender Honorarverteilungsregelungen in den Vorjahren angeführt hat ... Von daher sind die diesbezüglichen Grundsätze des BSG auch für die Zukunft als bindend anzusehen.» Und dann gibt es noch eine wohlverdiente schallende Ohrfeige für den Bewertungsausschuss: «Der Bewertungsausschuss unterläuft nach Auffassung der Kammer somit den Willen des Gesetzgebers, ab 2000 eine angemessene Honorierung der G IV-Leistungen nach den Vorgaben der BSG-Rechtsprechung sicherzustellen.» (Az.: S 26 KA 274/00, Urteil des SG Dortmund vom 23.07.2002).

Klare Worte – doch im Geltungsbereich der Selbstverwaltungsorgane scheinen so schlichte Wahrheiten und die Umsetzung von Recht und Gesetz geradezu kafkaesk anmutende Wege bis zu ihrer endgültigen Wirksamkeit zurücklegen zu müssen. Auf jeden Fall dürfen wir uns schon darauf freuen, dass es eines Tages wenigstens wieder eine kräftige Nachzahlung für die Quartale ab 1/2000 geben wird.

Ein weiteres erstinstanzliches Urteil des SG Reutlingen ist überraschend positiv ausgefallen: Es ging um eine Klage auf Nachvergütung für Honorarbescheide der Jahre 95–98, gegen die kein Widerspruch eingelegt worden war und die daher schon rechtskräftig geworden waren. Die KV hatte den entsprechenden Antrag eines Kollegen auf Nachzahlung nach § 44 SGB X abgelehnt (der bvvp hatte Ende '99 seinen Mitgliedern zu einer vorsorglichen Antragstellung gera-

ten und einen entsprechenden von Rechtsanwalt Kleine-Cosack formulierten Schriftsatz zur Verfügung gestellt). Die Richter gaben nun dem Kläger in allen Punkten Recht. Bisher hatte zwar das BSG geurteilt, dass fehlerhafte Honorarbestimmungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) bei Verfristung (d. h. rechtskräftig gewordenen Honorarbescheiden) nicht rückwirkend finanziell korrigiert werden mussten. Das Sozialgericht stellte dazu fest, dass es bei den bisher vom BSG beurteilten Sachverhalten aber «um Kürzungen ‚auf hohem Niveau‘ bei Honoraren im Spitzenbereich der Arztgruppe» ging – und führte dann weiter aus: «Demgegenüber waren die Psychotherapeuten durch die rechtswidrig zu niedrigen Honorare in ganz anderer Weise betroffen. Bei ihnen ging es um die wirtschaftliche Grundlage ihrer Berufstätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. ... Die unzumutbare Benachteiligung der Psychotherapeuten war auf der anderen Seite mit einem unmittelbaren Vorteil für die anderen Arztgruppen verbunden, da letztlich diesen die Honoraranteile zugute wurden.» Welch wohlthuend sachliche Richtigstellung des tief eingeschliffenen Jargons im KV-Alltag, der unbedacht von «gestützten Punktwerten», «Stützungen für die Psychotherapeuten» etc. spricht und dabei den Anschein erweckt, als würden milde Gaben an die ewig Zurückgebliebenen verteilt. Die Richter trugen der KV auf: «Vielmehr muss bei der Argumentation mit dem finanziellen Eingriff in die laufende Vergütung die Schwere des (rechtswidrigen) früheren Eingriffs in die Honoraransprüche der Psychotherapeuten berücksichtigt werden.» Und im Konkreten kamen sie zu dem Schluss, dass – wenn wie im Fall der KV Südwürttemberg «die Nachvergütungsbeträge für bindend gewordene Honorarbescheide ab dem Quartal 1/95» weniger als 0,1% der jährlichen Gesamtvergütung der KV ausmachen – auch rechtlich eine Nachvergütungspflicht trotz Bestandskraft der Honorarbescheide besteht. (Az.: S KA 3143/00)

Nun ist beileibe nicht sicher, dass dieses nach unserer Auffassung sachlich höchst angemessene Urteil auch auf dem Instanzenweg Bestand haben wird. Aber auch wenn damit gerechnet werden muss, dass noch andere, im Ergebnis ungünstigere Rechtsabwägungen dabei zum Tragen kommen können, so war's die Sache allein schon wert, dass von unabhängigen Richtern ein paar Dinge richtig gestellt und ins richtige Verhältnis gesetzt worden sind.

NORBERT BOWE

Schlagzeilen aus den KVen und der Berufspolitik der Psychotherapeuten

Bewegung in der Verbändelandschaft unter dem Katalysator der Gesundheitspolitik der neuen Regierung und der nächsten Gesundheitsstrukturreform

KVen vor Scherbenhaufen?

Alle die, die gehofft hatten, der zukünftige Gesundheitsminister würde Horst Seehofer heißen und als erste Amtshandlung die DMPs begraben, erwachten am Morgen nach der Bundestagswahl unsanft aus ihren Träumen. Selbst die von Nord-Württembergs KV-Chef Baumgärtner initiierte umstrittene Anzeigenkampagne von 19 KVen hat das nicht verhindern können, im Gegenteil: Das Presseecho der großen deutschen Tageszeitungen war ausgesprochen ernüchternd, teilweise vernichtend, und die Resonanz der Politik zeigte, was auch schon vor der Wahl bei realistischerweise nicht auszuschließenden gleichbleibenden politischen Konstellationen nicht anders zu erwarten gewesen war, nämlich dass man mit dieser Kampagne nicht gerade ein Meisterstück berufspolitischer Diplomatie zustande gebracht hatte. Da hilft es auch nicht, wenn KV-seitig noch wochenlang darauf hingewiesen wurde, welche unglaublichen Vorhaltungen man sich zuvor von der Politik habe anhören müssen und dass deshalb der Ärzteschaft das Recht der freien Meinungsäußerung nicht abgesprochen werden dürfe, um kurz darauf in anderen Presseverlautbarungen die Mitwirkung an den gerade noch heftigst kritisierten DMPs zu bekräftigen. Die KVen scheinen dabei im Eifer des Gefechts irgendwie aus dem Auge verloren zu haben, dass sie – anders als eine freie Interessenvertretung von Ärzten – eine Körperschaft Öffentlichen Rechts sind und damit anderen Regelungen unterliegen. Sie haben mit diesem Schlingerkurs all den Kräften in die Hände gearbeitet, die einer Entmachtung der KVen das Wort reden, und ein Stück ihres Ansehens in der öffentlichen Meinung beschädigt. Ob das die Imagekampagne mit den magentafarbenen hansaplastverzierten Männerarmen und Frauenpopos bei Otto Normalverbraucher wieder rausreißen wird?



Die Delegiertenversammlung lauscht gebannt.



Juliana v. Hodenberg verabschiedet die langjährige bayerische Aktivistin Andrea Schleu.

Vereinigung und DPTV: Elefantenhochzeit oder Affairchen?

Man darf gespannt sein. Vereinigung und DPTV diagnostizierten jedenfalls auf dem Verbändetreffen des Gesprächskreises II (GK II), dem alle rein psychologischen und KJP-Verbände und alle gemischten Verbände angehören, Mitte Oktober in Freiburg, die KBV und die KVen stünden vor einem Scherbenhaufen. In der Tat müssen die Psychotherapeuten überlegen, wie sie sich nun politisch positionieren wollen inmitten des selbst verursachten Imageschadens der Ärzteschaft einerseits und der Ambitionen der Politik andererseits, die die Sicherstellung zumindest teilweise den Kassen übertragen möchte. Das soll geschehen, indem zum einen sowohl der Kontrahierungszwang als auch das Verhandlungsmonopol der KVen zugunsten selektiver Vertragsgestaltung aufgehoben werden, zum anderen Integrationsversorgung, Chronikerprogramme, Verlagerung und Konzentration der fachärztlichen Versorgung Richtung Krankenhaus und die Stärkung der Hausärzte gefördert werden.

Aber während vor allem die Analytiker nach Auffassung der Vereinigung erst mal überlegen, ihre Zeit mit Zaudern und Zögern vertun und der Zug inzwischen schon mal ohne sie abfährt, sieht sich die Vereinigung, gestärkt durch ihre neue Liaison mit dem DPTV, handlungsorientiert, mit optimistischem, immer fest nach vorn gerichteten Blick und entschlossen, die Zukunft zu gestalten, bereit zum Sprung, wobei das Ziel jedoch nicht deutlich benannt wurde.

Die Kammern für PP/KJP kümmern sich um alles: Wieso brauchen wir überhaupt noch KVen und Berufsverbände?

Vielleicht gibt es aber ja doch Vorstellungen, wohin man springen will. Immerhin be-

richtete Herr Weidhaas (Vereinigung), er habe Richter-Reichhelm unmissverständlich zu verstehen gegeben, dass er es als Zeichen einer gescheiterten Integration werte, wenn der EBM tatsächlich ohne nicht-antragspflichtige Gruppensziffer für PP/KJP komme. Wird da mit einem Sprung raus aus den KVen geliebäugelt und sucht man nach publikumswirksamen Gründen? Vielleicht rein in eine eigene Sektion? Vielleicht in eine Psycho-KV nach dem Vorbild der Hausärzte, die eine Hausarzt-KV wollen? Damit hätte der DPTV wohl auch keine Schwierigkeiten. Und wer ist dann in der Psycho-Sektion? Um die Ärztlichen Psychotherapeuten brauchen sich Vereinigung und DPTV ja nicht zu sorgen. Vielleicht springt man auch gleich in die PP/KJKammern und überträgt ihnen auch die sozialrechtlichen Regelungsbelange für die Psychotherapeuten. Von Herrn Kommer (DPTV) hörten wir jedenfalls im GK II die Auffassung, die Kammern seien auch für sozialrechtliche Fragestellungen zuständig und nur einzig und allein die Kammern seien die legitimen Vertreter der Psychotherapeuten, auch wenn es um Dinge wie Personalvorschläge für ehrenamtliche Richter am Bundessozialgericht geht, also Fragen, die eigentlich logischerweise der für das Sozialrecht zuständigen KBV obliegen. Hätte auch so seinen Charme, wenn von Vereinigung und DPTV dominierte Kammern omnipotent alle PT-Belange regeln, denke ich mir da. Ob man sich dann wohler fühlen könnte als jetzt in den KVen? Was die Dialogbereitschaft angeht, hätte ich so meine Zweifel.

Ich machte nämlich den Vorschlag im GKII, die nächste Sitzung zeitnah Anfang 2003 stattfinden zu lassen und als einzigen TOP die Frage zu diskutieren, wie sich die Psychotherapeuten am besten in der aktuellen berufspolitischen Gemengelage positionieren und welche Ziele man

zum Nutzen der Gesamtgruppe gemeinsam verfolgen könnte und sollte. Herr Vogel, dgvt, initiierte daraufhin zur Vorbereitung noch eine AG, in die die großen Verbändeblöcke, Allianz, AGP und AGR, Vertreter entsenden sollten. Und siehe da, die Springer wollen hier plötzlich nicht springen. DPTV und Vereinigung haben gerade erklärt, sich nicht an der AG zu beteiligen, und ziehen sich dadurch natürlich Misstrauen und den Verdacht zu, ihr eigenes Süppchen ungestört kochen zu wollen. Da möchte ich doch den sehen, der nicht aufhorcht und nicht ins Nachdenken und Zögern kommt. Da muss man nicht einmal unbedingt Analytiker sein! Welche Diagnose würden Sie stellen und welche Therapie würden Sie empfehlen? Hat die Psychotherapie als Ganzes noch die Chance auf eine attraktive Entwicklung?

Dissens zu Novellierung der WBO unter den ärztlichen Psychotherapeuten

Aber nicht nur in den PP/KJP/gemischten Verbänden fehlt ein klarer Konsens. Auch auf der Ärzteseite gibt es interessante Konflikte. Exemplarisch möchte ich hier die Novellierung der Weiterbildungsordnung in der Bundesärztekammer erwähnen.

Der bvvp und ebenso die DGPT halten es für richtig, dass die Qualifikationen der Kollegen, die mit Erwerb ihrer Gebietsbezeichnung im gesamten Spektrum psychischer Störungen Richtlinientherapie ausüben wollen, sowohl untereinander als auch mit der Qualifikation der «anderen» Richtlinientherapeuten, den PP/KJP, inhaltlich hinreichend kompatibel und vergleichbar im Umfang sind. Die Psychiater dagegen reklamieren mit deutlich geringeren Weiterbildungsumfängen das gleiche Qualifikations- und damit Berufsausübungsniveau in Bezug auf die Richtlinientherapie. Ein ähnliches Problem stellt sich bei der Bereichsbezeichnung Psychotherapie, die zwischen der Qualifikation der jetzigen psychosomatischen Grundversorgung und dem Zusatztitel Psychotherapie angesiedelt sein soll. Mit einem unserer Meinung nach unverantwortbar geringen Aufwand soll hier die Qualifikation für Kurzzeittherapien im eigenen Fachgebiet erworben werden. Wir alle wissen aber, dass eine qualifizierte Kurzzeittherapie keinesfalls weniger Know-how als längerfristige Therapien erfordert. Deshalb darf man hier sowohl aus Patientenschutzgründen, aber auch aus Gründen der Konsistenz und des Erhalts der qualifizierten Verfahrens selbst keine Grauzonen entstehen

lassen, die die Wirksamkeit der Richtlinien-therapie aushöhlen können.

DR. MED. BIRGIT CLEVER

Erstes bvvp-Werkstattgespräch zur Kammer



Am 19.10.02 fand in Frankfurt das 1. bvvp-Werkstattgespräch zur Kammer statt. Teilnehmer waren ärztliche, psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die sich für den bvvp in Kammern/Errichtungsausschüssen engagieren. Aufgrund berufspolitischer Aktualität wurde der Schwerpunkt dieser 1. Veranstaltung auf Qualitätssicherung und Aus-, Fort- und Weiterbildung gelegt, zu denen Fachleute referierten.

Elisabeth Schneider-Reinsch, Mitglied des Vorstandes der Hess. Kammer für PP und KJP, führte in die Themen ein. Dr. Herholz, QS-Bauftragter der KV Hessen, referierte zu dem Thema: (Warum) Brauchen wir eine (zusätzliche) Qualitätssicherung in der Psychotherapie im vertragsärztlichen Bereich? K. Seipel, ebenfalls Mitglied der Hess. Kammer,

berichtete über ein evaluiertes QS-Projekt in der psychotherapeutischen Praxis. P. Follert vom Universitätsklinikum Freiburg stellte ein Konzept zur QS im stationären Bereich vor. Dr. Quaschner von der Universitätsklinik Marburg referierte über QS in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie aus verhaltenstherapeutischer Sicht und H. Horn stellte Überlegungen an, wie QS in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie konzipiert sein könnte.

Alle Vorträge gingen auf Probleme und Rahmenbedingungen für QS in der Psychotherapie ein. Mehr oder weniger Standard sind Testerhebungen vor und nach der Therapie, wobei deren Finanzierung gesichert sein muss. Außerdem kann sich QS nicht allein in diesen Testerhebungen erschöpfen. Die Referenten betonten auch, dass einer internen QS eindeutig der Vorzug vor einer externen QS zu geben sei. Dort, wo ein Benchmarking erfolgt und an Kassen weitergeleitet wird (wie im stationären Bereich), werden verfälschende Parameter extrahiert und nur ein allgemeiner Vergleich wird weitergeleitet. Neben den differenzierten Beiträgen der psychotherapeutischen Referenten wirkte der Vortrag von Dr. Herholz auf die Teilnehmer provozierend und ernüchternd. Es gab viele Einwände, insbesondere stimmte nachdenklich, ob unter den dargestellten Bedingungen zukünftig überhaupt noch Schwerkranken in Therapie genommen werden würden.

Zwei Qualitätsmanagement-Projekte wurden von B. Piechotta und A. Schleu vorgestellt, beide niedergelassene Fachärztinnen für psychotherapeutische Medizin mit Fortbildung in QM. Beide gehen von einem QM-Modell aus, in dem die Behandler systematisch nach Verbesserungspotential suchen und in einem Plan-Do-Check-Act-Zyklus beschreiben. Während Piechotta ihr Konzept als erste Überlegungen bezeichnet, hat Schleu mit Kolleginnen bereits ein Handbuch entwickelt, das zu Praxiszertifizierungen führen kann.

Der 2. Teil der Veranstaltung war der Aus-, Fort- und Weiterbildung gewidmet. Martin Klett, KJP, Mitglied der Kammer in Baden-Württemberg und dort Vorsitzender des Ausschusses Aus-, Fort- und Weiterbildung, machte auf die vielfältigen Probleme in diesem Bereich aufmerksam. Dr. V. Karnosky von der Landesärztekammer Hessen referierte über die Grundzüge des ärztlichen Weiterbildungsrechts, die Schnittstellen zur Psychotherapie und die rechtlichen Implikationen für das Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht. Prof. Dr. Ra-

debold, Kassel, stellte in seinem Vortrag eindrucksvoll den Bedarf an Fortbildung in Gerontopsychotherapie dar, der durch die demographische Entwicklung und zunehmende Nachfrage nach Psychotherapie von Seiten älterer Menschen entsteht. Dr. K. Schoof-Tams, Neurologische Klinik Bad Wildungen, ging anschließend auf den Regelungsbedarf für die Neuropsychologie ein. Allein durch die Zunahme von Demenzerkrankungen wird eine steigende Nachfrage nach Neuropsychologie erwartet, ohne dass die Ausbildung geregelt sei. Die Grundfrage lautet: Kann es eine eigenständige Ausbildung nach dem PTD geben oder eine in die Ausbildung zum PP integrierte Form oder eine Spezialisierung?

Die thematischen Schwerpunkte wurden wegen des zunehmenden Bedarfs an Psychotherapie durch die Überalterung der Gesellschaft gewählt, eine Herausforderung, der sich die Psychotherapeuten stellen müssen.

Die Themen Qualitätssicherung und Aus-, Fort- und Weiterbildung werden in der nächsten Zeit wichtige Fragestellungen im Bereich der Psychotherapie aufwerfen. Um nicht nur auf Vorgaben von außen reagieren zu müssen – nämlich im Falle der Qualitätssicherung auf solche der Politik, der Krankenkassen und eventuell der KVen, bei der Weiterbildung auf vorschnelle Konzepte aus der vielfältigen Verbändelandschaft –, sollten sich innerhalb des bvvp interessierte Kollegen und Kolleginnen mit der vorgestellten Thematik befassen, um anhand eigener Überlegungen Konzepte zu entwickeln und diese dann in die Kammern der PP/KJP einzubringen. Unser erstes Kammerwerkstattgespräch sollte dazu ein Baustein sein. Aus der Resonanz der Beteiligten war zu entnehmen, dass dies gelungen ist, wenn auch die meisten sich mehr Zeit für ausführlichere Diskussionen gewünscht hätten. Dies war aber aufgrund des knappen Zeitrahmens einer eintägigen Veranstaltung und der Fülle von Vorträgen nicht möglich. Sollte aber dadurch der Prozess im Sinne der intensiveren Beschäftigung mit den vorgestellten Themen weiter befördert worden sein, hätte das erste Kammerwerkstattgespräch seinen Zweck erfüllt. Auf vielfachen Wunsch wird die Fortsetzung der Werkstattgespräche geplant.

Einzelheiten über die Vorträge können Sie der homepage des bvvp (www.bvvp.de) unter der Rubrik «Kammer» entnehmen.

MARTIN KLETT/
ELISABETH SCHNEIDER-REINSCH

Frauen im Gesundheitswesen

Kaktus und Sumpfzypresse – Gender Mainstreaming im Gesundheitswesen



Die Ur(sula)-Redaktion strahlt: Verstärkung in Sicht!

Ungleiches gleich behandeln ist das Gegenteil von Chancengleichheit. «Wer eine Sumpfzypresse und einen Kaktus gleich viel gießt, bringt beide um», schreibt Corinna Klütsch zum Thema Gender Mainstreaming in der SZ. Ein differenziertes Wahrnehmen der Unterschiede ist notwendig. Im Folgenden versuchen wir, einige solcher Unterschiede ins Licht zu rücken, und lassen dazu u. a. eine Reihe kluger Frauen zu Wort kommen mit Aussagen, die sicher nicht nur für Frauen interessant sind.

Gender Mainstreaming – Was ist das?

Man liest es allerorten, sogar im Koalitionsprogramm unserer neuen alten Regierung. Eine treffende deutsche Übersetzung gibt es nicht: Gender meint Geschlechterrollen/-verhalten, Mainstreaming bedeutet, ein bestimmtes Denken und Handeln zu entwickeln und es als bestimmendes Handlungsmuster in unser gesellschaftspolitisches Gefüge einzubringen.

Gender Mainstreaming ist mehr als Frauenförderung: Es geht nicht nur darum, soziale Ungleichheiten zwischen Männern und Frauen zu beseitigen, vielmehr sollen geschlechtsspezifische Sichtweisen in alle Entscheidungsprozesse einbezogen werden, um bewusste und unbewusste Zielsetzungen in unserer Gesellschaft in Richtung auf eine menschengerechtere Welt für Männer UND Frauen zu verändern, eine gemeinsame Aufgabe also für beide Geschlechter.

Seit der 4. UN-Weltfrauenkonferenz in Peking 1995 sei Gender Mainstreaming «eine wichtige allgemein akzeptierte politische Stra-

tegie», so heißt es im Bericht der Enquete-Kommission Globalisierung des Deutschen Bundestags. In der EU verlangt diese neue Gleichstellungsstrategie, dass Ministerien der Mitgliedsländer für sämtliche Fachressorts konkrete Gleichstellungsziele formulieren. Von der Planungsphase bis zur Ergebnisbewertung müssen gesetzliche Regelungen daraufhin überprüft werden, ob sie unterschiedliche Wirkungen auf Frauen und Männer haben. Die Vergabe öffentlicher Mittel soll an die Umsetzung von GM-Gesichtspunkten gekoppelt werden.

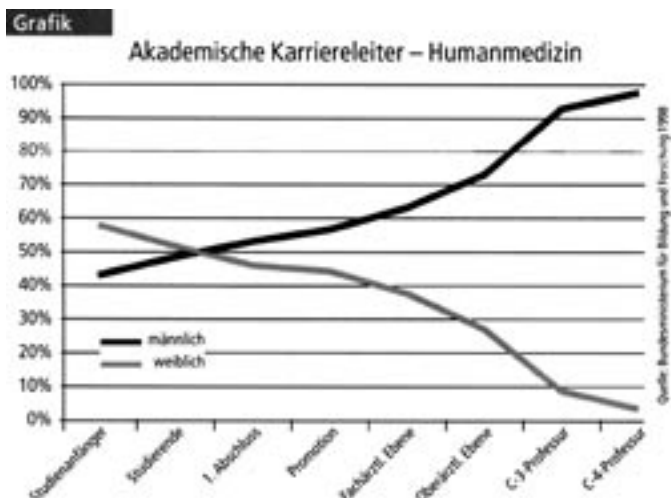
Erstaunlich, was es auf dem Papier schon alles gibt! Mit der Umsetzung dieser Vorgaben hapert es allerdings noch. So bewertet die Weltbank, die bereits seit den 80er Jahren gender-spezifische Aspekte berücksichtigt, ihre Arbeit selbstkritisch als wenig systematisch und zielführend. Auch in der EU dürfte es viel Ambivalenz geben, sind es doch die gleichen Regierungen/Minister, die einerseits im Rahmen der WTO profitorientierte Handelsabkommen beschließen und zum anderen in den Vereinten Nationen über Menschenrechtskonventionen diskutieren. Es sollte eine Gleichrangigkeit der unterschiedlichen Abkommen angestrebt werden, meint die Enquete-Kommission, ein wünschenswertes Ziel. Dieses Ziel scheint uns nur erreichbar, wenn die Wahrnehmung für die Problemfelder geschärft wird. Deshalb haben wir dieses Thema gewählt.

Der Ist-Zustand

In der Vergangenheit ging es um Gleichbehandlung von Männern und Frauen. Heute weiß man, dass Unterschiede differenziert berücksichtigt werden müssen. Doch in vielen gesellschaftspolitischen Bereichen herrscht heute noch «Gender-Blindheit».

– **Beitrag zum Humanvermögen:** In ökonomischen Theorien und Statistiken werden die Beiträge der Frauen zur Wirtschaft systematisch unterschätzt: Der Bereich unbezahlter Versorgungswirtschaft, in dem Frauen die soziale Kohäsion und die mitmenschliche Verantwortung aufrechterhalten, wird als Leistung weder innerhalb einer Volkswirtschaft wahrgenommen noch von der Gesellschaft anerkannt. Unbezahlte Hausarbeit, die ehrenamtlichen Tätigkeiten der Nichtregierungsorganisationen (NGOs) und auch die staatlichen Dienstleistungen (Versorgungswirtschaft der Haushalte und Gemeinwesen) machen zwar einen wesentlichen Teil des Gesamtreichturns einer Gesellschaft aus, sie werden aber in makroökonomischen Theorien und Modellen immer noch unterschlagen: 1990 wurde dieses Humanvermögen in der alten BRD auf mehr als 15 Billionen DM geschätzt im Vergleich zum Sachvermögen mit 6,9 Billionen (5. Familienbericht des Familienministeriums 1994). Der mit der gegenwärtigen weltweiten Rezession verbundene Um- und Rückbau des Wohlfahrtsstaats und der sozialen Dienstleistungen trifft Frauen besonders hart. Forderungen des Internationalen Währungsfonds IWF zur «Kürzung unproduktiver Sozialbereiche» (Kinderversorgung, Schulen, Gesundheitswesen) sind zynisch und dumm; Frauen und Kinder v.a. in Entwicklungsländern treffen sie dramatisch.

- **Frauen in Wissenschaft, Politik und Wirtschaft:** 60% der Studienanfänger in der Medizin sind Frauen, ihr Anteil in der Ärzteschaft beträgt nur noch 40%, in führenden Positionen finden sie sich kaum; im Vorstand wichtiger Fachverbände, sogar bei den Gynäkologen und auch bei den Reproduktionsmedizinerinnen, gibt es keine einzige Frau. Frauen im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, im Vorstand der KBV, dem Berufsverband der Allgemeinärzte und der Deutschen Internisten: Fehlanzeige. Die akademische Karriereleiter in der Humanmedizin zeigt untenstehendes Diagramm. In entscheidungsrelevanten Führungspositionen der Wirtschaft – von großer Bedeutung für die Gestaltung der Globalisierung – beträgt der Männeranteil in den Industrieländern mehr als 80%. Überall sorgt die vorhandene Dominanz der Männer dafür, dass das System sich selbst zementiert, Männer fördern Männer.



- **Frauen und Menschenrechte:** Laut dem Weltbevölkerungsbericht von 2000 hat jede dritte Frau sexuelle Gewalt oder andere Gewalt erlebt. Die Vereinten Nationen bezeichnen Menschenhandel als das «am schnellsten wachsende kriminelle Geschäft der Welt»; sie schätzen, dass 1998 vier Millionen Menschen, vorwiegend Frauen und Kinder, einen Profit von zehn Milliarden Dollar einbrachten. Im Zuge der Asienkrise und unter dem Druck globaler Ökonomie wird von den betroffenen Staaten der «Export» von Frauen und Kindern als eine von den Staaten geförderte Entwicklungsstrategie propagiert, die Deviseneinnahmen für die internationale Schuldentilgung brauchen (Enquete-Kom. Globalisierung).

Die Enquete-Kommission Globalisierung kommt zu dem Schluss, es gebe für all diese Bereiche in Politik und Gesellschaft noch kein ausreichendes Problembewusstsein. Dieses herzustellen könne nicht allein Aufgabe der Frauenpolitik sein. Auch die Verantwortung für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen dürfe nicht ausschließlich Frauen zugeschrieben werden. Sie empfiehlt u. a. gender-spezifische Indikatoren und Statistiken und Folgenabschätzung insbesondere von Handelsabkommen, eine stärkere Einbeziehung von Frauen im Wirtschafts- und Finanzbereich sowie in politische Entscheidungsprozesse, ausreichende strafrechtliche Regelungen zur Unterbindung des Menschenhandels und Gewährung von Opferschutz für die Betroffenen.

Die skandinavischen Länder sind uns weit voraus. In Finnland wurden in einem groß angelegten Forschungsprogramm alle Ministerien einer «Frauenverträglichkeitsprüfung» unterzogen; ein Frauenanteil von 40% in allen politischen Entscheidungsgremien ist dort Gesetz. In Schweden gibt es ein eigenes Ministerium für «Gender Equality Affairs», das über die Einhaltung der Gender Mainstreaming-Strategien in allen Bereichen der Politik wacht. Es geht also.

DR. MED. URSULA STAHLBUSCH

Neue Zöpfe braucht das Land!

Gemeinderatssitzung. Unter TOP2 werden Fördermittel für den Kindergarten beantragt. Geht anstandslos durch: «Die Erfordernisse von heute können nicht mit den Mitteln von gestern bewältigt werden ... Wir müssen in die Zukunft investieren ... Diese Anschaffung zahlt sich aus.» Anders bei TOP3: Ein neues EDV-System für die Verwaltung. Der Antrag wird abgelehnt: «Das braucht es nicht, bis jetzt ist es auch so gegangen ... Angesichts der Haushaltslage muss manches Wünschenswerte zurückstehen.»

So funktioniere das nicht, meinen Sie? In der Tat. Und das hat auch mit fehlendem Gender Mainstreaming zu tun: Wer selektiv wahrnimmt, nimmt verzerrt wahr und handelt an der Realität vorbei. Wenn der «weibliche» Aspekt ausgeblendet bleibt, nehmen alle Schaden. Wobei ich «weiblich» in Anführungszeichen setze, weil ich bezweifle, dass Männer genetisch eine größere Affinität zu Sachen und Frauen zu Menschen haben. Wie sich das tatsächlich verhält, ist unwichtig, wichtig ist, dass diese Geneigtheit derzeit (d. h. seit etlichen tausend Jahren) besteht. Und wichtig ist, dass die «männliche» Realität die Maß-Gebende ist. Barbara Stiegler gebrauchte das Bild: Gender Mainstreaming bedeute, einen Zopf mit männlichem und weiblichem Strang zu flechten. Derzeit kämen die «weiblichen» Aspekte bestenfalls als Schleife am Zopf vor.

Auch im Gesundheitswesen bestimmen Männer «die Realität». Es sind fast ausschließlich Männer, die festlegen, was normal und was krank ist, worüber geforscht wird, wofür es Geld gibt. Ein Beispiel: Jede vierte Frau wird wenigstens einmal im Leben Opfer häuslicher Gewalt, aber bei einer Befragung behaupteten ein Drittel der ÄrztInnen, ihnen sei in ihrer Praxis noch nie eine misshandelte Frau untergekommen. Das lässt sich leicht erklären: Das Problem wird schon in der Ausbildung für zu unwichtig gehalten, um den «klinischen Blick» dafür zu schulen. Aber sind 14 Milliarden € eine quantität négligable? So hoch nämlich werden die Folgekosten (Arbeitsausfall, Krankenhausaufenthalt, psychische und psychosomatische Folgeerkrankungen) häuslicher Gewalt gegen Frauen beziffert.

Während man(n) hier weg sieht, wird andererseits die weibliche Potenz um so gründlicher unter die Lupe genommen: 1999 galten in Hamburg 75% der Schwangeren als Risikoschwangere. So macht man(n) aus einer weiblichen Fähigkeit (nämlich etwas zustande zu bringen, das Hand und Fuß hat, was bei Männern nicht so oft vorkommt) zu einer Gefährdung, die frau nur bewältigt, wenn sie den Anweisungen der Experten Folge leistet. Die Fülle der «normalen» Vorsorgeuntersuchungen suggeriert, dass frau höchstwahrscheinlich nur ein «defektes» Kind zustande bringt, wenn man(n) nicht sehr aufpasst. Da könnte Gender Mainstreaming vielleicht einen anderen Akzent setzen: z. B. durch die Einführung von regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen für Regierungschefs, Wirtschaftskapitäne, Medizinprofessoren (Frauenanteil jeweils unter 5 Prozent) hinsichtlich ihrer seelischen Gesundheit. Wenn einer mächtig und mächtig neurotisch ist, hat das schließlich beträchtliche Folgen für Leben und Gesundheit sehr vieler Menschen.

In der Psychotherapie sind die Behandelnden und Behandelten mehrheitlich weiblich. Trotzdem sprechen sämtliche Antragsformulare nur von «dem Patienten», «dem Therapeuten», «dem Gutachter». Das erscheint vielen KollegInnen eine Marginalie. Aber ist es nicht eher eine bezeichnende Marginalisierung? Wer sich mit dem «Mitgemeint-Werden» begnügt, braucht sich nicht zu wundern, wenn die Wirkung von Aspirin bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen an 22071

Männern und 0 Frauen getestet wird, um wenigstens ein Beispiel zu nennen.

Aber das nur nebenbei. Worauf ich hinaus will: Die zahlenmäßige «weibliche Dominanz» in der Psychotherapie legt den Gedanken an ein (fehlendes) Gender Mainstreaming eigener Art nahe:

Frauen sind mehr als Männer dahingehend sozialisiert, es anderen recht zu machen. Ihr Selbstwertgefühl hängt in hohem Maß davon ab, ob sie die Erwartungen der Umwelt erfüllen. Frau stößt auf einen «Medizinbetrieb», in dem sie nicht wahr- und ernst genommen wird und ein technikorientiertes Machbarkeitsstreben weithin handlungsleitend ist. Beides zusammengenommen führt dazu, dass sich Frauen hervorragend dafür eignen, um sich einreden zu lassen, dass ihnen «was fehlt». Und wie ist das mit der Psychotherapie? Gibt es eine Profession, die wie die unsere bereit ist, ein ums andere Mal ihre Daseinsberechtigung nachzuweisen, und damit offenkundig macht, wie tief das Inferioritätsgefühl gegenüber einer Technik-Pharma-Medizin ist? Wir lassen uns schlecht bezahlen, schlecht behandeln und negieren. Unterscheiden wir uns so sehr von den Frauen, die sich kasteien und zurecht operieren lassen, um einem vorgegebenen Ideal zu entsprechen? Tun wir nicht auch etwas arg viel, um endlich den Glanz in den Augen der Medizin-Männer zu sehen? Obwohl wir wissen müssten: Dazu wird es nie kommen, denn welches Interesse sollten die Mächtigen an einer Veränderung der Machtverhältnisse haben? Vielmehr wird das Stöckchen immer noch ein bisschen höher gehalten, wenn wir nicht aufhören zu hopsen.

Frauen unterwerfen sich der «harten» Medizin und bevorzugen die «weiche Medizin». Das ist genauso wenig ein Widerspruch wie die Tatsache, dass Psychotherapie «weiche Medizin» ist und oft meint, sich den oft fragwürdigen Maßstäben einer völlig anders orientierten Medizin unterwerfen zu müssen. Umgekehrt wird auch ein Schuh draus: An den herkömmlichen Medizinbetrieb unsere Maßstäbe anzulegen, würde niemandem schaden und vielen nützen. Mehr Selbstbewusstsein! Empathie ist heilend, geschützten Raum und Zeit geben ist heilend, zuhören ist heilend, konfrontieren und aufdecken ist heilend, weinen lassen ist heilend, ermutigen ist heilend, Wut, Angst und Ratlosigkeit des anderen aushalten ist heilend.

Wir haben so viel zu bieten, was gesund macht. Wir Frauen und wir PsychotherapeutInnen. Flechten wir neue Zöpfe!

URSULA NEUMANN

Frust und Freude bei Frauenfragen

Zehn Frauen und ein Mann antworten

Wir Redakteurinnen arbeiten immer noch ein bisschen kurzatmig. Deshalb ging die Anfrage an fünfundzwanzig Frauen und zwei Männer, die in Sachen Frauengesundheit engagiert sind, erst reichlich kurz vor Redaktionsschluss heraus. 10 Tage, um präzise zu sein. Trotzdem bekamen wir postwendend Antwort von einem Drittel der Angesprochenen. Wir finden das Ergebnis spannend und ziehen den Schluss: Kurzatmigkeit ist immer noch besser als Langatmigkeit. Aber lesen Sie selbst!

— Was hat Sie in der letzten Zeit im Bereich «Frauen und Gesundheit» geärgert?

+ Was fanden Sie in letzter Zeit im Bereich «Frauen und Gesundheit» erfreulich, interessant oder unterstützenswert?

Dr. med. Astrid Bühren,
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes

— Entsetzt hat mich, dass der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt nach Pressemeldungen die Entlassung aus dem Amt drohte, als sie nach der Bundestagswahl ankündigte, die Zigarettensteuer erhöhen zu wollen. Alle politischen Versprechungen, die Gesundheitsprävention zu verbessern, verlieren dadurch an Glaubwürdigkeit. Insbesondere hätten Frauen profitiert, denn die weiblichen Raucher sind derzeit auf dem «Vormarsch». Deutschland ist das einzige Land, das sich einem Zigaretten-Werbeverbot auf EU-Ebene widersetzt.

+ Zumindest in den Koalitionsvereinbarungen vom 16. Oktober 2002 steht: Der im Jahr 2001 vorgelegte Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen mache deutlich, dass eine zielgenaue, geschlechtsdifferente Gesundheitsvorsorge und -versorgung erforderlich sei und dass «die gesundheitliche Versorgung ... die gesamte Lebenssituation von Frauen berücksichtigen» müsse. Nun liegt es an uns allen, auf allen Ebenen die tatsächliche Umsetzung einzufordern – insbesondere auch in der Psychotherapie, in der Patientinnen und Therapeutinnen in der Mehrzahl sind.

Marion Caspers-Merk MdB,
Parlamentarische Staatssekretärin

— Dass immer noch behauptet wird, Frauen würden häufiger am Arbeitsplatz fehlen als Männer. Ein Blick auf die Statistik zeigt: Das ist nicht wahr.

+ Dass endlich die Früherkennung und Behandlung bei Brustkrebs verbessert wird. Ab 2003 wird in Deutschland ein flächendeckendes Mammographie-Screening nach europäischen Leitlinien eingeführt, damit können wir die Zahl der Todesfälle bei Brustkrebs um 3000 bis 3500 pro Jahr verringern. Und die Behandlungsprogramme geben sowohl für die Ärztin oder den Arzt als auch für die Patientin einen verlässlichen Rahmen vor, damit unnötige Brustamputationen vermieden und die notwendigen Bestrahlungen und Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt werden. Auch die psychosoziale Betreuung und Begleitung der Patientinnen erhält endlich einen angemessenen Stellenwert.

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum Berlin

— Die nach fünf Jahren vorzeitig abgebrochene Studie der WHI (Women's Health Initiative) bestätigt, was schon lange vermutet wurde: Die kombinierte Hormontherapie schadet mehr als sie nützt. Skandalös in unseren Augen ist, dass Hormone seit Jahrzehnten millionenfach verschrieben werden, ohne dass jemals belastbare wissenschaftliche Belege für Wirksamkeit und Sicherheit bei der Langzeitanwendung vorlagen. Und dieser Skandal setzt sich in Deutschland fort. Auch nach dem Nachweis der Schädlichkeit einer Hormonbehandlung werden von vielen GynäkologInnen die Ergebnisse der WHI heruntergespielt und relativiert, z. B. vom Berufsverband der Frauenärzte, u. a. mit dem Argument, dass die

in der Studie eingesetzten Hormonpräparate in Deutschland wenig gebräuchlich seien. Studien diesbezüglich gibt es in Deutschland keine.

- ✦ Eine positive Entwicklung ist die zunehmende Initiierung von Frauengesundheitsnetzwerken auf der Ebene der Bundesländer. Im letzten Jahr wurde in Berlin das Netzwerk Frauengesundheit Berlin in einem interdisziplinären Zusammenhang gegründet, um das Thema Geschlechterspezifität in unserem geschlechtsblinden Gesundheitswesen bewusst zu machen und voranzutreiben. Das Netzwerk in Berlin arbeitet u. a. zu Brustkrebs, zu Langzeitfolgen von sexueller Gewalt bei den betroffenen Frauen und hat anlässlich des Studienabbruchs in den USA einen Flyer zu «Hormontherapie in den Wechseljahren, Nutzen oder Risiko?» veröffentlicht.

Heide Hering,

Beirat der Humanistischen Union, Vorstandsmitglied der Petra-Kelly-Stiftung

- Es ärgert mich, dass es wohl bisher keinerlei wissenschaftliche Daten über ältere Frauen und Cholesterin gibt. Ärzte benützen die Werte – junger? – Männer für uns. So kommt es, dass plötzlich alle meine gesunden älteren Freundinnen ein Cholesterinproblem haben und vom Arzt zu Cholesterinhemmern gedrängt werden. Ähnlich verschaukelt kam ich mir vor, als ich – mit allen gleichaltrigen Freundinnen – in den Wechseljahren massiv von den Gynäkologen gedrängt wurde, Hormone zu nehmen. Es hat ziemlich Kraft gekostet, bei der jährlichen Vorsorge diesem Drängen jedes Mal zu widerstehen. Und jetzt – etwa 12 Jahre danach – wird wieder abgeraten.
- ✦ Die ersten Berichte über die Notwendigkeit einer frauenspezifischen Gesundheitsversorgung tauchen in Zeitschriften auf, z. B. «Frauen brauchen eine andere Medizin (Brigitte Nr. 14 vom 26.6.02)

Dr. med. Maria Hofecker Fallahpour,

Oberärztin in der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel

- Es ärgert mich, dass es in der Genderdebatte in der Psychiatrie (Women's Mental Health) häufig um die Beschreibung und Aufzählung von biologischen weiblichen Defiziten geht und die sozialen Gründe vergleichsweise weniger Beachtung finden. So wird häufig über die ungünstige Stressverarbeitung bei Frauen auf neuroendokriner Basis oder über die Hormonfluktuationen gesprochen und medikamentöse Beeinflussungsmöglichkeiten werden vorgeschlagen. Die sozialen Gründe wie starke Überbelastung durch Familien- und Berufsarbeit, der Anspruch der Gesellschaft, dass Frau und Mutter immer für alle überall da sein muss usw., werden weiterhin nur am Rande diskutiert und oft heruntergespielt.
- ✦ Es freut mich, dass Frauen im Gesundheitsbereich zunehmend Karrierewege beschreiten, die bislang hauptsächlich Männern vorbehalten waren. Frauen reden mehr und mehr mit, treten öffentlich auf, publizieren und bewegen sich damit aus dem fürsorgenden pflegerischen Bereich heraus. Mit ihrem geschlechtsspezifischen Erfahrungsschatz bringen sie neue Ideen und Konzepte in die Gesundheitserhaltung und -versorgung hinein. Aufgrund ihres im Vergleich zu Männern günstigeren Gesundheitsverhaltens ist zu hoffen, dass sie zu einer kritischeren Haltung der Öffentlichkeit gegenüber stark gesundheitsgefährdendem Verhalten beitragen.

Prof. Dr. Petra Kolip,

Lehrstuhl für Sozialepidemiologie mit dem Schwerpunkt Frauen und Gesundheit, Bremen

- Nachdem die WHI-Studie zur Hormonsubstitution im Sommer nach fünf Jahren abgebrochen wurde, weil die Risiken größer sind als der Nutzen, wurde in den USA sehr differenziert diskutiert, nicht aber in Deutschland. Mich hat maßlos geärgert, dass ein Arbeitskreis des Berufsverbandes der Gynäkologen – finanziert von den Firmen Schering und Jenapharm – sofort alle Frauenarztpraxen mit einer Faxinformation versorgt hat, wie die Patientinnen von dem Nutzen der Hormontherapie überzeugt werden können. Mit dieser «Weiter-wie-gehabt-Aktion» haben die Ständevertreter die Chance vertan, endlich auch in Deutschland zu einer sachlichen Diskussion über den Nutzen und die Risiken einer langfristigen Hormoneinnahme in den Wechseljahren zu kommen.
- ✦ 98% der Geburten finden in Deutschland in einer Klinik statt. Obwohl nur bei Risikogeburten ein Arzt oder eine Ärztin hinzugezogen werden soll, finden de facto alle Geburten in der Klinik unter medizinischer Perspektive statt, von Hebammen geleitete Geburten sind bislang nur in Geburtshäusern oder zu Hause möglich. Eine Gruppe Bremer Hebammen hat sich seit Jahren dafür eingesetzt, dass in einer traditionellen Klinik ein Kreißsaal eingerichtet wird, der von Hebammen geleitet wird. Und sie haben, nach vielen Verhandlungen, Erfolg: Im nächsten Jahr wird im Klinikum Reinkenheide in Bremerhaven der erste Hebammenkreißsaal eröffnet, der parallel zum ärztlich geleiteten Kreißsaal seine Arbeit aufnehmen wird. Dieses Projekt ist für die Versorgung Schwangerer in Deutschland richtungsweisend!

Peter Lehmann,

Sekretär und Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen, Besitzer des Antipsychiatrieverlags und Delegierter von Support Coalition International bei den Vereinten Nationen (Sektion Menschenrechte)

- Das inhaltsleere Gerede von einer «frauengerechten Psychiatrie», insbesondere angesichts des Schweigens der vielen feministisch angehauchten Psychiaterinnen und ihrer Helferinnen zu dem mehr als massiven Verdacht, dass der Einsatz psychiatrischer Psychopharmaka aufgrund der Prolaktinerhöhung bei den behandelten Frauen das Brustkrebsrisiko nahezu verzehnfacht (nachzulesen in einer großen Studie, die schon 1996 im ‚American Journal of Psychiatry‘ veröffentlicht wurde, Quelle: Peter Lehmann, Schöne neue Psychiatrie, Band 2, Berlin 1996).
- ✦ Die Übersetzung von «frauengerechter Psychiatrie» in «friedliche Vergewaltigung» von Kerstin Kempker in ihrem Vortrag «Frauen ohne Psychiatrie – ein Denkspiel» bei der Tagung «Die Frau ist nicht normal, denn sie ist kein Mann – Frauengerechte Perspektiven in der psychosozialen Versorgung» am 17. Oktober 2002 in Linz (nachzulesen in www.promenteo.at.)

Anne Schilling,

Geschäftsführerin der Elly-Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Müttergenesungswerk

- Ein Ärgernis sind für mich die zahlreichen Ablehnungen von Krankenkassen bei Anträgen für eine Mütter- oder Mutter-Kind-Kur. Mütter müssen immer noch viel zu viele Hindernisse und oft-

mals auch Vorurteile überwinden, bis sie eine solche Kurmaßnahme in Anspruch nehmen können.

- ✦ Die erfreulichste Entwicklung war für mich die Gesetzesänderung zu Müttergenesungskuren. Endlich sind Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, diese Maßnahmen – wie alle anderen auch – voll zu finanzieren; für Mütter ist damit ein unwürdiger Zustand überwunden.

Dr. med. Claudia Schumann,

Vorsitzende des AKF (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.)

- Geärgert hat mich, was die FMF (Fetal Medical Foundation, A. d.V.) – Deutschland schrieb: «Ziel der FMF-Deutschland ist es, schnellstmöglich und flächendeckend ein zertifiziertes und kontrolliertes nichtinvasives Ersttrimester-Screening in Deutschland zu etablieren.» Mich erschreckt, was hinter diesem harmlosen Satz steht: Denn hier wird eine breite Suchaktion auf «fetale Chromosomenanomalien und andere Erkrankungen» angekündigt – für alle Schwangeren! Damit wird die Kontrolle aller Ungeborenen auf «Normalität» zur Routine, wird unter der Hand Teil der Mutterschaftsvorsorge. Über die Folgen wird nicht geredet: Die Gefahr der Selektion aller Besonderen. Denn Chromosomenanomalien kann man nicht behandeln – mehr als 95% der so Entdeckten werden derzeit abgetrieben. Angeboten wird das sog. NT (= Nackentransparenz)-Screening als «Gesundheits-Check», als Entlastung von der Angst vor einem kranken Kind. Nicht gesagt wird, dass es Frauen in eine unzumutbare Situation bringen kann: Wenn sie bei einer Auffälligkeit entscheiden sollen, ob sie bereit sind, ein behindertes Kind zu akzeptieren – oder es abzutreiben. Gefährlich scheint mir, dass damit eine Technik zum Standard wird vor der gesellschaftlichen Diskussion über die (eugenischen?) Konsequenzen – unter dem Mantel der «Selbstbestimmung der Frau».

- ✦ Gefreut hat mich, dass der DEUTSCHE FRAUENRAT sein Heft 3/2002 dem Thema «Frauengesundheit – vernachlässigt und pathologisiert» gewidmet hat. So ist das Thema «Geschlechtergerechte Gesundheitspolitik», für das sich der FRAUENRAT auch mit einem Wahlprüfstein einsetzte, mehr in das Licht der Aufmerksamkeit gerückt worden. Und so sehe ich eine bessere Chance für ein wichtiges Ziel des AKF, dass beim geplanten Gesundheitsreformgesetz das Prinzip des Gender Mainstreaming tatsächlich von Anfang an bedacht und umgesetzt wird.

Magdalene Weiß,

Präsidentin des Bundes Deutscher Hebammen (BDH)

- Dass kraftvolle Prozesse im Leben von Frauen, wie Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Klimakterium, von der Medizin vereinnahmt werden, medikalisiert, pathologisiert und übertechnisiert, immer mehr mit Angst durchsetzt.
- ✦ Dass es auch innerhalb der Medizin so etwas wie eine Attac-Bewegung gibt, die Bewusstsein schärft und Kritikfähigkeit wachsen lässt in Richtung Frauengesundheit. Dafür steht z. B. der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF), der sich ganz diesem Anliegen verschrieben hat.

Ein weiblicher Blick auf Therapiemethoden

Analytische und Verhaltenstherapie im Vergleich



Prof. Dr.
Rohde-Dachser



Monika Bormann

Für einen «gemischten Verband» wie den bvvp ergibt sich der Blick über den individuellen analytischen bzw. verhaltenstherapeutischen Gartenzaun auch beim Thema «Frauen und Psychotherapie» von selbst. Ob es ein kritischer, neugieriger oder neidvoller Blick ist – wir sind auf Ihre Reaktion gespannt:

Zwei ausgewiesenen Expertinnen wurden dieselben Fragen gestellt. Sie lesen im Folgenden die Antworten der Analytikerin Prof. Dr. Rohde-Dachser und der Verhaltenstherapeutin Monika Bormann. Frau Rohde-Dachser, Verfasserin des Buches «Expedition in den dunklen Kontinent – Weiblichkeit im Diskurs der Psychoanalyse», beschäftigt sich seit vielen Jahren mit Fragen der Rolle der Frau sowohl in der Gesellschaft als auch in der Psychotherapie. Monika Bormann ist Mitglied des Ethikbeirats der DGVT (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie) und Leiterin der Beratungsstelle «Neue Wege» gegen Misshandlung, Vernachlässigung und Sexuellen Missbrauch von Kindern in Bochum.

In der Medizin war man lange Zeit selbstverständlich davon ausgegangen: Männer und Frauen sind gleich zu behandeln, und Männer und Frauen werden tatsächlich gleich behandelt. Inzwischen wird deutlich,

- Frauen werden häufig medizinisch schlechter versorgt.

– Erkenntnisse aus Untersuchungen an und Behandlungen von Männern lassen sich vielfach nicht auf Frauen übertragen.

Wie ist das bei der Psychotherapie?

Hat die analytische Psychotherapie/die Verhaltenstherapie ein Geschlecht? D. h. gibt es bei ihr (noch) weithin akzeptierte Grundannahmen, Hypothesen oder Konstrukte, durch die Ihrer Meinung nach die adäquate Wahrnehmung und Behandlung von Frauen erschwert werden?

Rohde-Dachser: Ich glaube nicht. Ich glaube, die Psychoanalyse hat heute ein eher weibliches Geschlecht. Man sieht das unter anderem daran, dass es immer wieder Symposien über Gender Studies gibt, das heißt ja, dass man sich mit den Auswirkungen des Geschlechts und der geschlechtlichen Identität auf die Individuen befasst, in Wirklichkeit sind es aber bis heute in erste Linie Symposien, die sich mit Frauen beschäftigen und mit dem, was Frauen in die Psychoanalyse führt. Ich glaube, dass die Psychoanalyse heute von Frauen fast mehr versteht als von Männern. Die Psychologie der Frau, wie sie Freud eingeführt hat und wie sie früher in der Psychoanalyse im Vordergrund stand, ist aus meiner Sicht weitgehend verschwunden.

Borman: Nein. Mir sind auch keine Untersuchungen bekannt, die therapeutische Methoden geschlechtsspezifisch überprüfen. In der Verhaltenstherapie ist die Verhaltensanalyse wichtig, die Analyse der Umweltbedingungen und der Lerngeschichte. Man kann eine vernünftige geschlechtsspezifische Therapieplanung machen, wenn man ein Bewusstsein für die Bedeutung des Geschlechtes hat. Die DGVT arbeitet gerade dran, die Ausbildung so zu gestalten, dass man dafür ein Bewusstsein bekommt. Das wird in vielen Instituten auch so durchgeführt, ist aber noch nicht flächendeckend realisiert.

Wo sehen Sie die Stärke gerade der analytischen Psychotherapie/der Verhaltenstherapie für die Behandlung von «typisch weiblichen» seelischen Erkrankungen und Fehlentwicklungen?

R.-D.: Ich weiß nicht, ob es typisch weibliche Erkrankungen gibt. Die vorherrschenden Minderwertigkeitsgefühle bei Frauen, die weibliche Art, Aggression nach innen zu nehmen, versteckte, aber mächtige Größenfantasien, die dann z. B. auch zu Essstörungen führen, das sind, wenn Sie so wollen, eher weibliche Erkrankungen. Was die Psychoanalyse zur Verfügung stellt, ist – glaube ich – geschlechtsunspezifisch: Es kommt Frauen ebenso wie Männern zugute, nämlich im Erleben der therapeutischen Beziehung im Laufe der Zeit zu erkennen und aufzuarbeiten, was krank gemacht hat. Ich glaube nicht, dass Frauen in dieser Beziehung irgendwo im Nachteil sind.

B.: Die Stärke der Verhaltenstherapie ist meines Erachtens, dass sie nicht unbedingt Konstruktionen wie Penisneid oder frühkindliche Konflikte braucht, sondern dass sie sich einfach ansehen kann, in welcher Form der Mensch seine Lebensrolle lernt, auch seine Geschlechtsrolle, wo er an diesem Lernen scheitert und einen Ausweg sucht, den wir dann als psychische Störung bezeichnen. Mit diesem Blick kann ich auch bei der Lösung der Störungen entsprechend geschlechtsspezifisch vorgehen. Dass die Verhaltenstherapie – wie man immer sagt – sehr an der Oberfläche bleibt, sehe ich nicht negativ. Für mich ist das ein Vorteil, weil sie nachvollziehbar Lerngeschichten aufzeigt. Natürlich, wenn ich überhaupt kein Bewusstsein für den gesellschaftlichen Hintergrund einer Lerngeschichte habe, kann ich ihn nicht reflektieren und auch nicht deutlich machen. Ich selber arbeite ausschließlich zum Thema Gewalt, sehr stark zum Thema sexuelle Gewalt, und bei mir gehört es zu einer Therapie, dass die Frauen verstehen, vor welchem gesellschaftlichen Hintergrund sie all das erleben, wie gesellschaftliche Denkstrukturen dazu führen, dass sie selber so denken.

Gibt es Ihrer Meinung nach Defizite oder Fehler bei der Psy-

chotherapie von Frauen, die gerade für die analytische Methode/die verhaltenstherapeutische Methode typisch sind? Wenn ja, welche?

R.-D.: Die Betonung der Wichtigkeit der frühen Mutter-Kind-Beziehung ist eine Feststellung, die bei Frauen ein ganz starkes Anforderungsbewusstsein erzeugt. Das müsste hinterfragt werden. Natürlich ist die frühe Mutter-Kind-Beziehung ein entscheidender Faktor für die Art und Weise ist, wie jemand sein Leben angeht; das heißt aber keinesfalls, dass später nicht noch ganz andere Faktoren hinzukommen können. Aber Frauen werden auf diese Weise leicht Schuldgefühle vermittelt, ohne dass jemand das bewusst will. Ihnen wird vermittelt, wie groß ihre Verantwortung als Mutter ist, fast so wie in dem Wort von Augustinus: «Gebt mir bessere Mütter, und ich gebe euch eine bessere Welt». Aber das hängt nicht allein mit Psychoanalyse zusammen. Mother-hunting liegt auch nicht an der psychoanalytischen Methode. Es gibt aber Kollegen und Kolleginnen – keineswegs nur aus dem Bereich der Psychoanalyse –, die ihr Mutterproblem für sich noch nicht ganz aufgearbeitet haben und dann auch im Umgang mit Patienten die Fehler grundsätzlich bei deren Mutter suchen.

B.: Wenn man geschlechtsblind einfach ein Programm durchzieht – die Verhaltenstherapie bietet ja Manuale –, dann gibt es Probleme. Zum Beispiel war bei einem Selbstsicherheitstraining eine der Übungen, sich in der Kneipe an die Theke zu stellen; bei einer Frau hat das eine ganz andere Wirkung als bei einem Mann. Auch die Analysen irrationaler Gedanken waren für die Männer wunderbar zu bearbeiten, weil sie sich auf den Beruf bezogen. Da kann man sehr schön überzogene Vorstellungen, Erwartungen an sich selbst an der Realität überprüfen. Die Probleme der Frauen liegen überwiegend im Familienleben, und da wird es schwer, die eigenen irrationalen Erwartungen, z. B. an die Mutterrolle, abzubauen, solange die ganze Gesellschaft solche überzogenen irrationalen Erwartungen an die Mütter hat. Hier scheitern die Programme, an dieser Stelle brechen sie ab, weil hier die Frauen eine ganz andere Analyse der Situationen brauchen.

Welche gesellschafts- oder gesundheitspolitischen Aktivitäten der analytischen Psychotherapie/der Verhaltenstherapie der letzten Jahre zugunsten der Frauen fallen Ihnen ein?

R.-D.: Keine, es sei denn Initiativen gegen sexuellen Missbrauch in der Psychoanalyse. Aber der betrifft nicht nur Frauen allein.

B.: Allgemein kann ich da nichts sagen, ich kann eher für die DGVT sprechen, die sich gerade in den letzten Jahren massiv für Frauen eingesetzt hat. Innerhalb des Verbandes hat sich eine Arbeitsgemeinschaft für Frauen in der psychosozialen Versorgung gegründet, die an sehr vielen Stellen aktiv geworden ist. Diese Arbeitsgemeinschaft hat innerhalb des Verbandes Einfluss darauf genommen, dass das Thema Geschlecht in die Weiterbildung kommt, so dass die Weiterbildungen nicht mehr geschlechtsneutral sind; sie hat das Riesenproblem des sexuellen Missbrauchs in der Therapie aufgegriffen und hat zusammen mit den psychoanalytischen und anderen Verbänden daran gearbeitet, dass das Thema in den Weiterbildungen ist und es in allen Verbänden ethische Rahmenrichtlinien gibt; wir waren initiativ, dass sexueller Missbrauch in der Therapie unter Strafe gestellt wird. Wir wollen auch gerne eine Beratungsstelle zu diesem Themenbereich einrichten. Das haben wir bisher nicht finanzieren können. Aber insgesamt denke ich, ist einiges gelaufen.

Welches gemeinsame Frauenprojekt würden Sie gerne mit einer Vertreterin der Verhaltenstherapie/einer Vertreterin der analytischen Therapie machen?

R.-D.: Eine spannende Frage! Ich würde vielleicht gerne mit einer

Kollegin aus der Verhaltenstherapie zu der Frage arbeiten, warum Frauen die Chancen, die ihnen ja heute teilweise offiziell durchaus geboten werden, so viel weniger wahrnehmen können als Männer. Da gibt es in der Verhaltenstherapie Trainings zum Aufbau von Selbstbewusstsein und ähnlichem. Die Psychoanalyse andererseits steuert eine Theorie und Methodik bei, mit der die unbewussten Konflikte angesprochen werden können, die hinter diesen Schwierigkeiten stehen. Da stärker noch als bisher eine Verbindung zu schaffen, das wäre spannend. So was würde ich auch gerne unterstützen.

B.: Ich bin in einem Projekt mit mehreren VertreterInnen der analytischen Seite: Nachdem wir das Thema Missbrauch in der Therapie bearbeitet haben und noch bearbeiten, geht es jetzt um eine therapeutische Ethik, es geht darum, so eine Art Basisethik therapeutischen Handelns zu entwickeln. Daran möchte ich auch gern weiter arbeiten.

DIE FRAGEN STELLTE URSULA NEUMANN

Kritische Diskursanalyse und Reproduktionsmedizin

Kritische Diskurs-Analyse – ein Begriff, den wir uns merken sollten. Die Sprachwissenschaftlerin Dr. Magda Telus stellt ihn vor als ein brauchbares Instrument, sich in unserem immer unübersichtlicher werden den gesellschaftlichen Umfeld in immer komplexeren Kommunikationsstrukturen besser zurecht zu finden. Sie zeigt, wie solche Sprachräume entstehen oder auch gezielt geschaffen werden, die Orientierung schwer oder unmöglich machen, zum Vorteil der einen und zum Nachteil anderer. Am Beispiel der Reproduktionsmedizin untersucht sie einen solchen diskursiven Raum, in dem allein durch eine bestimmte Handhabung der Sprache die betroffenen Frauen ihr Subjektsein verlieren und zum Objekt eines Kräftespiels werden, das als solches nicht erkennbar wird, das aber das Geschehen oft fatal bestimmt.

Das Wissen um die Beschaffenheit solcher diskursiven Räume, zu sehen, wie Nichtgesagtes, gezielt oder unbeabsichtigt Ausgespartes gesamtgesellschaftliche Verläufe entscheidend bestimmt, kann helfen, tendenziöse oder manipulative Bestrebungen zu erkennen und sich gegen sie zu schützen; es kann auch im privaten Raum, in der Therapie und vor allem in der Politik von Nutzen sein und es kann – das ist das Wichtige daran – auch Wege aufzeigen, solche als unstimmg erkannten diskursiven Räume zu verändern.

DR. MED. URSULA STAHLBUSCH

Der Diskurs der Reproduktionsmedizin: Eine Sprache, die Handlungs- zwänge erzeugt



Am Beispiel der Reproduktionsmedizin wird gezeigt, wie durch die Ausformung des Sprachraums, in dem sich das Geschehen vollzieht, Entscheidungsfreiräume für einen Teil der Akteure, in diesem Fall für die beteiligten Frauen, verloren gehen.

Visionäre Ideen, schlechte Zahlen

«Die Reproduktionsmedizin hat wie kaum ein anderes Fachgebiet weite Felder der Medizin befruchtet: Genetiker mussten um- und dazulernen, Embryologen haben neues Rüstzeug gewonnen, Onkologen und Transplantationsmediziner können auf neue Therapieoptionen hoffen – und Zoologen gefährdete Tierarten nachzüchten. [...] Diese visionären Ideen wären undenkbar, hätte nicht ein hartnäckiger Forscher über zehn Jahre lang erfolglos versucht, der Befruchtung in vitro auf die Spur zu kommen [...]» Mit diesen Worten wird im Deutschen Ärzteblatt über eine Tagung zu Ehren des Reproduktionsmediziners Robert G. Edwards berichtet (Leinmüller 2000). Anerkennende Texte dieser Art führen eine wachsende gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber der Reproduktionsmedizin vor, mit der eine steigende Nachfrage einhergeht.

Auf der anderen Seite wird in Fachkreisen zunehmend deutlich, dass Reproduktionsmedizin ein hohes Risiko für die behandelten Frauen bedeutet. Befragungen ergeben, dass sich weit über die Hälfte der behandelten Frauen im Zusammenhang mit der IVF seelisch beeinträchtigt fühlt, jede Zehnte nennt sexuelle Probleme und Probleme in der Partnerschaft (Kentenich 1991). Baram et al. (1988) berichten von somatischen Beschwerden, Depression und Ängstlichkeit bei 94% der Frauen nach fehlgeschlagener In-vitro-Fertilisation, 13% der befragten Frauen geben Selbstmordgedanken an. Die Belastung sei so stark, heißt es bei Barbian und Berg, dass sich manche Patientinnen einer langjährigen psychotherapeutischen Behandlung unterziehen müssten (1997, 230).

Neben seelischen Verletzungen bestehen ernstzunehmende gesundheitliche Gefahren, so das auf Ansammlung von Wasser im Gewebe beruhende Überstimulationssyndrom, das zu Embolie

CIIO

DIE ZEITSCHRIFT FÜR FRAUENGESUNDHEIT

Hrsg.: FFGZ e.V.
Bamberger Str. 51
10777 Berlin

Fon 030/213 95 97
Fax 030/214 19 27
ffgzberlin@snafu.de
www.ffgz.de

Nr. 52: **Psychotherapie**
Feministische Therapie
Traumatherapie
Visualisierung
Psychosomatik

Erscheint 2x jährlich · Heft € 3,60 · Abo (4 Ausg.) € 17,50 + Versand

und Herzinfarkt führen kann, ein vorzeitiges Erlöschen der Ovarialfunktion, d. h. verfrühte Menopause, mögliche Verletzungen und Entzündungen bei der Follikelpunktion, das Narkoserisiko, der Verdacht auf karzinogene Wirkung der stimulierenden Substanzen, eine erhöhte Rate an Extrauterin graviditäten und Mehrlingsschwangerschaften sowie eine hohe Abortrate, ovarielle Zysten, Tumore und Verwachsungen, Endometriose und Mastopathie. Von 18 Todesfällen im Zusammenhang mit der Follikelpunktion ist die Rede (Barbian; Berg 1997, 220). Langzeitfolgen für Frauen blieben bislang weitgehend außer Acht. Die Geburtenrate ist mit 14% pro Behandlungszyklus ernüchternd (Klimm 2002).

Solche Daten stimmen nachdenklich. So heißt es auch in einer neueren Literaturübersicht, die Technologie der assistierten Fortpflanzung «became widely used without comprehensive assessment of its efficacy and safety», entsprechend sei ihre Einführung eher «technology-driven [...] than evidence-based» (Evers 2002, 157). Ungeachtet aller schlechten Zahlen wird jedoch an den «visionären Ideen» der Reproduktionsmedizin festgehalten und die Reproduktionsmedizin als soziale Praxis fortgesetzt.

Die sozialen Akteure

Auf der Suche nach einer Erklärung für diesen Stand der Dinge trifft man zunächst die sozialen Akteure: Behandler und Behandelte. Das Verhältnis zwischen ihnen gestaltet sich auf den ersten Blick so, dass es die Behandelten – also die behandelten Frauen – sind, die bei den Behandlern die Behandlung einfordern. Barbian und Berg zitieren mehrere Ärzte, die ihre Verwunderung über die Beharrlichkeit der ungewollt kinderlosen Frauen zum Ausdruck bringen:

«Sie können sich diesen Kampf nicht vorstellen um jede erneute Behandlung, also es ist unendlich schwer [...]» Barbian; Berg (1997, 132)

«Weil manche Frauen entwickeln auch eine regelrechte Sucht, also die verbringen ihr halbes Leben da in der Sterilitätssprechstunde [...]» Ebd.

«[...] ich habe das Gefühl, bei manchen Frauen wird das so der Lebensinhalt. Diese Behandlung auch. Das immer wieder zu versuchen und dass die auch regelrecht, na ja ich weiß nicht, ob die Spaß dran kriegen. [...] Bei manchen habe ich das Gefühl, die genießen das richtig.» Ebd.

Weitere Recherchen fördern allerdings auch Frauenberichte an den Tag, die diese Sicht der Behandler in Frage stellen. Diese Berichte erscheinen in diskursiven Nischen wie Frauenzeitschriften, feministischer Literatur, Medien von Subkulturen; in den gesichteten Jahrgängen solcher Leitmedien wie «Die Zeit» oder «Der Spiegel» (seit 1999) ist mir hingegen kein Frauenbericht begegnet.

«Insemination. [...] Ein schreckliches Gefühl. Es zeigt sich, dass alles umsonst war. Ich fühle mich furchtbar erniedrigt. [...] Wir erzählen unseren Bekannten nichts davon. [...] Ich möchte nicht, dass sich meine Kinder jemals als ‚Sonderlinge‘ aus dem Reagenzglas fühlen.» Szamocka (1999, 101f., Dt. – M. T.)

«Ich erhöhte die Hormondosis. Musste mir jeden Abend Spritzen in den Bauch drücken. Obwohl ich Krankenschwester bin, hat mich das riesige Überwindung gekostet. Es tat weh. Ich fühle mich wie eine Zuckerkrankte. Wie eine Kuh, die unbedingt kalben soll. Es ist eine unnatürliche Manipulation des Körpers. [...] Ich habe jetzt 17 Kilo zugenommen durch die Hormone.» Müller (1999, 159f.)

«Über mehrere Jahre haben wir die Behandlungen [...] durchgezogen. Vor gut einem halben Jahr endlich war der Schwan-

gerschaftstest positiv – aber die Schwangerschaft wurde im Körper nicht gefunden; jedenfalls war sie nicht dort, wo sie sein sollte. Ich brachte zwei Operationen hinter mich – zwei Bauchspiegelungen. Schließlich bekam ich eine Chemotherapie, um die Schwangerschaft wieder aus dem Körper zu entfernen. Der reinste Horrortrip.» Christmon (2001, 54)

«Das Schlimmste, muss ich eigentlich sagen, ist die Gebärmutterspiegelung gewesen. Also da hab ich gedacht, die reißen mir den Bauch auf. [...] Bei der IVF war die Punktion am schlimmsten: Wenn man merkt, wie sie die Follikel da so rausziehen, also das ist, wie wenn man jedes Mal mit der Nadel gestochen wird – das zu ertragen. [...] Die Schwiegereltern wollten unbedingt noch einen Enkel haben und haben sich darauf versteift, dass wir nun eins bekommen.» Fränznick; Wieners (1996, 112)

Den von den Behandlern benutzten Begriffen wie «Kampf», «Sucht» oder «Spaß» bringen die Berichte der Behandelten Begriffe entgegen wie «schreckliches Gefühl», «Überwindung», «Horrortrip», «das Schlimmste». Die Legitimation der Reproduktionsmedizin durch den Behandlungswunsch der ungewollt kinderlosen Frauen wird durch diese Gegenüberstellung brüchig. Nimmt man solche Erfahrungsberichte der Frauen zur Kenntnis, so fällt es schwer, Reproduktionsmedizin mit dem Hinweis auf die steigende Nachfrage gutzuheißen. Vielmehr sieht man sich vor weitere Fragen gestellt: Warum unterziehen sich die Frauen Prozeduren, die ihre Gesundheit gefährden? Was wissen sie über Risiken, die sie damit auf sich nehmen? Sind sie autonome wünschende Subjekte oder aber passive Teilnehmerinnen des größten Forschungsprojekts der Moderne, des Projekts «Mensch»? Diese Fragen, die um die Einwilligung der Frauen kreisen, sind deshalb besonders wichtig, weil es diese Einwilligung ist – und nicht die «visionären Ideen eines hartnäckigen Forschers» –, die die Reproduktionsmedizin erst möglich macht.

Der vorgegebene Weg

Diese Fragen möchte ich unter Rückgriff auf einen Diskursbegriff beantworten, wie er seit geraumer Zeit in den pragmatistischen und (de-)konstruktivistischen Diskussionen gedeutet wird.

Die Mikroebene der Nicht-Beachtung

Ausschlaggebend ist dabei die Beobachtung, dass es nicht so ist, als würden wir zuerst erfahren und dann das Erfahrene definieren. Wir übernehmen vielmehr sozial vorliegende Definitionen, die wir – wie ein Raster – im Erfahrungsprozess über das zu Erfahrende legen (vgl. bereits den Anfang der Stereotypenforschung bei Lippmann 1922). Auf diese Weise entfaltet sich unsere Erfahrung und mit ihr unser Denken und Handeln üblicherweise entlang der durch die bereits vorliegenden sozialen Definitionen vorgegebenen Zäsuren und Schwerpunkte mit der Folge, dass die in den Definitionen unbedachten und nicht enthaltenen Momente unserer Wahrnehmung entgehen. Dies ist die individuelle, die Mikroebene der Nicht-Beachtung. Sie ist kein absichtlicher Akt, sondern, ziemlich unspektakulär, ein Verfahren zur Strukturierung und Ökonomisierung unserer Wahrnehmung.

Die Makroebene der Nicht-Beachtung

Diese sozialen Definitionen, die die individuelle Wahrnehmung prägen, sind ein (dynamisches) Ergebnis von Kommunikationsprozessen. Diskurse stellen singeladene Verdichtungen dieser Prozesse

dar, sprunghafte Zunahmen an Kommunikation im Hinblick auf bestimmte Themen oder innerhalb von sozialen Institutionen und Praxen. Sie haben einen syntagmatischen Charakter. Mit anderen Worten sind Diskurse (polyphone) Geschichten, die sich in der Zeit entfalten. Sie folgen den Prinzipien der Textprogression und Textkohärenz. Was innerhalb eines Diskurses gesagt wird, wird – gemessen an der gesellschaftlichen Rezeption – nacheinander gesagt, und was vorher gesagt wird, ist für das Nachstehende von entscheidender Bedeutung. Das Nachstehende wird aus dem Vorausgegangenen heraus generiert und befindet sich stets in dessen Kontext, in den es sich «fügen» muss. Der bestehende Kontext lenkt den Kommunikationsprozess so, dass es für die Kommunikationsteilnehmer schwierig wird, Sachverhalte zu reflektieren, die bislang unberücksichtigt blieben und zu diesem Kontext möglicherweise nicht passen würden. Diese Sachverhalte fallen in der Regel durch die Maschen der Wahrnehmung, diesmal im gesellschaftlichen Maßstab: Die Makroebene der Nicht-Beachtung gewinnt so an Konturen.

Rederechte ungleich verteilt

Auch auf dieser Ebene handelt es sich zunächst um einen neutralen Mechanismus, der allerdings die bestehenden Machtverhältnisse konserviert und in dieser Eigenschaft seine hermeneutische Unschuld verliert. Denn die Rederechte und die praktischen Möglichkeiten, das Wort zu ergreifen, sind in der Gesellschaft ungleich verteilt, und die Sprachlosen sind auf fremde Definitionen, nämlich diejenigen der Sprachmächtigen, angewiesen. Richard Rorty bringt diese Verhältnisse in seiner Vorlesung «Feminism and Pragmatism» (University of Michigan 1991, vgl. Rorty (1998)) auf den Punkt. Die meisten Unterdrückter, so Rorty, seien so gescheit gewesen, den Unterdrückten eine Sprache beizubringen, in der die Unterdrückten – auch in den eigenen Ohren – verrückt klingen, wenn sie sich selbst als Unterdrückte kennzeichnen (ebd., 293).

Diskursiver Raum lässt keine Chance zu Entscheidung

Bezogen auf die oben aufgeworfenen Fragen zur gesellschaftlichen Akzeptanz der Reproduktionsmedizin trotz Gefährdung der behandelten Frauen legt dieser Diskursbegriff folgende Antworten nahe: Ungewollt kinderlose Frauen werden durch eine bestimmte Sprache, eine bestimmte Strukturierung des sie umgebenden und von ihnen für eigen gehaltenen diskursiven Raums dazu gebracht, in die Sterilitätsbehandlung einzuwilligen. Eine ungewollt kinderlose Frau hat nahezu keine Chance, sich frei für oder gegen eine Sterilitätsbehandlung zu entscheiden, weil die einzige verfügbare Sprache die Dinge so zu recht legt, dass es töricht erscheinen würde, das «Angebot» der Reproduktionsmedizin nicht wahrzunehmen.

Wir wenden uns jetzt einigen Denkfiguren zu, die diese einzig verfügbare Sprache prägen. Mit der Metapher des Diskursraums kann man sich diese Denkfiguren als Objekte in diesem Raum vorstellen. Ihre Formen und Anordnung geben vor, wie man sich in diesem Raum zu bewegen hat.

Denkfiguren der Reproduktionsmedizin

Pathos und Fortschritt

In dem öffentlichen diskursiven Raum, in dem über Reproduktionsmedizin nachgedacht wird, kommen Frauen nicht wirklich vor. Ein Blick in die Fachzeitschriften und Lehrwerke der Reproduktionsme-

dizin legt die Vermutung nahe, ungewollte Kinderlosigkeit sei als Motiv reproduktionsmedizinischen Handelns zweitrangig. Vielmehr setzt sich zum Beispiel die Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin folgende Ziele:

- Wissenschaftlich-interdisziplinärer Austausch im Human- und Veterinärbereich;
- Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus der Reproduktionsmedizin und -biologie in Klinik und Praxis;
- Vertretung der Interessen der Reproduktionsmedizin und -biologie gegenüber Politik und Gesellschaft;
- Förderung internationaler Zusammenarbeit;
- Erarbeitung von Lösungsvorschlägen für ethische und juristische Probleme

(nach Holzgreve 2001, 58).

Der Kommentar des Präsidenten der Gesellschaft:

«Dies sind große, aber den Einsatz lohnende Ziele am Ende eines Millenniums, welches gerade in der Reproduktionsmedizin gewaltige Fortschritte gebracht hat, aber noch viel Raum für Verbesserungen lässt.» Ebd. (60)

Die soziale Praxis der Reproduktionsmedizin wird in dieser Auffassung zu einem Selbstläufer, dessen gesellschaftliche Legitimation aus dem eigenen Inneren, den eigens definierten Erkenntnis- und Anwendungsbedürfnissen hergeleitet wird. Die Realisierung dieser Bedürfnisse wird als Fortschritt ausgewiesen wie auch im folgenden Zitat:

«Dies hat nicht nur zu einem großen Fortschritt in diesen Bereichen der Wissenschaft geführt, sondern auch vielen Patientinnen mit bis dahin hoffnungsloser ungewollter Kinderlosigkeit zur Geburt eines Kindes verholfen.» Diedrich (1998b, Rückumschlag)

Hier verselbstständigt sich der Fortschritt mit einem syntaktischen und gleichsam konzeptuellen Vorrang vor dem Heilungsauftrag. Das Attribut «hoffnungslos» weist dabei auf eine Dramatisierung der ungewollten Kinderlosigkeit hin. Diese Dramatisierung entfaltet sich im Diskurs der Reproduktionsmedizin als eine Funktion der eigentlichen Zweitrangigkeit des Kinderwunsches.

Dramatisierung ungewollter Kinderlosigkeit

Ungewollte Kinderlosigkeit ist ein soziales Leid, ihre Leidwertigkeit ist eine rein diskursive Angelegenheit. Demgegenüber werden im gesellschaftlichen Nachdenken über Reproduktionsmedizin die Fruchtbarkeit und die Unfruchtbarkeit oft als existentiell angesehen. Dazu zwei Beispiele:

«Leben geben und zeugen ist nach allen religiösen und säkularen Positionen ein hohes Privileg und eine in moralischer Verantwortung wahrzunehmende Pflicht.» Sass (1998, 327)

«Die Fruchtbarkeit des Menschen ist die Grundlage seiner Existenz. [...] Dabei wird in den letzten Jahren, besonders in den Industrieländern, eine stetige Zunahme der Sterilität beobachtet.» Patientenbroschüre, 2

Dieser Kontext wirkt normierend auch auf Autoren, die der Reproduktionsmedizin gegenüber kritische Positionen beziehen, zum Beispiel:

«Hier ist eindeutig zu konstatieren, dass die ungewollte Kinderlosigkeit zu dem Schlimmsten gehört, was einem Paar, insbesondere einer Frau, widerfahren kann.» Brähler; Stöbel-Richter (2002, 334)

Feststellungen dieser Art mögen durchaus von solidarischen Absichten beseelt sein. Aber sie stecken auch gleichsam in dem verfügbaren diskursiven Raum den Weg in die reproduktionsmedizinische Behandlung als den einzig gangbaren ab.

Marginalisierung der Frau

Angelehnt an die Dramatisierung des Kinderwunsches steigt der diskursive Stellenwert des Kindes, was folgende zwei Beispiele verdeutlichen mögen:

«Bei der ethischen Diskussion über extrakorporale Befruchtung kommt es wesentlich auf die Begriffe Embryo und Fötus an.» Mohr (1987, 159)

«Letztlich kommt es, das sieht man auch in Großbritannien so, auf den ethischen Status des Embryos an.» Krönig (2001, 5)

In dem Maße, in dem die gesellschaftlichen Debatten über künstliche Befruchtung ihr Augenmerk auf das Kind richten, gerät die Frau, die jetzt nur noch als eine nebensächliche Selbstverständlichkeit dazu gehört, aus dem Blickfeld, bis hin zu einer Reduktion auf reproduktionsrelevante Körperteile:

«Im Zentrum der klassischen Sterilitätsdiagnostik beim Menschen steht der Eileiter.» Bauer; Diedrich (1998, 201)

Verharmlosung der Gefahren für Frauen

Die Abwesenheit der Frauen in diesem Diskurs führt dazu, dass eine aufrichtige Ausformulierung der Frage nach den reproduktionsmedizinischen Gefahren für Frauen unterbleibt. Es gibt in diesem Diskurs kein solches Subjekt, das Schmerz und Verletzung erleiden könnte, weshalb sich die Gesellschaft mit dieser Möglichkeit nicht auseinander zu setzen braucht. Der Bioethiker kommt so zur folgenden Abwägung:

«Den ethischen Kosten der Laparoskopie und der hormonellen Stimulierung der Frau sowie der Masturbation beim Mann steht der unvergleichlich hohe ethische Wert gegenüber, einem Kind das Leben zu geben und ein eheliches Kind zu haben, das mit beiden Eltern verwandt ist und von der Mutter auf natürliche Weise ausgetragen wird.» Sass (1998, 327f.)

Es wird deutlich, dass an den wirklichen Kosten, die die Frau zu tragen hat, kein Interesse besteht. Hier werden diese Kosten mit zwei Stellvertretern im Singular abgetan («Laparoskopie» und «hormonelle Stimulierung»), durch die Parataxe zu «Masturbation» wird die Gefährdung der Frau der Gefährdung des Mannes gleichgestellt. Die besonderen Gefahrenlagen der Frau werden diskursiv aufgelöst, was besonders dann deutlich wird, wenn die Behandlung der Frau die Infertilität des Mannes kompensieren soll, wie im folgenden Zitat:

«Bei der Indikation nach b) 3. dient die Gonadotropin-Behandlung der Kompensation höhergradiger männlicher Subfertilität durch kontrollierte Polyovulation.» BRZ-Arbeitskreis (2001, 64)

Dies führt schließlich dazu, dass das Thema «reproduktionsmedizinische Gefährdung der Frau» aus der ethischen Diskussion ausgeschlossen wird, zum Beispiel im Zusammenhang mit Gameten-spende:

«Der höhere Aufwand in der Behandlung der Spenderin ist ethisch kein ausreichendes Argument für ein Verbot der Eizellspende.» Katz-orke (2000)

Präsupposition «Reproduktionsmedizin führt zu Kindern»

Die bislang vorgeführten Denkfiguren erklären die steigende Akzeptanz gegenüber der Reproduktionsmedizin noch nicht ganz. Ein wichtiger Punkt fehlt noch, nämlich die Überzeugung von der Wirksamkeit der Reproduktionsmedizin. Diese Überzeugung wird durch die Präsupposition «reproduktionsmedizinische Behandlung führt zur

Geburt von Kindern» herbeigeführt. Man betrachte zum Beispiel folgenden Beleg:

«Die Gesundheit der Kinder, die nach einer künstlichen Befruchtung [...] geboren werden, ist der wichtigste Parameter für die Qualität einer Sterilitätsbehandlung.» Diedrich; Ludwig (1999, 11)

Stellen wir uns vor, jemand spricht diesen Satz in Gegenwart einer weiteren Person aus, woraufhin diese Person entgegnet, nicht aus jeder künstlichen Befruchtung würde ein Kind hervorgehen. Der Parameter, über den gesagt wurde, er sei der wichtigste, würde damit verschwinden und der Satz seine Daseinsberechtigung verlieren. Diese gedankliche Operation zeigt an, dass hier eine Präsupposition am Werk ist, die einen Sachverhalt stillschweigend vorausschickt. An diesem Sachverhalt darf man nicht rütteln, wenn man zuhören will. Es gibt zahlreiche Belege für diese Präsupposition, nicht nur im Fachdiskurs der Reproduktionsmedizin, sondern gerade auch im übergreifenden öffentlichen Diskurs. Beispiele liefern Schlagzeilen wie «Familienplanung ist heutzutage ein Kinderspiel» RTL (1999), «Babys auf Bestellung» TV klar (1999), «Baby-Boom aus der Retorte» Der Spiegel (2002), oder Buchtitel wie «Wie weit gehen wir für ein Kind?» Spiewak (2002). Mein schönstes Beispiel stammt aus einem polnischen Presseartikel, es lautet in deutscher Übersetzung etwa so:

«Zu mir kommen Eltern, die Kinder haben wollen» Walewski (2002, 75, Dt. – M. T.)

Schlusswort

Der Diskurs der Reproduktionsmedizin und der von ihm überwiegend beeinflusste öffentliche Diskurs stellen ein Netz von Denkfiguren zur Verfügung, das um das Konzept des Fortschritts aufgebaut ist. Frauen nehmen darin eine marginale Rolle ein, während im Mittelpunkt der zu zeugende Mensch, der Embryo, und sein Schöpfer, der Forscher, stehen. Ebenfalls marginalisiert werden die zwei Aspekte, die für die Frauen, die sich für oder gegen eine Behandlung entscheiden müssen, wichtig sind: die gesundheitlichen Schäden und die niedrige Wahrscheinlichkeit einer Lebendgeburt. Demgegenüber wird die Leidwertigkeit des ungewollten Kinderwunsches heraufbeschworen. Für ungewollt kinderlose Frauen wird so der Weg in die Behandlung vorbestimmt. Das Antreten dieses Weges wird als ein Behandlungsauftrag ausgelegt, der die Fortsetzung reproduktionsmedizinischer Praxis rechtfertigt.

DR. MAGDA TELUS, BOCHUM/CHEMNITZ

Literatur bei der Verfasserin

Wenn Ihnen Hören und Sehen vergeht ...

... werden Sie sich kaum mehr für die spannenden Beilagen von **Auditorium Netzwerk** und vom **Verlag Brandes & Apsel** interessieren. Vorher sollten Sie noch schnell ein Blick auf diese Beilagen werfen. Wenn diese fehlen:

www.auditorium-netzwerk.de
www.brandes-apsel-verlag.de

INTERVIEW

mit Eva Rühmkorf

«Die leben doch sowieso länger, sollen die jetzt auch noch länger gesünder leben?»



Ein Projekt, von dem nicht mehr existiert als der Bericht der ExpertInnenkommission – eigentlich nicht gerade der Stoff, aus dem spannende Interviews entstehen. Aber die Vorsitzende der Kommission hieß Eva Rühmkorf. Was sie mit den Erfahrungen ihres (frauen-)bewegten Lebens zu sagen hat, verlockt womöglich, dem 2001 in den Schubladen der Bürokratie verschwundenen Hamburger Aktionsprogramm «Frauen und Gesundheit» zu einem angemesseneren Platz zu verhelfen.

Neumann: Frau Rühmkorf, Marktforscherin, Gefängnisdirektorin, Erste Gleichstellungsbeauftragte in der Bundesrepublik, Ministerin in Schleswig-Holstein, Vorsitzende von pro familia – Ihre berufliche Biografie würde für drei reichen. Vermutlich hätten Sie auch schon 1955 der Meinung unseres gemeinsamen Kollegen, des Diplompsychologen Kroeber-Keneth, nicht so recht beipflichten können; der schrieb damals: «Sich als ein klares und eindeutiges Individuum hinzustellen, hervortreten und auszusagen, was man zu sagen hat, dies ist eine Forderung, der sich die weibliche Natur geradezu entgegenstellt.»

Rühmkorf: Heute würde sich das kaum jemand mehr trauen zu sagen, vielleicht denkt es mancher noch. Ich habe ja mein ganzes Berufsleben immer wieder Stellen gehabt, wo ich die erste Frau in dieser Position war, und habe beides erlebt, sowohl dieses «na ja, als Frau kann sie das wohl nicht», als auch das ebenfalls diskriminierende «sie ist der beste Mann im Stall».

N.: Ist es Schnee von gestern, dass Ärzte und Psychologen mit Hilfe der «Wissenschaft» Frauen auf bestimmte Funktionen und Rollen festlegen wollen?

R.: Nein, leider nicht. Das ist etwas, was unterschwellig läuft. Die Pharmaindustrie – die ist hier am hartleibigsten – wirbt schamlos

mit der «psychischen Labilität» der Frauen und knallt sie voll mit Medikamenten, was von den Ärzten auch noch befördert wird. Ich bin nicht sicher, ob da Psychologinnen und Psychologen tatsächlich anders sind. Weil Wissenschaft und Praxis in diesen Gleisen laufen, werden Frauen mit Medikamenten eingedeckt und sind gerade, was Medikamentenabhängigkeit angeht, sehr viel gefährdeter, als man offiziell weiß.

N.: Im Februar 2000 wurde in Hamburg die interdisziplinäre ExpertInnenkommission «Frauen und Gesundheit» einberufen. Sie standen der Kommission vor. Was hat Sie daran gereizt, diese Aufgabe zu übernehmen?

R.: Das erste war, das kann ich auch für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sagen: Wir haben der damaligen Gesundheitsministerin einfach vertraut, dass sie uns ernst nimmt, dass das Thema für sie wichtig ist. Für mich persönlich – ich bin ja inzwischen Pensionistin – war das ein wunderbares Anknüpfen an meine frauenpolitisch aktive Berufszeit und das Verknüpfen von Frauenpolitik und Frauengesundheit in meiner ehrenamtlichen Funktion als Vorsitzende von pro familia.

N.: Innerhalb eines Jahres erarbeitete die Kommission ihre «Empfehlungen für die Frauengesundheit in Hamburg». Was beeindruckt, ist die Vielfalt der berücksichtigten Aspekte. Ein banales Beispiel: Ausländerinnen werden medizinisch-psychologisch nicht adäquat versorgt, wenn das Wissen über kulturelle Hintergründe fehlt. Oder: Ein «Arbeitsschutz», der die spezifischen Belastungen der typischen Frauenberufe nicht berücksichtigt, ist ineffektiv. War dieses «vernetzte Denken» von Anfang an bewusst intendiert oder ist es das Produkt der gemeinsamen Arbeit von Menschen aus den verschiedensten Berufen?

R.: Das ergab sich schon aus der Zusammensetzung der Kommission. Es waren insgesamt 18 Menschen und davon 3 Männer – wir wollten nicht nur unter Frauen sein. In einer sehr glücklichen Mischung, wie ich finde, hat die Senatorin Karin Roth Menschen berufen, die sich hauptberuflich-professionell mit Frauengesundheit oder Gesundheit überhaupt befassen, Ehrenamtliche und solche aus Projekten und Initiativen, außerdem einige aus dem Hochschulbereich, die sich mit Sozialmedizin beschäftigen. Dieses verknüpfte Denken und vernetzte Argumentieren war eigentlich die ganze Zeit das Prinzip unserer Arbeit. Wir haben mit der Frage begonnen: Was bedeutet eigentlich «Frau und Gesundheit», welche Rolle spielen Frauen im Gesundheitswesen? Das hat sich wie ein roter oder lila Faden durch unsere Diskussionen gezogen, und als wir dann vor dem Berg von Protokollen unserer Diskussion saßen, haben wir mit einer sehr begabten jungen Frau – Frau Bäurle – und einer sehr engagierten Grafikerin gemeinsam auch noch mal die Form bestimmt, in der das vorgelegt wird. Uns hat also vom Inhalt wie von der Form her immer dieses vernetzte Argumentieren bestimmt.

Die Frauen als Nutzerinnen des Gesundheitswesens werden durch völlig gegensätzliche Dinge verwirrt, die sich um sie herum und über sie hinweg abspielen. Zum Beispiel: Wie wird man beim Arzt, bei der Ärztin gesehen als Frau? Ist sie selbstbewusst und

offensiv – so wie wir's gerne hätten –, ist sie eine Querulantin. Sagt sie nichts, ist sie doof. Frauen sind nach wie vor in einer ganz schwierigen Situation.

N.: Was ist von den Empfehlungen der Kommission bis jetzt umgesetzt worden?

R.: Gar nichts, seit dem Regierungswechsel in Hamburg. Ich bin mal ganz ehrlich, das ist nicht gerade meine Regierung, aber ich denke trotzdem, dass es auch in ihrem Interesse sein muss, diese Fragen aufzugreifen. Wir haben die Diskussion über die Kosten des Gesundheitswesens. Die Vorschläge unserer Kommission sind nicht kostenintensiv. Gut, man muss das eine oder andere Geld ausgeben, aber das würde dazu beitragen, dass Frauen und Mädchen das Gesundheitswesen vernünftiger und ökonomischer nutzen. Weil Frauen eine Multiplikatorinnenrolle in Familie und Umfeld haben, hätte das auch Auswirkungen. Alle, die wir in der Kommission zusammen saßen, – ich blende noch mal zurück zur letzten Frage – waren sich einig: Wenn uns was fehlt, fragen wir bei einer Frau um Rat. Das haben auch die Männer gesagt, das haben auch die Ärzte gesagt. Weil das so ist, müsste man auch wegen der Kostenfrage den Multiplikatorinnen im Gesundheitswesen mehr Aufmerksamkeit schenken.

N.: Dass es «Wichtigeres als Belange der Frauen» gibt, dürfte eine Erfahrung sein, die Sie häufig gemacht haben. Wenn Sie an den Bereich «Frau und Gesundheit» denken, wo erleben Sie diese Hintanstellung besonders bedrückend?

R.: Natürlich sind wir damals gefragt worden: Warum das Thema Frauen und Gesundheit? Oft mit der süffisanten Bemerkung «die leben doch sowieso länger, sollen die jetzt auch noch länger gesünder leben?» Es ist ein Thema, das nicht ernst genommen wird, so werden auch die Chancen, die da drin stecken, noch nicht ernst genommen. Wenn ich «noch» sage, schwingt so ein bisschen Hoffnung mit. Aber als wir eine Pressekonferenz machen wollten zu unserem Bericht, ist die untergegangen in einem Lebensmittelskandal. Die Gesundheitsministerin ist nur dazu gefragt worden. Wir sind kaum dazu gekommen, unser Konzept vorzustellen. Das geht unter, obwohl – das ist das Positive für mich – es sich zum Beispiel langsam rumspricht, dass es im Interesse von Volksgesundheit wäre, wenn die Pharmaindustrie mal gucken würde, an wem sie ihre Medikamente erprobt: Sind es Junge, Alte, Männer, Frauen? Oder die Frage der Brustkrebsfrüherkennung und des Herzinfarkts, der sich bei Frauen anders äußert als bei Männern. Das sind drei Themen, die in die Zeitschriften und Zeitungen kommen und wo ein bisschen Bewusstseinsänderung stattfindet. Andererseits – das erleben wir gerade in Hamburg – hat die Regierung die Mittel bei erfolgreichen Frauenprojekten so gekürzt, dass sie fast vor dem Aus stehen. Es ist nach wie vor ein bisschen dieses «ach, es geht nur um Frauen!», «warum denn schon wieder Frauen?» Es ist schon sehr ambivalent.

N.: Hat Ihre Hamburger Arbeit ansteckende Wirkung in anderen Bundesländern gehabt?

R.: Eher nein. Mit dieser Enttäuschung stehen wir nicht allein. Es gibt ja einen ganz exzellenten Bericht, den die Bundesregierung herausgegeben hat zur Situation von Frauengesundheit, wirklich exzellent, wunderbar. Da hat kaum ein Hahn oder eine Henne danach gekräht. Er ist auch insofern doppelt toll, weil er in Auftrag gegeben wurde noch unter der Kanzlerschaft von Kohl. Üblich ist ja, dass die Nachfolgeregierung den nicht veröffentlicht. Christine Bergmann hat ihn veröffentlicht, weil er einen hervorragenden Überblick gibt über Frauengesundheit in Deutschland, aber auch da ist weiter kaum was geschehen.

N.: Wenn man Ihnen sagen würde: «Frau Rühmkorf, wir haben hier 1 Million Euro übrig für ein Projekt zur Verbesserung der Gesundheit von Frauen, machen Sie einen Vorschlag.» Was wäre Ihre Antwort?

R.: Da komme ich richtig ins Planen! Ich glaube, ich würde den Grundstein legen für ein Dienstleistungszentrum für Frauengesundheit in Hamburg. Das würde ich wie bei Uni-Gründungen machen: Ich würde so was wie eine Gründungsgruppe zusammenschließen und sagen, hier haben wir eine Million, lasst uns das Geld zunächst in einen Förderverein-Topf tun, lasst uns drei Fachleute zusammenschließen, die a) dafür sorgen, dass mehr Geld zusammenkommt. Also richtig eine hauptamtliche Frau für Fundraising und Sponsoring. Zwei andere Hauptamtliche sollten in Mischung mit Ehrenamtlichen eine vernünftige Konzeption entwickeln, wie so ein Dienstleistungszentrum aussehen könnte, wie man die vorhandenen Ansätze und Projekte – es gibt schon tolle Projekte – verknüpfen kann zu einer zentralen Stelle für Information, Kooperation und Vernetzung und Handlungsangebote in Bereichen, wo man nicht gerne von Pontius zu Pilatus rennt. Ich bin keine Träumerin, aber so eine Frage löst Träume aus.

N.: Sie sind Diplompsychologin, aber nicht Psychotherapeutin. Wo erleben Sie mit diesem distanzierten Blick Defizite, ideologische Aussetzer oder blinde Flecken bei uns PsychotherapeutInnen, wenn es um die Behandlung von Frauen geht?

R.: Das mit den ideologischen Aussetzern und blinden Flecken wird weniger. Meinen Optimismus habe ich zum einen daher, dass ich mit Psychotherapeutinnen befreundet bin, die ich zum Teil aus der Arbeit in der Frauenbewegung kenne. Zum anderen habe ich in meiner Zeit als pro-familia-Vorsitzende wirklich tolle Psychologinnen kennen gelernt, die den Gender-Aspekt wunderbar berücksichtigen, sowohl psychoanalytisch wie systemisch orientierte Psychotherapeutinnen. Das hat mir richtig gut getan. Da gibt es ganz offenbar eine Weiterentwicklung bei den Praktikerinnen. Wie das bei den Männern ist, weiß ich nicht so genau, aber bei den Frauen hat sich gewaltig was bewegt gegenüber der Zeit, als ich studiert habe – ich habe 1961 Diplom gemacht. Das war damals so wie das Zitat von Kroeber-Keneth vom Anfang.

N.: Ihre frühe Biografie war reich an belastenden Situationen. Krieg, Nachkriegszeit, der frühe Tod der Mutter sind nur einige davon. Trotzdem waren Sie in Ihrem Leben sehr erfolgreich – vermutlich ohne Psychotherapie. Gerade bei den «Machern» und «Gewinnern» ist die Meinung verbreitet, Psychotherapie diene der Pflege von Befindlichkeitsstörungen. «Echte Krankheiten» würden damit nicht behandelt, wer Psychotherapie wolle, solle es deshalb gefälligst aus eigener Tasche zahlen. Wie stehen Sie dazu?

R.: Das stimmt, was sie über meine Biografie sagen. Und dennoch: Ich habe zweimal in meinem Leben in schwierigen Lebenssituationen ganz intensiv Hilfe bei Psychotherapeutinnen geholt und denke, dass sie mir auch sehr, sehr geholfen haben. Das ist nicht Luxus, den sich jemand als Schlagobers gönnt. Bei den beiden Malen von mir kann ich sagen, es war nicht lebens-, aber überlebensnotwendig. Ich finde, das gehört in die Krankenversicherung mit rein. Was ich rückblickend bedauere: Als ich Ministerin in Schleswig-Holstein war, da wusste ich noch nicht, dass es auch geschulte Psychologinnen gibt, die Coaching machen. Wenn ich das gewusst hätte, hätte ich das in Anspruch genommen, natürlich auf eigene Kosten. Es wäre mir sicher gut bekommen. Gebraucht hätte ich es auf jeden Fall.

N.: Ich fürchte, Ihre Sicht ist auch heute in Regierungskreisen nicht weit verbreitet.

Wir danken Ihnen für das Gespräch.

DIE FRAGEN STELLTE URSULA NEUMANN

Der Bericht der Hamburger ExpertInnenkommission «Frauen und Gesundheit – Empfehlungen für die Verbesserung der Frauengesundheit in Hamburg» ist kostenlos erhältlich bei der

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Tesdorpfstraße 8, 20148 Hamburg

Im Internet:

<http://www.hamburg.de/fhh/behoerden/umweltbehoerde/gesundheits/downloads/FrauGes.pdf>

Die Kurzfassung des von Frau Rühmkorf genannten Berichts der Bundesregierung zur Frauengesundheit kann aufgerufen werden unter:

http://www.bmfsfj.de/top/dokumente/Struktur/ix_42501.htm?template=single&id=42501&script=1&ixepf=_42501

Die AutorInnen

BOWE, NORBERT, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, bvvp-Vorstand, Kirchzarten • **CLEVER, BIRGIT**, Dr. med., 1. Vorsitzende des bvvp und vpps, Delegierte der KV Südbaden, Mitglied des gemeinsamen Beirats der Landesärztekammer und der Landeskammer PP/KJP, Freiburg • **DEISTER, FRANK ROLAND**, Dr. phil. Dipl.-Psych., 1. stellvertretender Vorsitzender des bvvp, Vorstandsmitglied der Landeskammer PP/KJP Hessen, Mitglied des Fachausschusses Psychotherapie bei der KBV, Frankfurt • **HÖRING, CHRISTA-MARIA**, Dr. med., Dermatologin und Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Stuttgart • **KLETT, MARTIN**, AKJP, Mitglied des Vorstandes des vpps, Delegierter der KV Südbaden, Delegierter der Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg, Freiburg, Mitglied des gemeinsamen Beirats von Landesärztekammer und Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg • **KNOKE, MICHAEL**, Dr. med., 1. Vorsitzender des RV Nordbaden, Delegierter der KV Nordbaden, Mannheim • **NEUMANN, URSULA**, Dipl.-Psych., bvvp-Redaktion, Delegierte der KV Südbaden, Delegierte der Landeskammer PP/KJP Baden-Württemberg, Oberkirch-Bottenau • **SCHNEIDER-REINSCH, ELISABETH**, Dipl.-Psych., Mitglied im Vorstand des bvvp, 2. Vorsitzende des VHVP, Mitglied des Vorstandes der Landeskammer PP/KJP Hessen, Abgeordnete der KV Hessen • **STAHLBUSCH, URSULA**, Dr. med., Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, Delegierte der Ärztekammer Bayern, München • **STRÖHLE HELGA**, Dr. med., Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin, 2. Vorsitzende des Regionalverbandes Nordwürttemberg • **TELUS, MAGDA**, Dr. phil. Sprachwissenschaftlerin, Josephstr. 11, 44791 Bochum, E-mail: M.Telus@web.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Vorstand des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V. (bvvp): Dr. med. Birgit Clever, Freiburg (1. Vorsitzende); Dr. phil. Dipl.-Psych. Frank Roland Deister, Frankfurt (1. stellv. Vorsitzender); Volker Dettling, KJP, Karlsbad (2. stellv. Vorsitzender); Dipl.-Psych. Birgit Bergmann, Ulm; Dr. med. Eckhard Pachale, Bamberg; Dipl.-Psych. Elisabeth Schneider-Reinsch, Wiesbaden

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: Volker Dettling, AKJP, Neuer Markt 9–11, 76275 Ettligen

Redaktion: Dipl.-Psych. Ursula Neumann, Trotbergstraße 13, 77704 Oberkirch-Bottenau, Tel.: 07802-981563, Fax: 07802-981565, E-Mail: Dipl.-Psych.UrsulaNeumann@t-online.de

Dr. med. Ursula Stahlbusch, Ernsdorfer Str. 50, 83209 Prien, Tel.: 08051-63502, Fax: 08051 966065 E-Mail: ursula.stahlbusch@t-online.de

Ressort Bundesvorstand: Dr. med. Juliana Frfr. von Hodenberg, Bahnhofstr. 78, 44623 Herne, Tel.: 02323-56327, Fax: 02323-916865 E-Mail: agvp@bvvp.de
Dr. med. Hanna Simon, Bimöhler Str. 7, 24576 Bramstedt Tel.: 04192-7388, Fax: 04192-85143, E-Mail: dr.hanna.simon@dri.de

Ressort Regionalverbände: Volker Dettling, Neuer Markt 9–11, 76275 Ettligen, Tel.: 07202-5909, Fax: 07202-941602

Referat Dienstleistungen im bvvp: Manfred Falke, Triftstr. 32, 21255 Tostedt, Tel.: 04182-21703, Fax: 04182-22927, E-mail: wvnb@bvvp.de

Korrektur: Eva Pachale, Peuntstr. 3, 96050 Bamberg, Tel.: 0951-27674, Fax: 0951-27619

Verlag: Copernicus Gesellschaft mbH, Max-Planck-Str. 13, 37191 Katlenburg-Lindau – Projektleitung: Michael Koschorreck
Satz: Selignow Verlagsservice Berlin, www.selignow.de

Druck, Bindung, Versand: druckhaus köthen GmbH, Köthen

Anzeigen: Copernicus Systems + Technology GmbH, Potsdamer Str. 81c, 10785 Berlin

Anzeigenhotline: 030-6090296-0, Fax: 030-6090296-22 (Herr Selignow)

Online-Buchungssystem: www.cosis.net/ads

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 2

Erscheinungsweise: vierteljährlich

ISSN-Nummer: 1683-5328

Das nächste Heft erscheint am 8.4.03

Redaktionsschluss 28.01.03

Bei Einsendungen an die Redaktion wird, wenn nichts anderes vermerkt, das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt.

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

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers und der Redaktion wieder. Auszugsweiser Textabdruck ist mit Quellenangabe gestattet.

Bitte besuchen Sie auch die bvvp-homepage: www.bvvp.de. Während wir «fürs Grundsätzliche» zuständig sind, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung. Im November 2002 wurde unsere homepage von 13 243 BesucherInnen aufgerufen. Wenn Sie nicht dabei waren, haben Sie was versäumt!

TERRE DES FEMMES



Frauen wollen in Freiheit und Würde
über ihr Leben bestimmen

Frauenrechte sind Menschenrechte

Nähere Informationen erhalten Sie bei TERRE DES FEMMES e.V.

Postfach 2565, 72015 Tübingen, Tel. 07071/7973-0, Fax 07071/7973-22

e-mail: TDF@swol.de, www.frauenrechte.de

Spendenkonto: 881999, KSK Tübingen, BLZ 64150020

AUS DEN REGIONALVERBÄNDEN

NORDBADEN



Plausibilitätsprüfung nach dem Schrotschuss-Prinzip?

Im Zusammenhang mit den Honorarabrechnungen 4/01 ff. hat die Rechtsabteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden eine Reihe von Therapeuten angeschrieben und ihnen mitgeteilt, ihre Abrechnung sei im Rahmen einer Überprüfung von Abrechnungen auf zeitliche Plausibilität dadurch auffällig gewesen, «dass mehrfach ein Stundensatz von sieben Stunden rein für Gesprächsleistungen überschritten» worden sei. Die Therapeuten wurden aufgefordert, zu dieser Feststellung Stellung zu nehmen. Die Kassenärztliche Vereinigung berief sich in ihren Schreiben darauf, dass nach Rechtsprechung des Landessozialgerichts Baden-Württemberg Gesprächsleistungen mit einem Ansatz von über sieben bis acht Sitzungen dann als implausibel anzusehen seien, wenn daneben weitere Leistungen angesetzt wurden; sie wies darauf hin, dass im jeweiligen Fall allein die Gesprächsleistungen bereits über diesen Ansatz hinausgegangen seien.

Der Rechtsabteilung war natürlich bekannt, dass das besagte Urteil des LSG in Stuttgart vom 20.01.2000 gegen einen Internisten ergangen war und, wie von der Rechtsabteilung der KV auf Anfrage unseres Verbandes bestätigt wurde, dieses Urteil

daher nicht auf eine psychotherapeutische Praxis übertragen werden kann. In den unserem Verband bekannt gemachten Fällen hatten die Therapeuten laut unterschiedlich lautendem Vorhalt im jeweiligen Schreiben an einzelnen Tagen zwischen «mindestens 8:35» und «mindestens 10:00» Stunden Gesprächsleistungen abgerechnet. Dazu muss man wissen, dass der Länderausschuss der KBV in seiner Empfehlung vom 14.09.01 die Obergrenze für die Erbringbarkeit vertragsärztlicher Leistungen bei einem Stundenlimit von 13 Stunden durchschnittlicher täglicher Arbeitszeit bzw. von 16 Stunden an einzelnen Tagen angesetzt hat. Diese allgemeinen Kriterien werden auch im Bereich der KV Nordbaden angewandt.

Offensichtlich sollten die Stellungnahmen der einzelnen Therapeuten dazu dienen, im Rahmen der Plausibilitätsprüfung besondere Aufgreifkriterien für psychotherapeutische Praxen zu entwickeln, denn einige Anschreiben enthielten den zusätzlichen Vermerk, die Stellungnahme der Therapeuten werde benötigt «da speziell für Ihre Fachgruppe ggf. eigene Kriterien entwickelt werden sollen». Die Einlassungen der Therapeuten sollten zu diesem Zweck gesammelt und dem Plausibilitätsausschuss der KV vorgelegt werden, der nach Beratung die spezifischen Aufgreifkriterien für Abrechnungen von Psychotherapeuten dem KV-Vorstand vorschlagen sollte.

Der Fachausschuss Psychotherapie ist in die Angelegenheit nicht einbezogen worden. Vielmehr hat der KV-Vorstand in anderem Zusammenhang die Mitglieder des Fachausschusses wissen lassen, dass die Befassung mit dem Thema Plausibilitätsprüfung nicht zum Aufgabengebiet des Ausschusses gehöre. Der Fachausschuss solle sich stattdessen auf seine eigentliche Aufgabe, die Beratung des Vorstands bei der Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung, beschränken. Diese Auffassung von der Beratung des Vorstands in Sachen Sicherstellung durch den Fachausschuss Psychotherapie ist natürlich völlig abwegig und stellt einen Rückfall in die Zeiten der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes dar, als die KVen

bestrebt waren, in ihren Satzungen die Aufgaben und damit auch die besondere Stellung der Fachausschüsse Psychotherapie, die ihnen der Gesetzgeber zugewiesen hatte, auf dem kleinen Dienstweg einzuschränken.

Hatten die Verantwortlichen in der KV bei der Plausibilitätsfrage vielleicht weniger das Urteil des LSG im Kopf als das ungeliebte BSG-Urteil? Bekanntlich hatte das BSG sich lediglich dazu geäußert, welches Einkommen mit einer idealtypischen, mit 36 Therapiestunden pro Woche optimal ausgelasteten Psychotherapie-Praxis zu erreichen sein muss, um ein mit dem Durchschnitt anderer Arztgruppen vergleichbares Einkommen zu erzielen. Von einer maximal zulässigen Arbeitszeit ist im BSG-Urteil dagegen keine Rede. Auch das Sozialgericht in Stuttgart hat deswegen bereits im vergangenen Jahr die Kürzung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen auf 36 Wochenstunden durch die KV Nord-Württemberg für rechtswidrig erklärt. Aufgrund der Rücknahme der Berufung durch die Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg ist das Urteil des SG Stuttgart mittlerweile auch rechtskräftig geworden.

Ohnehin ist, wie Dr. Kleine-Cosack in einem Beitrag für die Zeitschrift «Psychotherapie und Recht» Nr. 6/2001 ausgeführt hat, «jeder Kassenarzt im Hinblick auf den Umfang der von ihm zu erbringenden kassenärztlichen Leistung grundsätzlich frei» und «jede Beschränkung seines Leistungsumfanges bedarf einer gesetzlichen Grundlage». Für die Einführung von Plausibilitätsprüfungen ist mit der Gesundheitsreform 2000 eine solche gesetzliche Grundlage zwar gegeben; sie war auch im Prinzip sinnvoll angesichts der beklagten Mengenausweitung. Leider erweist sich dieses Instrument jedoch längst als eher stumpfes Schwert, nachdem die im Plausibilitätskatalog der KBV vorgegebenen Mindestzeiten für einzelne Leistungen der somatischen Fachgruppen auf lächerliche Werte zurechtgeschumpft worden sind. Unter solchen Umständen ist es natürlich völlig abwegig, für Psychotherapeuten einen anderen Standard einführen zu wollen.

Der Vorstand des Verbandes hat daher die Rechtsabteilung der kassenärztlichen Vereinigung angeschrieben und dargelegt, dass die behaupteten Auffälligkeiten rechtlich gegenstandslos sind. Den betroffenen Mitgliedern des Verbandes wurde mit Zustimmung von Herrn Dr. Kleine-Cosack nahegelegt, von einer inhaltlichen Begründung ihrer Arbeitszeiten abzusehen, sofern sie unterhalb von durchschnittlich täglich 13 Stunden bzw. 16 Stunden an einzelnen Tagen liegen, und sich auf das Schreiben des Verbandes zu berufen. Eine Antwort liegt bislang weder von Seiten der Rechtsabteilung noch von Seiten des KV-Vorstandes vor, der von der Aktion der Rechtsabteilung angeblich selbst überrascht gewesen sein soll.

DR. M. KNOKE

NORDWÜRTTEMBERG



36-Stunden-Mengenbegrenzung in der KV-Nordwürttemberg

Die 11. Kammer des Sozialgerichts Stuttgart hat die KV in mehreren Fällen (Az.: S 1 KA 6389/00 u. a.) verurteilt, Kürzungen der Honorarabrechnung für das Jahr 2000 rückgängig zu machen. Die KV hatte in falscher Auslegung des BSG-Urteils alle Leistungen über 36 Sitzungen pro Woche gestrichen, auch wenn im gleichen Quartal in anderen Wochen wegen Urlaub oder Fortbildung keine Leistungen abgerechnet wurden. Durch Rücknahme ihrer Berufung hatte die KV selbst diesem Streit ein Ende gesetzt.

Zwei weitere Verfahren endeten mit einem Vergleich: Diese Kollegen hatten im Durchschnitt in allen Wochen des Quartals (13 Wochen!) mehr als 36 Sitzungen abgerechnet. Hier wurden die darüber liegenden Sitzungen gestrichen.

Die aktuelle Plausibilitätsprüfung in der KV-Nordwürttemberg orientiert sich jetzt offenbar an diesen Fakten: Es werden keine Wochen- oder Tagesprofile mehr erstellt, sondern Quartalsprofile, denen 36 Sitzungen pro Woche in 13 Wochen im Quartal zu Grunde liegen. Rechnet also ein Psychotherapeut (ÄP, PP, KJP) in einem Quartal im Durchschnitt mehr als 36 Sitzungen pro Woche ab, werden diese gestrichen. Probatorische Sitzungen, Anamnese- und Antrags- sowie Notfallziffern sind darin nicht enthalten.

Damit haben nun auch die Psychotherapeuten ebenso wie ihre somatischen Kollegen eine Plausibilitätsprüfung, die keine ist: 13x 36 Sitzungen in allen 4 Quartalen sind 1872 Sitzungen im Jahr, zuzüglich der probatorischen und Anamnese-Sitzungen, der Kasenanträge und aller sonstigen nicht abrechenbaren Leistungen (und der Privatpatienten): Wer kann das schaffen? Aber damit ist jedenfalls Gleichbehandlung mit den andern Ärzten gegeben: 809 Stunden pro Quartal oder 3.236 Stunden im Jahr als Summe von «Minimalzeiten» für alle Leistungen schafft ehrlicherweise auch niemand. Aber plausibel ist es noch.

DR. HELGA STRÖHLE

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

www.bvvp.de

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

Schon wieder Sonderbehandlung für Psychotherapie?



KVB kennt keine Härtefälle

Eine Skoliose-Operation, nicht lebensnotwendig, ging schief und brachte sie als Sechzehnjährige in den Rollstuhl. Das war vor 25 Jahren. Doch sie meisterte ihr Schicksal, Psychologiestudium, Ausbildung zur Analytikerin trotz Querschnittslähmung und schwerer Folgeerkrankungen.

So hätte noch alles gut werden können. Aber als 1999 das Psychotherapeutengesetz kam, war sie noch in Ausbildung: Die geleisteten Sitzungen wurden für das Zeitfenster nicht anerkannt, der Weg in die GKV war versperrt, sie bekam keine Zulassung. Im Oktober 2000 ließ der Zulassungsausschuss sie schließlich doch als Härtefall zu. Vier Monate später kam der Schock: Die KV klagte – dies nicht zum erstenmal – gegen den Zulassungsausschuss vor dem Sozialgericht: Ein Härtefall sei nicht definiert, basta! Da könnte ja auch jede allein erziehende Mutter kommen. Sie könne ja nach Dachau gehen, da gäbe es freie Sitze. Dass sie dazu ihre behindertengerechte Wohnung und Praxis hätte aufgeben müssen und ihr soziales Netz, das sie braucht, dass sie in einer Stadt mit abschüssigem Kopfsteinpflaster nicht einmal aus dem Auto hätte steigen können, das interessierte nicht. Mehr als hundert Kollegen und Dozenten, auch die bayerische Behindertenbeauftragte intervenierten bei Herrn Dr. Munte, dem Chef der KVB. Doch der verbat sich solches. Die KVB betrieb das Verfahren weiter.

Sich mit der Berufsgruppe auseinander zu setzen, durch die sie vital geschädigt worden war, die ihr jetzt erneut ohne Not Schaden zufügte, war schlimm. Dazu kamen 5.000 € Anwaltskosten. Kurz vor der Verhandlung – zwei Jahre nach der ersten Zulassung – hat ihr der Zulassungsausschuss nun ein zweites Mal einen KV-Sitz zu-

gesprachen, den sie nun einer ausgeschiedenen Kollegin abkaufen durfte. Das Verdienst der KVB ist es nicht, wenn sie jetzt wieder eine Perspektive hat. Die KVB als Statthalter einer Medizin mit menschlichem Gesicht? Fehlanzeige!

Was die bayerische KV zu einem derart inhumanen Verhalten trieb, bleibt offen. Selbst wenn es formal begründbar sein sollte, gibt es Grenzen. Warum diese Klage? Wollte man um jeden Preis verhindern, dass ein weiterer Esser Anspruch auf ein Stück des GKV-Kuchens erhält? Sind Erbhöfe wirklich wichtiger als Humanität?

KVB sorgt sich um die Patientenversorgung – die andere Seite der Medaille?

Kürzlich erhielt ein großer Teil der bayerischer Psychotherapeuten einen Brief der KV: Die KVB, so hieß es, sei nach ihrem gesetzlichen Auftrag verpflichtet, die Einhaltung vertragsärztlicher Pflichten zu prüfen. Es gebe eine große Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen und erhebliche Wartezeiten für die Patienten. Die Kollegen hätten durchschnittlich weniger als 10 Wochenstunden GKV-Leistungen abgerechnet. Mit der Zulassung sei nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht übernommen worden, Patienten der GKV *«entsprechend dem Versorgungsbedarf»* zu behandeln; *«Es steht somit nicht mehr in Ihrem Belieben, ob und in welchem Umfang Sie GKV-Patienten versorgen wollen; Sie sind vielmehr verpflichtet, der Versorgung der Versicherten persönlich in ausreichendem Maße zur Verfügung zu stehen»*. Dann fragt man nach Gründen, *«warum Sie bisher nur in sehr begrenztem Umfang Psychotherapie-Leistungen erbringen»*. Und weiter: *«Ab welchem Zeitpunkt dürfen wir wie viele Therapieplätze der Koordinationsstelle Psychotherapie melden? Für Ihre Rückantwort haben wir uns den 30.9.2002 vorgemerkt.»*

Ähnliche Töne hört man aus Nordwürttemberg (in Nordbaden dagegen jongliert man mit einer Obergrenze: Bitte nicht mehr als 7 Sitzungen/Tag!, Seite 23). Was soll das? Man lässt keinen ins System wegen Überversorgung, stellt aber großen Bedarf fest und setzt die Kollegen im System unter Druck. Es gebe Leute, die nur drei Wochenstunden abrechnen, heißt es. Nach den Zahlen von 1996 – Neuerees hält die KVB unter Verschluss – haben aber in Bayern knapp 6% der Psychotherapie-Ärzte in 43 Wochen jeweils unter 3,2 Sitzungen abgerechnet. Was ist mit den vielen andern? Eine Kollegin hat genau nachgerechnet und kam in den fraglichen Quartalen auf 15,9 bzw. 16,4 GKV-Sitzungen/Woche (das entspricht ziemlich genau der Zahl der Sitzungen in einem Ganztagsjob im stationären Bereich!). Daneben versorgt sie noch einige Privatpatienten; das hilft ihr (bei annähernd doppeltem GOÄ-Honorar!) zu überleben. Die engagierte und fähige Kollegin ist im übrigen schon 65 und ein wenig ausgebrannt, muss aber noch arbeiten, um ihre in mehr als 30 Jahren erworbene honorarbedingt kärgliche Altersversorgung aufzubessern. Wenn sie es denn könnte, ohne dass die Qualität ihrer Arbeit leidet, würde sie gerne mehr arbeiten.



Ginge es wirklich um Pflichterfüllung, so hätte die KV zuerst einmal das BSG-Urteil umzusetzen, das Umverteilung zu Gunsten der Psychotherapeuten fordert. Selbst dann wären diese noch grob benachteiligt, denn das Urteil schafft lediglich die (theoretische) Möglichkeit, mit maximaler Anstrengung den gemüthlichen Mittelwert der Hausärzte zu erreichen. Dies gelang in der glücklichen 10-Pfennig-Zeit in Bayern im Jahr 1996 nachweislich gerade mal 5 (!) Prozent der Fachgruppe. Wenn Kollegen beim derzeit deutlich niedrigeren Punktwert ihr finanzielles Überleben mit einem Nebenjob abzusichern versuchen, wen wundert's? Der Rest überlebt auf niedrigstem Niveau.

Kleinpraxen nur bei den Psychotherapeuten?

Von Politik versteht die KV nach eigener Aussage nichts, von Mathematik wohl auch nicht. Sonst könnte sie aus ihrer eigenen Umsatzklassen-Statistik unschwer entnehmen, dass – legt man den gleichen Maßstab an wie bei den Psychotherapeuten – IN ALLEN ANDEREN Fachgruppen ebenso viele Kollegen unter dem Fachgruppen-Durchschnitt liegen. Die Durchschnittsumsätze liegen dort allerdings um ein Mehrfaches höher. Merke: Die absolute Höhe des Praxisumsatzes macht noch keine Kleinpraxis, sie bildet allenfalls die schräge Honorarverteilungspraxis der KVen ab.

Deshalb: wenn schon ein Manöver gegen Kleinpraxen, dann doch bitte in ALLEN Fachgruppen: Wie viel PROZENT der Kollegen liegen jeweils in gleichem Maße unter dem Durchschnitt ihrer Fachgruppe? Genau dieses Faktum lässt man aber lieber im Dunkeln, sind es doch diese Kleinpraxen, die die Durchschnittsumsätze der Fachgruppen nach unten «korrigieren», optisch und konkret honorarpolitisch durchaus ein Vorteil. Deshalb gibt es keine Transparenz: Die Umsatzklassenstatistik bleibt hermetisch unter Verschluss.

Zahlenmaterial der bayerischen PT-Ärzte aus dem 10-Pfennig-Jahr 1996, verglichen mit den Zahlen des Zentralinstituts der KBV (ZI) der Haus- bzw. Fachärzte (die Schere dürfte sich seither noch weiter geöffnet haben):

Der Durchschnitts-Jahresumsatz der PT-Ärzte lag 1996 bei **103.835 DM** (etwas mehr als die Hälfte erreichte ihn; nach dem BSG-Rechenweg mit 43 Wochen/Jahr entspricht das – vereinfachend angenommen, dass ausschließlich Sitzungen mit Patienten erbracht wurden – 16 Sitzungen in 43 Wochen bzw. 690 Sitzungen/Jahr). **Das wiederum entspricht etwa der Zahl an Sitzungen, die stationär geleistet wird.**

- Über 260.000 DM Jahresumsatz erreichten 2,9% der PT-Ärzte. Das sind in 43 Wochen jeweils mehr als 41,7 Sitzungen, über 1.793 Sitzungen/Jahr. Diese Kollegen dürften, wie es ein Kollege treffend ausdrückte, ein Plausibilitätsproblem haben: Jeder weiß, das schafft keiner.
- **Über 220.000 DM erreichten 5% aller PT-Ärzte!!! Das entspricht knapp den 224.460 DM, die das BSG in seinen Urteilen der 10-Pfennig-Vergleichsberechnung zu Grunde gelegt hat (36 Sitzungen in 43 Wochen = 1548 Sitzungen/Jahr). Ganze 5% erreichten also 1996 den Durchschnittsumsatz der Hausärzte! Dieser ist seitdem deutlich gestiegen, der unsere dagegen massiv gefallen!**
- Über 140.000 DM Umsatz hatten 24,6% der PT-Ärzte, nach BSG-Rechnung jeweils mehr als 22,5 Sitzungen in 43 Wochen, bzw. mehr als 965 Sitzungen/Jahr.
- Über 100.000 DM Umsatz hatten 48,7% der PT-Ärzte, also jeweils über 16 Sitzungen in 43 Wochen, über 670 Sitzungen/Jahr.
- Über 60.000 DM Umsatz hatten 74% der PT-Ärzte, jeweils über 9,6 Sitzungen in 43 Wochen, über 414 Sitzungen/Jahr.
- Über 20.000 DM Umsatz hatten 94,2% aller PT-Ärzte, über 3 Sitzungen in 43 Wochen, über 138 Sitzungen/Jahr.

Offenbar hat man alle Kollegen, die 40% unter dem Durchschnitt lagen (d. h. unter 60.000 DM), als Kleinpraxen zu Mehrarbeit aufgefordert, nach den Zahlen von 1996 26,1%. Würde man dasselbe Kriterium auf Haus- und Fachärzte anwenden, ergäbe sich folgendes Bild (ZI-Zahlen von 1996):

20,4% der Hausärzte deutschlandweit wären Kleinpraxisverdächtig. Denn sie liegen mit 190 000 DM um 40% unter dem durchschnittlichen Hausarzt-Jahresumsatz von 316 000 DM. Von

Selignow

Verlagsservice



Lindenstraße 25
12207 Berlin

Fon 030 . 60 90 29 6-0, Fax -22
E-Mail: info@selignow.de

Wir bringen Ihr Buch in Form

- ❖ Speziell Geisteswissenschaften, Alte Sprachen
- ❖ Sie sollen ein Manuskript druckfertig abliefern? Und haben keine Zeit? Klarer Fall für uns!
- ❖ Service: Registerautomatisierung, Lektorat, Grafikerstellung u. v. a. m.
- ❖ Beratung Digitaldruck (Book on demand)
- ❖ Vom Gestalter des bvpv-magazins

www.selignow.de

Das Ärgernis des Quartals

den Fachärzten hätten nach dieser Rechnung sogar 27,3% eine Kleinpraxis: So viele bleiben mit weniger als 245 000 DM unter dem durchschnittlichen Facharztumsatz von 409 000 DM.

Die fachärztlichen Psychotherapeuten liegen mit 26,1% also zwischen den Hausärzten mit 20,4% und den Fachärzten insgesamt mit 27,3%.

Hätte man all diese Kollegen in gleicher Weise abgemahnt wie die PT-Kollegen, dann wäre klar, warum der Brief keine Unterschrift trug: Dann bräuchten die Verantwortlichen nämlich Personenschutz, um die Wut der Kollegen zu überleben!

Und die Psychotherapeuten? Sie kann man beliebig kränken: Erst wird ihnen über Jahre trotz der BSG-Urteile ein angemessenes Honorar vorenthalten, dann macht man sie madig, weil sie zu wenig verdienen! Man entwertet sie und schreibt ihnen vor, wie belastbar sie zu sein haben. Quantität vor Qualität! Wir sind aber weder Automaten noch Fließbandarbeiter, sondern hochqualifizierte Fachleute. Wir arbeiten mit der Gegenübertragung, d. h. mit unserer eigenen Seele. Die braucht Wartung, die weder in der abgerechneten Arbeitszeit noch in den Betriebskosten erscheint. Implizit erklärt die KVB mit ihrer Aufforderung zu Mehrarbeit Psychotherapeuten allesamt zu Faulpelzen, eine groteske Polemik angesichts deren kärglicher Umsätze und der fatalen finanziellen Zukunft, auf die die gesamte Berufsgruppe als Folge jahrzehntelanger grober Ungleichbehandlung im Alter zusteuert. Die KVen haben entscheidend mitzuverantworten, wenn unsere Berufsgruppe trotz eines überdurchschnittlichen Idealismus dabei ist, einen geliebten Beruf aufzugeben und in Berufsfelder abzuwandern, die sie überleben lassen.

Sicherstellung durch Mehrarbeit?

Die Studie zur psychotherapeutischen Versorgung in der BRD von Prof. Zepf, Uni Saarbrücken, stellt bei einem durchschnittlichen formalen Versorgungsgrad von 162% auch 2 Jahre nach Inkrafttreten des PTG eine fortbestehende gravierende Unterversorgung fest, die nicht durch Mehrarbeit zu decken sei. Die erzwungene Abwanderung wird diese Versorgungslücke noch vergrößern. Schon im Jahr 2000 lag die Zahl der AU-Tage wegen psychischer Störungen bei mehr als 8%, Tendenz stark steigend. Die KVen kennen die Zahlen. Trotzdem kämpfen sie gegen jeden Psychotherapeuten, der ins System will, selbst wenn sie dafür eine nicht nur für Mediziner selbstverständliche humane Haltung preisgeben müssen. Damit wären wir wieder beim Anfang. Doch ohne Psychotherapie wird die Medizin nicht nur weniger human, sondern auch viel teurer.

Fazit:

Die KVen haben in der Psychotherapie seit vielen Jahren den Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt. Ihre Pflicht ist es,

- die Kollegen vor der Tür – allein in München sind es (noch) weit über 100 – ins System zu holen, damit der Bedarf gedeckt werden kann. Wenn Psychotherapeuten sich an Qualität statt an Quantität orientieren – sie tun dies für ihre Patienten und wegen ihrer eigenen psychophysischen Kapazität, aber notgedrungen auf Kosten ihres finanziellen Status –, dann sollte es auch die KV nicht scheren, ob 1 Therapeut 36 Sitzungen macht oder 2 Therapeuten je die Hälfte. Schließlich bleiben die Kosten die gleichen.

- zu gewährleisten, dass Psychotherapeuten bei zumutbarem Einsatz – das sind nicht 4 und auch nicht 36 Sitzungen/Woche! – von seiner GKV-Tätigkeit leben kann. Je 36 Sitzungen in 43 Wochen = 1.548 Sitzungen im Jahr, das ist das doppelte Pensum dessen, was im stationären Bereich full time erbracht wird. Das ist auf Dauer nicht zu schaffen.

Solange die KV ihre Pflichten gegenüber Patienten und Therapeuten nicht erfüllt, sind fragwürdige Durchleuchtungsaktionen – selektiv für Psychotherapeuten – lediglich ein Alibi für ihr Versagen.

DR. MED. URSULA STAHLBUSCH

Nachklapp:

In Hessen führte die KV kürzlich eine «Rasterfahndung» durch: 1) Wie viele PTs rechnen im Quartalsdurchschnitt (was das genau ist, ist der Red. nicht bekannt) mehr als 12 Sitzungen pro Tag ab? Ergebnis: Keiner. 2) Bei 3 von ca. 2.000 Kollegen waren es mehr als 10; mehr als 8 Sitzungen pro Tag rechneten 12 Kollegen – das sind 0,6% – ab. Weiteres war bis Redaktionsschluss nicht zu erfahren. Aber Sie können sich selbst einen Reim darauf machen!

Die **NAKOS** arbeitet seit 1984 überregional zu grundsätzlichen Fragen der Selbsthilfearbeit, die über die spezifischen inhaltlichen Problemstellungen der Selbsthilfe hinausgehen.

Geboten werden Informationen und Aufklärungsmaterialien/Arbeitshilfen sowie Kontakte auf Bundesebene (zu Selbsthilfevereinigungen), auf örtlicher Ebene (zu Selbsthilfekontaktstellen und anderen Unterstützungsangeboten) und zu Menschen mit seltenen Problemen und Erkrankungen, die auf Bundesebene nach Gleichbetroffenen suchen. Sie können u. a. folgende Adressverzeichnisse erhalten:

„**ROTE ADRESSEN** – Lokale Selbsthilfeunterstützung in Deutschland“, „**GRÜNE ADRESSEN** – Bundesweite Selbsthilfevereinigungen“ und „**BLAUE ADRESSEN** – Suche von Menschen mit seltenen Erkrankungen/Problemen nach Gleichbetroffenen“ (auch als Datenbanken im Internet); außerdem „Starthilfe zum Aufbau von Selbsthilfegruppen“ und Leitfaden „Gespräche in Gruppen – Gruppen im Gespräch“.

Orientieren Sie sich auch im Internet unter <http://www.nakos.de>

Kontakt: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS),
Wilmsdorfer Str. 39
D – 10627 Berlin

Tel: 030/31 01 89 60, Fax: 030/31 01 89 70
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de,

Internet: <http://www.nakos.de>
Tel. Sprechzeiten: Di, Mi, Fr: 9.00–13.00,
Do: 13.00–17.00 Uhr

Die **NAKOS** ist eine Einrichtung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., Gießen.



DAS FINDEN WIR GUT

Internationale AIDS-Experten in München: «Patente, Profite und AIDS»

Das war der Titel einer Podiumsdiskussion des Gesundheitsladens München. Zwei Ärztinnen aus Indien und ein Pharmazeut aus Südafrika berichteten von der Not der Menschen in ihren Heimatländern, aber auch von enga-



gierten Initiativen, dieser Not zu begegnen. 40 Millionen AIDS-Kranke gebe es weltweit, 95% davon in Entwicklungsländern, 28 Millionen allein im südlichen Afrika; 50% seien zwischen 15 und 24 Jahre alt, jede vierte Frau sei betroffen. Behandelt werden könnten die meisten nicht, weil die Behandlungskosten immer noch ein Vielfaches des Einkommens einer ganzen Familie betragen würden.

Nach einer internationalen Konferenz «Ungehinderter Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten auch für arme Länder» – veranstaltet von der Evangelischen Akademie Bad Boll und der BUKO-Pharmakampagne – reisten drei Gruppen internationaler Experten durch Deutschland. Sie wollten in Fachgesprächen und öffentlichen Veranstaltungen über die völlig unzulängliche Versorgung mit Medikamenten und die Not der Menschen in den armen Ländern informieren. Begleitet wurden



sie von einer jungen deutschen Ärztin von BUKO. Was diese Menschen zu sagen hatten, war bedrückend und schockierend, doch ihr Engagement, ihre Menschlichkeit und ihre Zuversicht berührten die leider wenigen Zuhörer, die sich sehr kompetent in die Diskussion einbrachten und mit den Experten nach Lösungen suchten.

Wir finden diese von viel privatem Engagement getragene Initiative der Experten und der BUKO gut und wollen sie auf diesem Wege weiter bekannt machen.

Zum Hintergrund:

– *TRIPS (Trade Related Intellectual Property Rights)*: Mit diesem Abkommen «zum Schutz geistigen Eigentums» verpflichtet die Welt handelsorganisation WTO auch die armen Länder, lebensnotwendige Medikamente unter einen 20jährigen Patentschutz zu stellen. Zwar lässt TRIPS prinzipiell zu, bei Notständen die Versorgung durch Zwangslizenzen und Parallelimporte sicherzustellen, praktisch wird dies jedoch von Pharmaindustrie und Industrienationen verhindert, obwohl die Weltgesundheitsorganisation WHO es als Verstoß gegen fundamentales Menschenrecht sieht, dass ein Drittel der Weltbevölkerung keinen Zugang hat zu unentbehrlichen Medikamenten, z. B. gegen AIDS, Malaria und Tbc.

– *WHO-Arzneiliste*: Vor 25 Jahren hat die Weltgesundheitsorganisation WHO erstmals eine «Liste unentbehrlicher Medikamente» eingeführt. Sie soll die Gesundheitsversorgung nicht nur in den armen Ländern verbessern mit dem Ziel: Transparenz, einfacherer (und sichererer) Umgang mit Medikamenten und niedrigere Preise, die sich der einzelne und die Gemeinschaft leisten können. Auf der Liste

des Jahres 2002 stehen 325 solcher Wirkstoffe. 156 Länder haben die Liste auf nationaler Ebene installiert. Einige Industrienationen – auch Deutschland – haben sie trotz steigender Arzneikosten nicht umgesetzt. *Ob man Ulla Schmidt diese Liste mal nahe bringen sollte? Vielleicht wäre damit die Arzneikosten-Misere zu lösen, wenn auch nur gegen den erbitterten Widerstand der Pharmaindustrie. Aber hat die Politik noch genügend Spielraum für eine solche Lösung? Zumindest soll ja die Positivliste im nächsten Jahr kommen.*

– *BUKO-Pharmakampagne*: Im November 2001 wurde sie 20 Jahre alt. BUKO (Bundeskongress entwicklungspolitischer Aktionsgruppen) ist heute zum Begriff geworden für eine Initiative gegen unververtretbare Geschäftspraktiken internationaler Pharmakonzerne. Sie fordert Vorrang für Gesundheit vor Handelsinteressen (siehe auch Seite 30).

DR. MED. URSULA STAHLBUSCH



Links: Dr. Roopa Devadasan, Ärztin und Master of Public Health, Indien

Mitte: Dr. Andy Gray, Pharmakologe an der University of Natal, Durban, Südafrika

Rechts: Dr. Premilla, Ärztin bei der indigenen Ethnie der Adivasi, Indien

Quelle: Gesundheitsladen München e.V. Medizinisches Informations- und Kommunikationszentrum
Auenstraße 31
80469 München
Tel. 089/772565, Fax 089/7250474
<http://gesundheitsladen-muenchen.de>
mail@gesundheitsladen-muenchen.de

LESERBRIEFE

Manche finden uns gut ...

Sehr geehrte Frau Neumann, sehr geehrte Frau Stahlbusch,

ich möchte mich für das gelungene DMP-Sonderheft bedanken. Durchaus vom Pflichtgefühl geleitet begann ich es zu lesen, mit zunehmendem Interesse blieb ich einen Samstagnachmittag drin hängen, einige Passagen haben mir richtig Vergnügen bereitet. Meine Tochter hat sich über meine Ausdauer gewundert: «Musst du das lesen oder willst du es?» Ich wollte.

Selbst wenn ich die von Frau Neumann formulierte berechtigte Skepsis gegenüber der Wahrheit von Zeitungsmeldungen und wissenschaftlichen Studien auch auf das *bvvp*-magazin anwende, finden sich in Ihren Artikeln doch überdurchschnittlich viele Hinweise auf sorgfältige Recherche, differenzierte Meinungsbildung, Bereitschaft, auch vor der eigenen Tür zu kehren, und etliches Nachdenken. Das sind vertrauensbildende Maßnahmen, die mich als Kollegin und Leserin dazu einladen, mir von diesen AutorInnen gerne was sagen zu lassen.

Im Grunde hat der beschriebene Vorgang der Vertrauensbildung (in diesem Fall in der Beziehung AutorIn/LeserIn) eine Ähnlichkeit mit der Ausbildung eines Arbeitsbündnisses in der Behandlungspraxis, oder?

Während ich mich also mit zunehmender Freude auf Ihre Ausführungen einließ, wurde ich wieder einmal angeregt, mein berufliches Selbstverständnis zu überdenken. Noch klarer konturiert als zuvor sehe ich heute meine psychotherapeutische Arbeit als eine Dienstleistung, die für jeden einzelnen Patienten, jede Patientin maßgeschneidert sein sollte.

Auf dass nicht vor lauter Standards und Leitlinien jener Witz Wirklichkeit werde, in dem der Kunde des Schneiders mehrmals unzufrieden in dessen Werkstatt zurückkehrt und sich beklagt, dass der Anzug da oder dort überhaupt nicht passe. Der Schneider rät ihm jedes Mal zu einer verkrümmten Körperhaltung, damit der zu kurze Ärmel, das schiefe Hosenbein, der zipfelige Saum etc. durch Anpassung des Körpers angemessen

erscheinen. Der Kunde verfügt offenbar über eine geradezu masochistische Compliance und tut wie ihm geheißen. Auf der Straße tuscheln die Leute hinter ihm her: «Der

arme Krüppel. Aber einen guten Schneider hat er!»

Mit freundlichen Grüßen

GERTRAUD EVERS
(Psychiaterin und Psychotherapeutin
in Gießen)

... andere weniger. Und das ist gut so.

Kassenärztliche
Vereinigung
Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



KV Hessen · Landesstelle · Postfach 15 02 04 · D-60062 Frankfurt/Main

Herrn
Jochen Klauenflügel
Bingertstr. 31
65191 Wiesbaden

Landesstelle

1. Vorsitzender

Georg-Voigt-Straße 15
D-60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04
D-60062 Frankfurt

Tel.: (0 69) 79 50 2-514
Fax: (0 69) 79 50 2-585
E-Mail: Hans-
Friedrich.Spies
@kvhessen.de

18. Oktober 2002

Unser Zeichen
Dr.Sp/ir

"bvvp-Magazin DMP Sonderheft"

Sehr geehrter Herr Klauenflügel,

mit großem Interesse habe ich Ihren Artikel zu den DMP-Programmen in Hessen und die Stellung der Psychotherapie bei diesen Programmen gelesen.

Sie weisen zurecht auf die Bedeutung der evidenzbasierten Medizin bei den Disease-Managementprogrammen hin. Auch Ihr Einwand, dass vermutlich etwa 40 % des ärztlichen Handelns ohnehin nicht evidenzbasiert ist, ist gerechtfertigt.

Dies heißt aber noch lange nicht, dass wir auf die evidenzbasierte Medizin bei der zukünftigen Definition von Disease-Managementprogrammen verzichten sollten. Die Konsequenz aus den Fehlern der Vergangenheit kann nur heißen, dass man auch auf der wissenschaftlichen Ebene versucht, die Fragen der Versorgungssituation besser und eindeutiger zu beantworten. Dies heißt, dass wir uns auf allen Versorgungsebenen um eine Evidenzbasierung unserer Arbeit in Zukunft bemühen müssen.

Diese Notwendigkeit ergibt sich auch noch aus einem weiteren Umstand. Bisher wird unser Gesundheitswesen allein von ökonomischen Vorgaben gesteuert. Insbesondere von unserer Seite wird immer wieder beklagt, dass medizinische Vorgaben nicht berücksichtigt werden. In den Disease-Managementprogrammen findet sich hierzu ein erster Ansatz. Dies bedeutet aber auch, dass die medizinischen Vorgaben in den Programmen die Honorarflüsse steuern werden. Es wird in Zukunft bei lupenreiner Umsetzung dieser Programme eben so sein, dass der Vertragsarzt über die GKV nur dann ein Honorar bekommt, wenn seine Leistungen über das Disease-Managementprogramm abgesichert sind.

Wir müssen in diesen Fällen auch davon ausgehen, dass es Kolleginnen und Kollegen geben wird, die auch diese Entscheidungen wieder vor die Sozialgerichte bringen. Insofern sind wir gezwungen, unsere medizinischen Vorgaben auch justiziabel zu begründen. Dies kann nicht ohne evidenzbasierte Medizin geschehen. Definitionen aus der Beliebbarkeit unseres Alltags heraus werden für solche Begründungen nicht ausreichen.

Ich darf dies in dieser Eindeutigkeit klarstellen, weil ich immer noch hoffe, dass die Psychotherapeuten evidenzbasierte Begründungen für ihre Leistungen abliefern können.

Ich bin
mit freundlichen Grüßen

Dr. H.-F. Spies



FÜR UNS GELESEN

DETIG-KOHLER, CHRISTINA: **Hautnah – im psychoanalytischen Dialog mit Hautkranken**

Auf dieses Buch hatte man lange gewartet, denn unter den zahlreichen Publikationen zur psychosomatischen Dermatologie sind psychoanalytische Falldarstellungen selten. Die Autorin hilft, die «Sprache der Haut» chronisch hautkranker Patienten zu verstehen und in Worte zu fassen, was diesen selbst nicht gelingt. Als Analytikerin fokussiert sie dabei auf die unbewussten Botschaften, die sich aus der Übertragungsbeziehung ergeben, einer Beziehung, die die Welt der inneren Objekte der Patienten abbildet. Es gelingt ihr, den Leser die einzelnen Schritte der therapeutischen Begegnung nachvollziehen zu lassen. Im ersten Teil fasst sie ältere und neueste theoretische Erklärungsmodelle zu Somatisierungsprozessen aus psychoanalytischer Sicht zusammen als Voraussetzung für die folgenden Reflexionen unter objektbeziehungs- und bindungstheoretischen Aspekten. Der Leser ist hier gefordert, mit Begriffen umzugehen, die im Alltag einer dermatologischen Praxis nicht geläufig sind, die die Autorin aber verständlich «übersetzt». Zur klinischen Relevanz dieser Modellvorstellungen hat sie aus ihrem ersten Buch Einzelfallstudien übernommen, bezieht sich aber auch da auf neueste Literatur. Was die Darstellung der analytischen Beratungssituationen so wertvoll macht, ist die minutiöse Beschreibung der – wie sie sagt – «sekundenschnellen» Wahrnehmungen, die in ihr ablaufen, wenn sie den Patienten zum erstenmal begegnet. In der Aufmerksamkeit für alle Gedanken, körperlichen Reaktionen und Emotionen gelingt es ihr, die Botschaften der Patienten zu entschlüsseln, in Worte zu fassen und dies dem Kranken zur Verfügung zu stellen. Auch der nicht analytisch vorerfahrene Leser kann die ungeheure Anstrengung ein Stück weit miterleben, die mit dieser Aufmerksamkeit verbunden ist. Er kann so «genau» hören, was denn nun ein Analytiker denkt und formuliert, um ein besseres Bild von der Analysesituation zu gewinnen. Frau Detig-Kohler hat aus mehrjäh-

rigen hochfrequenten Therapieverläufen das Wesentliche extrahiert, ohne dass der Eindruck von «Bruchstücken» entsteht. Mit tiefem empathischen Verständnis für die Kranken beschreibt sie deren seelischen Heilungsprozess. Wichtig sind ihr die Wechselprozesse zwischen Psyche und Soma, die sich in der Übertragungsbeziehung entfalten, das Verständnis für die Patienten in ihrem Umgang mit den inneren und äußeren Beziehungsfiguren im Hinblick auf ihre psychische Krankheitsverarbeitung, kurz: Was bedeutet die Erkrankung im inneren und äußeren Erleben für den Patienten?

DR. CHRISTA-MARIA HÖRING

DETIG-KOHLER, CHRISTINA (2002): *Hautnah – im psychoanalytischen Dialog mit Hautkranken*. Dießen: Psychosozial Verlag, 237 Seiten. 24,90 €

LE CARRÉ, JOHN: **Der ewige Gärtner**

«Ein brisantes und glänzendes Werk», schreibt die Süddeutsche Zeitung, «ein Stoff mit Sprengkraft, so aktuell wie riskant», meint der Spiegel. Ein Roman des Bestsellerautors («Der Spion, der aus der Kälte kam» begründete 1963 seinen Weltruhm), eigentlich ein Krimi, der sich mit Pharma-Multis und deren weltweiten, mitunter fragwürdigen Aktivitäten beschäftigt; spannend und gut zu lesen, aber auch erschütternd, wenn man im Nachwort des Autors liest, es sei ja nur ein Roman, «also werde ich mit etwas Glück nicht den Rest meines Lebens in Gerichtssälen oder Schlimmerem verbringen müssen, auch wenn man da heutzutage nie sicher sein kann. Aber eins kann ich mit Bestimmtheit sagen. Je tiefer ich in den pharmazeutischen Dschungel eindrang, desto klarer wurde mir, dass mein Roman, verglichen mit der Wirklichkeit, ungefähr so harmlos ist wie eine Urlaubspostkarte.» Dieses sich vorzustellen, fällt allerdings einigermaßen schwer. Lesen Sie Weiteres selbst und sorgen Sie dafür, dass viele andere dieses mutige Buch lesen!

DR. MED. URSULA STAHLBUSCH

LE CARRÉ, JOHN (2002): *Der ewige Gärtner*. München: List; ISBN 3-548-60229-0, 9,95 €

Drei Bücher zum Schwerpunkt, offenbar eine neue Art Literatur, die eine wichtige Funktion zu haben scheint: Unsere schnellelebige Zeit macht es uns schwer, wichtige Informationen wirklich aufzunehmen und zu verstehen; selbst schlimme Katastrophen nehmen wir nur noch flüchtig wahr, sie berühren uns nicht mehr wirklich und bestimmen damit auch nicht mehr unsere Haltung und unser Handeln. Auf diesem Hintergrund schreiben ganz junge Menschen Bücher über ihr individuelles persönliches Schicksal, das für ein Größeres, die Welt bestimmendes Geschehen steht. Sie bringen uns damit dieses Geschehen nahe, machen es begreifbar und erfahrbar und rufen uns auf, uns diesem Geschehen zu stellen.

LATIFA:

Das verbotene Gesicht

Eine junge Afghanin schildert ihre Erfahrungen, wie sie als sechzehnjährige mit Beginn der Taliban-Herrschaft in ein Leben im Dunkeln in ständiger Angst gezwungen wurde, ohne Schule, Freunde und alles, was einem jungen Mädchen wichtig ist, bis sie Monate vor der US-Invasion das Land verlassen konnte. Ein sehr berührendes Buch.

Latifa (2001), *Das verbotene Gesicht*. München-Zürich: Diana; ISBN 3-453-86373-9, 18 €

NAZER, MENDE/LEWIS, DAMIEN: **Sklavin**

Als zwölfjährige wird sie 1992 im sudanesischen Bürgerkrieg von Sklavenhändlern verschleppt und als Sklavin verkauft. Nach acht Jahren unsagbarer Qualen reicht man sie weiter an einen sudanesischen Diplomaten in London. Erst nach weiterem Leiden gelingt ihr im September 2000 die Flucht. Im Jahr 2002 droht ihr die Abschiebung, weil – so die britische Regierung – «der Tatbestand der Verfolgung nicht erfüllt ist». Nach einer E-Mail-Protestaktion will nun das britische Innenministerium seine Ablehnung des Asylgesuchs zurücknehmen. Vielleicht darf sie bleiben. Und die vielen anderen, weniger bekannten?

NAZER, MENDE/LEWIS, DAMIEN (2002): *Sklavin, München: Schneekluth; ISBN 3-7951-1801-8, 19,90 €*

KEITESI, CHINA:

Sie nahmen mir die Mutter und gaben mir ein Gewehr

Mit neun Jahren macht man sie zur Kindersoldatin in Uganda, mit 19 kann sie endlich fliehen. Nach schwersten Traumatisierungen lebt sie jetzt sechszwanzigjährig in Dänemark. Immer noch in Angst und verfolgt von den erlebten Schrecknissen setzt sie sich jetzt für das Los der mindestens 300.000 Kindersoldaten in der Welt ein: «Kein Kind soll erleben müssen, was ich erlebt habe».

DR. MED. URSULA STAHLBUSH
KEITESI, CHINA (2002): *Sie nahmen mir die Mutter und gaben mir ein Gewehr. München: Ullstein; ISBN 3-550-07556-1, 20 €*

STIFTUNG WARENTEST, BOPP ANNETTE/
HERBST VERA/PROF. DR. GLAESKE GERD
(ALS SCHLUSSGUTACHTER FÜR DIE ARZNEI-
MITTELBEWERTUNGEN)

Handbuch Selbstmedikation – Rezeptfreie Mittel – Für Sie bewertet

30 Experten mit Prof. Dr. Gerd Glaeske als Schlussgutachter (er ist Arzneimittel-Fachmann an der Universität Bremen und bekannt aus diversen Expertenrunden) haben versucht, eine Informationslücke für jene Patienten zu schließen, die die viel besungene Eigenverantwortung umsetzen, indem sie Bagatellerkrankungen auf eigene Faust und auf eigene Kosten angehen. Immerhin 4,3 Milliarden Euro geben die Bundesbürger im Jahr für rezeptfreie Arzneimittel aus für 40% aller in Apotheken verkauften Packungen.

Selbstbehandlung in diesem Ausmaß erfordert Wissen. Doch objektive Informationen zur Flut der angebotenen Medikamente gibt es kaum. Die Studie der Stiftung Warentest, in der die 1500 gängigsten Präpara-

te untersucht und bewertet wurden, war deshalb mehr als überfällig.

Gültige Bewertungskriterien zu finden erweist sich allerdings als problematisch: Die 4 Kategorien „geeignet“, „auch geeignet“, „mit Einschränkung geeignet“ und „weniger geeignet“ orientieren sich im wesentlichen an sogenannten kontrollierten Studien. Diese gibt es aber für altbewährte Hausmittel aus der Erfahrungsheilkunde nicht. So werden leider fast alle Mittel aus Omas Hausapotheke als „weniger geeignet“ deklariert, z.B. Lindenblütentee, Salbei, Thymian, Schachtelhalm und Kohle. Dieses Urteil wird wegen des Fehlens solcher Studien begründet mit „Wirkung nicht abschließend erwiesen“. Hier misst man mit einem Maß, das für diese Mittel nicht passt. Wie sollte eine solche Studie wohl aussehen für einen Hustentee? Mit Kontrollgruppe, doppelt-blind und vor allem mit „angemessenen Studien-Endpunkten“ (als Beispiel dafür wird genannt die Reduzierung der Sterblichkeit durch Senkung des zu hohen Blutdrucks!)? Und wer hätte wohl Interesse daran, solche Studien zu finanzieren? Ähnliches gilt für eine Reihe altbewährter Mittel von Cystinol gegen Blasenreizung bis zu Großmutter's Korodin-Tropfen. Auch Ginko (der Renner Tebonin!) kommt schlecht weg. Hier hat man das Kind mit dem Bad ausgeschüttet.

Trotzdem bietet das Buch viel Nützliches: Nach allgemeiner Informationen zum Umgang mit Krankheit und Arzneien, mit Hinweisen, wann ein Arztbesuch angezeigt ist, werden die gängigen Arzneien geordnet nach Organsystemen und Indikationen aufgeführt. Es gibt Informationen zum Beschwerdebild der Krankheiten und wie ihnen vorgebeugt werden kann. Neben- und Wechselwirkungen werden angesprochen, auf mögliche Allergisierung wird hingewiesen. Auch Hinweise für die Anwendung bei Kindern und alten Menschen und in der Schwangerschaft fehlen nicht.

Sehr dankenswert ist die negative Bewertung von Kombinationspräparaten, die nicht mehr bringen als eine Einzelsubstanz, bei denen sich jedoch Risiken addieren können oder, wie beim häufigen Zusatz von Coffe-

in, das Missbrauchspotential erhöht wird. Das trifft auch Marktführer wie Tolgal oder Thomapyrin. Dass Letzteres kürzlich peinlicherweise von der Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft DMKG als Mittel der Wahl bei Spannungskopfschmerz und Migräne empfohlen wurde, veranlasste Herrn Glaeske a. a. O. zu dem Kommentar: „Manche Fachgesellschaft sollten sich fragen, ob sie eine Nähe zur Pharmaindustrie hat, die nicht gut tut“. – Das Buch erklärt den Entzugskopfschmerz und weist auf die durch exzessiven Gebrauch von Schmerzmitteln gegebene Gefahr schwere Leber- und Nierenschäden hin (ca. 500 neue Dialysepatienten jährlich in Verbindung mit Schmerzmittelkombinationen soll es geben).

Im Anhang gibt es noch eine Preisübersicht für die gängigsten Generika. Wer es noch nicht weiß: Preisunterschiede bis zum Vierfachen für die gleiche Substanz sind keine Seltenheit.

Insgesamt bringt das Buch viel Wissenswertes und Nützliches für den mitdenkenden und kritisch wertenden Leser. Vielleicht kann man in einer weiteren Auflage noch mehr differenzieren und altbewährten Hausmitteln den ihnen gebührenden Platz einräumen.

DR. MED. URSULA STAHLBUSH
STIFTUNG WARENTEST, BERLIN (2002):
511 Seiten, ISBN 3-931908-27-5, 34 €

Nachtrag:

Im letzten Heft «Ein DMP der anderen Art» haben wir leider die Konto-Nummer für Spenden für die Kinderhilfe Afghanistan vergessen: Wer spenden möchte: Kinderhilfe Afghanistan, Ligabank Regensburg, BLZ 75093000, Kto. Nr. 132 5000

NEUERSCHEINUNGEN

Antipsychiatrieverlag

PETER LEHMANN (Hg.): *Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquillizern*. ISBN 3-925931-27-9, Berlin: 2., aktualisierte und völlig neu bearbeitete Auflage 2002, Kartoniert, 376 S., 15 x 21 cm, 19,00 €/sFr 32,30, Best.Nr. 370

Auditorium Netzwerk

DALAI LAMA: *Die Kraft des Mitgefühls* (tibet./dt.), KC02-Sa1; 1 Audio ca. 90 Min. 11,00 €

DALAI LAMA: *Die Kraft des Mitgefühls* (tibet./dt.), KC02-Sa1V; 1 Video ca. 90 Min. 20,00 €

KRISHNAMURTI, JIDDHU: Band 1: *Warum ist die Welt so ein Chaos?* (1980, s/w, engl./dt.), 1 Video ca. 90 Min. 18,00 €

KRISHNAMURTI, JIDDHU: Band 2: *Die Bewegung des Denkens und Werdens* (1980, s/w, engl./dt.), 1 Video ca. 90 Min. 18,00 €

KRISHNAMURTI, JIDDHU: Band 3: *Handeln, das immer richtig ist* (1980, s/w, engl./dt.), 1 Video ca. 90 Min. 18,00 €

KRISHNAMURTI, JIDDHU: Band 4: *Die Konditionierung durchbrechen* (1980, s/w, engl./dt.), 1 Video ca. 90 Min. 18,00 €

KRISHNAMURTI, JIDDHU: Band 5: *Die Beziehung zwischen Wunsch, Wille und Liebe* (1980, s/w, engl./dt.), 1 Video ca. 90 Min. 18,00 €

KRISHNAMURTI, JIDDHU: Band 6: *Am Ende des Leids stehen Liebe und Mitgefühl* (1980, s/w, engl./dt.), 1 Video ca. 90 Min. 18,00 €

KRISHNAMURTI, JIDDHU: Band 7: *Gibt es überhaupt etwas Heiliges im Leben?* (1980, s/w, engl./dt.), 1 Video ca. 90 Min. 18,00 €

NHAT HANH, THICH: *Frei sein von Angst*; 1311; 2 Audio ca. 150 Min. 19,00 €

NHAT HANH, THICH: *Frei sein von Angst*; 393V; 1 Video ca. 150 Min. 26,00 €

SHORE, ALLAN: *Bindung, Rechtshirn und Lebensbewältigung*; KHM02-1V; 1 Video ca. 90 Min. 18,00 €

ROTH, GERHARD: *Selbst und Identität aus neurobiologischer Sicht*; 325V; 1 Video ca. 50 Min. 20,00 €

ROTH, GERHARD: *Das verknüpfte Gehirn. Bau und Leistung neurobiologischer Netzwerke*; 339V; 3; Video ca. 450 Min. 72,00 €

SCHMIDT, GUNTHER: *Das Integrationsmodell von hypnotherapeutischen Ansätzen in systemische Konzepte*. Fortbildung

SCHMIDT, GUNTHER, Teil 1: *Einführung und Überblick*; 319V; 3; Video 646 Min. 70,00 €

SCHMIDT, GUNTHER, Teil 2: *Methoden der Aufmerksamkeitsfokussierung; Zielentwicklung im therapeutischen Prozess und Interventionen; Fragetechniken zur Lösungsförderung; Hypothesenbildung; Metakommunikation; Übungen*; 355V; 3; Video 532 Min. 70,00 €

SCHMIDT, GUNTHER, Teil 3: *Kommunikationstechniken indirekter Tranceinduktion für unterschiedliche Anwendungsbereiche im systemischen Arbeiten; unterschiedliche Anwendungsbereiche im systemischen Arbeiten; Einstreutechniken; Übungen*; 356V; 3; Video 574 Min. 70,00 €

SCHMIDT, GUNTHER, Teil 4: *Überschneidung systemischer Konzepte mit philosophisch-spirituellen Ansätzen/Arbeit mit Metaphern und Symbolisierungen*; 396V; 1 Video 190 Min. 30,00 €

KERNBERG, OTTO: *Psychodynamische Psychotherapie von Borderline-Störungen*; 1100; 5; Audio 303 Min. 46,00 €

ROHDE-DACHSER, CHRISTA: *Grundlagen der psychoanalytischen Krankheitslehre*; 1198; 10; Audio 900 Min. 107,50 €

GRUEN, ARNO: *Das innere Opfer und die Bedrohung der Demokratie*; WCP02-K0; 1 Audio 45 Min. 10,00 €

GRUEN, ARNO: *Das innere Opfer und die Bedrohung der Demokratie*; 375V; 1 Video 45 Min. 18,00 €

GRUEN, ARNO: *Gehorsam, Mitgefühl, Identität*; WCP02-B414; 1 Audio 59 Min. 10,00 €

GRUEN, ARNO: *Gehorsam, Mitgefühl, Identität*; 366V; 1 Video 59 Min. 18,00 €

STEFFENSKY, FULBERT: *Ganzheit im Fragment – Heilung und Heil in unserer Zeit*; 1346; 1 Audio 60 Min. 11,00 €

Brandes und Apffel

MICHEAL WOLF: *Frauen und Männer in Organisationen und Leitungsfunktionen. Unbewusste Prozesse und die Dynamik von Macht und Geschlecht*. Frankfurt a. M.: 2002, ISBN 3-86099-308-9, 17,90 €

MERTENS, ERIKA: *Psychoanalyse der Lese-Rechtsschreibschwäche. Behandlung und Theorie der Legasthenie*. Frankfurt a. M.: 2002, Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. 264 S., Hardcover, ISBN 3-86099-763-7, 29,00 €

Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (AKJP). Zeitschrift für Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendlichen-Psychoanalyse und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie: Unruhe Kinder und Jugendliche und Literatur. Heft 117 (1/2003), Frankfurt a. M.: 2003, ISBN 3-86099-837-4, 13,00 €

Selbstpsychologie. Europäische Zeitschrift für psychoanalytische Therapie und Forschung: Weiblichkeit und Männlichkeit im therapeutischen Prozess. Heft 11 (1/2003), Frankfurt a. M.: 2003, ISBN 3-86099-911-7, 13,00 €

Carl Auer Systeme Verlag

PRIOR, MANFRED: *MiniMax-Interventionen. 15 minimale Interventionen mit maximaler Wirkung, mit 16 Zeichnungen und Kommentaren von Dieter Tan-*

gen. ISBN 3-89670-401-x, Ebr, 2. korr. Aufl. 2002, 98 S., 9,95 €

MÜLLER, GABRIELE; KAY HOFFMAN: *Systemisches Coaching. Handbuch für die Beraterpraxis*. ISBN 3-89670-270-x, Gb, 2002, 252 S., 25,90 €

KLEIN, RUDOLF: *Berauschte Sehnsucht. Zur ambulanten systemischen Therapie süchtigen Trinkens*. ISBN 3-89670-271-8, Kt, 2002, 356 S., 24,90 €

HOLMAN, PEGGY; TOM DEVANE (Hrsg.): *Change Handbook. Zukunftsorientierte Großgruppen-Methode*. ISBN 3-89670-291-2, 37 Abb., Kt, 2002, 289 S., 57,50 €

SIMON, FRITZ B. (Hrsg.): *Die Familie des Familienunternehmens. Ein System zwischen Gefühl und Geschäft*. ISBN 3-89670-293-9, 14 Abb., Gb, 2002, 383 S., 34,90 €

FRANKE, URSULA: *Wenn ich die Augen schließe, kann ich dich sehen. Familien-Stellen in der Einzeltherapie und -beratung. Ein Handbuch für die Praxis*. ISBN 3-89670-289-0, Kt, 2002, 175 S., 19,90 €

HELLINGER, BERT: *Der Austausch. Fortbildung für Familien-Steller*. ISBN 3-89670-394-3, 141 Abb., Gb/SU, 2002, 227 S., 22,90 €

CONEN, MARIE-LUISE (Hrsg.): *Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie*. ISBN 3-89670-299-8, Kt, 2002, 238 S., 24,90 €

WELTER-ENDERLIN, ROSMARIE; BRUNO HILDENBRAND (Hrsg.): *Rituale – Vielfalt in Alltag und Therapie*. ISBN 3-89670-290-4, 11 Abb., Kt, 2002, 255 S., 25,90 €

HALEY, JAY: *Die Jesus-Strategie. Die Macht der Ohnmächtigen*. ISBN 3-89670-294-7, Kt, 2002, 142 S., 17,50 €

GREVE, NILS; THOMAS KELLER (Hrsg.): *Systemische Praxis in der Psychiatrie*. Mit einem aktuellen Vorwort von Helm Stierlin. ISBN 3-89670-273-4, Kt, 2002, 336 S., 27,90 €

YAPKO, MICHAEL D.: *S.O.S. Depression. Schnelle und wirksame Hilfe für Betroffene*. 70 Fragen und Antworten. ISBN 3-89670-272-6, Ebr, 2002, 116 S., 9,95 €

RITSCHER, WOLF: *Systemische Modelle für die Soziale Arbeit. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis*. ISBN 3-89670-225-4, Gb, 2002, 381 S., 39,90 €

LUHMANN, NIKLAS; BAECKER, DIRK (Hg.): *Einführung in die Systemtheorie*. ISBN 3-89670-292-0, 9 Abb., Kt, 2002, 347 S., 24,90 €

MATURANA, HUMBERTO R.; PÖRKSEN, BERNHARD: *Vom Sein zum Tun. Die Ursprünge der Biologie des Erkennens*. ISBN 3-89670-288-2, 15 Abb., Kt, 2002, 223 S., 19,90 €

STEINRIEDE, RÜDIGER: *Medizinische Hypnose bei Tinnitus und Hörsturz*. ISBN 3-89670-236-X, 26 Abb., Buch mit CD-ROM, 2002, 248 S., 44,00 €

KRIEG, PETER; WATZLAWICK, PAUL (Hrsg.): *Das Auge des Betrachters. Beiträge zum Konstruktivismus*. ISBN 3-89670-238-6, 14 Abb., Kt, 2002, 278 S., 22,00 €

BAECKER, DIRK; KRIEG, PETER; SIMON, FRITZ B. (Hrsg.): *Terror im System. Der 11. September 2001 und die Folgen*. ISBN 3-89670-279-3, Kt, 2002, 241 S., 24,90 €

BAXA, GUNI-LEILA; ESSEN, CHRISTINE; KRESZMEIER, ASTRID HABIBA (Hg.): *Verkörperungen. Systemische Aufstellung, Körperarbeit und Ritual*. ISBN 3-89670-239-4, 22 Abb., Kt, 2002, 277 S., 24,90 €

Edition Diskord

EGGEBRECHT, FRANK; PEHL THOMAS (Hg.): *Chaos und Beziehung. Spielweisen und Begegnungsräume von Sozialtherapie, Psychotherapie und Beratung*. ISBN 3-89295-717-7, Tübingen: 2002, 250 S., Broschur, 18,00 €

GREVE, GISELA (Hg.): *Sophokles. Antigone. Beiträge von Jens, Walter, Heinrich, Klaus; Beland, Heinrich; Böhme, Hartmut*. ISBN 3-89295-718-5, Tübingen: 2002, 128 S., Broschur, 12,50 €

HAU, STEPHAN; LEUSCHNER, WOLFGANG; DESERNO, HEINRICH (Hg.): *Traum-Expeditionen. Psychoanalytische Beiträge aus dem Sigmund-Freud-Institut* Bd. 8. ISBN 3-89295-719-3, Tübingen: 2002, 316 S., Broschur, 28,00 €

KLOOCKE, RUTH: *Mosche Wulff. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Russland und Israel*. ISBN 3-89295-725-8, Tübingen: 2002, 253 S., gebunden, 25,00 €

MICHEL, ANDRÉ; MÜLLER, PETER; PERNER, ACHIM; RATH, CLAUDIA-DIETER (Hg.): *Jahrbuch für Klinische Psychoanalyse*, Band 4: Übertragung. ISBN 3-89295-720-7, Tübingen: 2002, 304 S., gebunden, 28,00 €

SCHWEIZER CHARTA FÜR PSYCHOTHERAPIE; FORTBILDUNGS-AUSSCHUSS (Hg.): *Mann oder Frau? Wie bestimmend ist das Geschlecht in der psychotherapeutischen Interaktion?* ISBN 3-89295-721-5, Tübingen: 2002, 123 S., Broschur, 11,00 €

WEISS, HEINZ; FRANK, CLAUDIA (Hg.): *Pathologische Persönlichkeitsorganisationen als Abwehr psychischer Veränderung*. ISBN 3-89295-722-3, Tübingen: 2002, 160 S., Broschur, 16,00 €

LUFER-AMOR. *Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse*, Heft 29: Daseinsanalyse. 15. Jg., Heft 29, Tübingen: 2002

LUFER-AMOR. *Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse*, Heft 30: Winnicott. 15. Jg., Heft 30, Tübingen: 2002

Frommann-Holzboog

BELAND, H.; BERNER, W.; EICKHOFF, F.-W.; DE FOLCH, T. ESKELINEN; GRUBBRICH-SIMITIS, I.; KÜCHENBUCH, A.; KUIPER, P.; EGLE-LAUFER, M.; PARIN, P.; RICHTER, H.-E.; WURMSER, L.; FRANK, CLAUDIA; HERMANN, LUDGER M.; HINZ, HELMUT (Hg.): *Jahrbuch der Psychoanalyse. Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte*. Band 45. ISBN 3-7728-2045-X, Stuttgart-Bad Cannstatt: 2002, 246 S., 13 Abb., Br, 50,00 € [D]

GwG-Verlag

Zeitschriften

Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung (GPB), *Organ der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie*, Schwerpunktthemen 2002:

Heft 1/02: *Gesprächspsychotherapie*

Heft 2/02: *Personal- und Organisationsentwicklung*

Heft 3/02: *100. Geburtstag von Carl Rogers*

Heft 4/02: *Personenzentrierter Ansatz und Erziehung*
ISSN 0932-934-X, jährlicher Bezugspreis 31 € (4 Ausgaben), Einzelpreis 7,75 €; gwg@gwg-ev.de, <http://www.gwg-ev.org>

Hogrefe-Verlag

SCHWARZER, RALF; JERUSALEM, MATTHIAS; WEBER, HANNELORE (Hg.): *Gesundheitspsychologie von A-Z*. Göttingen: 2002, ISBN 3-8017-1209-5, XVII/673 S., 49,95 €

LAMMERT, CHRISTIANE; CRAMER, ELISABETH; PINGEN-RAINER, GISELA; SCHULZ, JUTTA; NEUMANN, ANITA; BECKERS, URSULA; SIEBERT, SYBILLE; DEWALD, AXEL; CIERPKA, MANFRED: *Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. Ein Praxishandbuch*. ISBN 3-8017-1645-7, Göttingen: 2002, 260 Seiten, 34,95 €

JOORMANN, JUTTA; UNNEWEHR, SUZAN: *Behandlung der Sozialen Phobie bei Kindern und Jugendlichen*. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm (Therapeutische Praxis). ISBN 3-8017-1640-6, Göttingen: 2002, 99 S., 26,95 €

KLINCK, DOROTHEA: *Computergestützte Diagnostik. Beeinflusst das Medium der Testbearbeitung die Testcharakteristika, die Testfairness oder das Erleben der Testsituation?* ISBN 3-8017-1699-6, Göttingen: 2002, 234 S., 39,95 €

SACHSE, RAINER: *Klärungsorientierte Psychotherapie*. ISBN 3-8017-1643-0, Göttingen: 2003, 402 S., 29,95 €

HOFMANN, EBERHARDT: *Progressive Muskelentspannung – Ein Trainingsprogramm*. (Reihe: Therapeutische Praxis). ISBN 3-8017-1639-2, Göttingen: 2., korrigierte und ergänzte Auflage 2003, 102 S., 24,95 €

TUSCHEN-CAFFIER, BRUNNA; FLORIN, IRMELA: *Teufelskreis Bulimie. Ein Manual zur psychologischen Therapie* (Reihe: Therapeutische Praxis). ISBN 3-8017-1666-X, Göttingen: 2002, 79 S., 24,95 €

GRIMM, HANNELORE: *Störungen der Sprachentwicklung. Grundlagen – Ursachen – Diagnose – Intervention – Prävention*. ISBN 3-8017-1673-2, Göttingen: 2., überarbeitete Auflage 2003. 276 S., 32,95 €

VON GONTARD, ALEXANDER; LEHMKUHL, GERD: *Enuresis* (Reihe: Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 4). ISBN 3-8017-1371-7, Göttingen: 2002, XII/173 S., 22,95 € (Im Reihenabonnement 17,95 €)

JUNGNITSCH, GEORG: *Rheumatische Erkrankungen* (Reihe: Fortschritte der Psychotherapie, Band 18). ISBN 3-8017-1161-7, Göttingen: 2003, 111 S., 19,95 € (Im Reihenabonnement 15,95 €)

FRANKE, ALEXA; KÄMMERER, ANNETTE (Hg.): *Klinische Psychologie der Frau. Ein Lehrbuch*. ISBN 3-8017-1333-4, Göttingen: 2001, 778 S., 49,95 €

Klett-Cotta

LUDEWIG, KURT: *Leitmotive systemischer Therapie*. Stuttgart: 2002. 255 S., Gb, [D] 27,50 €

RAUCHFLEISCH, UDO; FOSSARD, JACQUELINE; WASER, GOTTFRIED; WIESENDANGER, KURT; ROTH, WOLFGANG: *Gleich und doch anders. Psychotherapie und Beratung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und ihren Angehörigen*. Stuttgart: 2002. 245 S., Gb, [D] 27,50 €

KÖNIG, KARL: *Fallstricke in der psychoanalytischen Praxis*. Stuttgart: 2002. 210 S., Gb, [D] 27,50 €

LANGMAACK, BARBARA: *Ruhestand. Annehmen – Gestalten – Leben*. 185 S., Kt, [D] 19,00 €

MORTON, IAN: *Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz*. Stuttgart: 2002. 246 S., Kt, [D] 24,00 €

HERMELIN, BEATE: *Rätselhafte Begabungen. Eine Entdeckungsreise in die faszinierende Welt außerge-*

wöhnlicher Autisten. Stuttgart: 2002. 239 S., 17 teils farbige Abb., Gb, [D] 19,00 €

Peter Lang Verlag

PLATZ, MICHAEL: *Psychopathologie und Neuropsychologie bei Kleinhirnerkrankungen. Mit einem Beitrag zur Anatomie und Neurophysiologie intracerebellärer- und cerebello-cerebraler Verbindungen*. 2002, 228 S., zahlr. Abb. und Tab. Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie. Bd. 651. ISBN 3-631-31159-1 br., 35,30 €

RASS, EVA: *Kindliches Erleben bei Wahrnehmungsproblemen. Möglichkeiten einer selbstpsychologisch ausgerichteten Pädagogik und Psychotherapie bei sublimen und unerkannten Schwächen in der sensorischen Integration*. 2002, IV, 248 S., zahlr. Abb. und Tab. Erziehungskonzeptionen und Praxis. Bd. 51. Herausgegeben von Gerd-Bodo Reiner. ISBN 3-631-38813-6 br., 40,40 €

SCHUMACHER, JÖRG: *Perzipiertes elterliches Erziehungsverhalten. Konzeptualisierung, diagnostische Erfassung und psychologische Relevanz im Erwachsenenalter*. 2002, 283 S., zahlr. Tab. ISBN 3-631-39512-4 br., 39,80 €

LEGENBAUER, TANJA: *Was löst einen Essanfall aus?* 2003, 315 S., zahlr. Tab. und Graf. Europäische Hochschulschriften: Reihe 6, Psychologie. Bd. 702. ISBN 3-631-39783-6 br., 50,10 €

BAUER, ANNEMARIE; GRÖNING, KATHARINA; GROHSCHULZ, MECHTHILD (Hrsg.): *Psychoanalytische Perspektiven. Ein Lesebuch*. Wolfgang Schmidbauer als Festschrift zum 60. Geburtstag. Gewidmet von den Autorinnen, Autoren und Herausgeberinnen. 2002, 377 S., 1 Abb., 2 Graf. ISBN 3-631-39118-8 br., 45,50 €

WOLF, MANFRED: *Oral Health Locus of Control. Eine sozialpsychologisch-epidemiologische Untersuchung gesundheitlichen Handelns unter besonderer Berücksichtigung alternativ-medizinischer Heilmethoden*. 2002, 395 S., zahlr. Abb. und Tab. Beiträge zur Sozialpsychologie. Bd. 3. Herausgegeben von Helmut E. Lück und Rudolf Miller. ISBN 3-631-37879-3 br., 50,10 €

HOBRÜCKER, BERNARD: *Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik. Verhaltensvereinbarung als Behandlungselement*. 2002, 189 S., zahlr. Abb. und Tab. ISBN 3-631-39673-2 br., 35,30 €

Pfeiffer bei Klett-Cotta

GLIER, BARBARA: *Chronischen Schmerz bewältigen. Verhaltenstherapeutische Schmerzbehandlung* (LL 153). Stuttgart: 2002. 216 S., Br, [D] 20,00 €

HEISTERKAMP, GÜNTER: *Basales Verstehen. Handlungsdialoge in Psychotherapie und Psychoanalyse* (LL 154). Stuttgart 2002. 270 S., Br, [D] 22,00 €

SCHOLZ, WOLF-ULRICH: *Neuere Strömungen und Ansätze in der Kognitiven Verhaltenstherapie. Konzepte – Methoden – Beispiele* (LL 156). Stuttgart: 2002. 366 S., Br, [D] 25,00 €

Psychosozial-Verlag

LOCKOT, REGINE: *Erinnern und Durcharbeiten. Zur Geschichte der Psychoanalyse und Psychotherapie im Nationalsozialismus*. Gießen: 2003, 390 S., Broschur, 29,90 € [D]

- TRAUTMANN-VOIGT, SABINE; VOIGT, BERND (Hg.): *Verspielt-heit als Entwicklungschance. Zur Bedeutung von Bewegung und Raum in der Psychotherapie*. Gießen: 2002, 287 S., Broschur, 24,90 € [D]
- PETERS, MEINOLF; KIPP, JOHANNES (Hg.): *Zwischen Abschied und Neubeginn. Entwicklungskrisen im Alter*. Gießen: 2002, 279 S., Broschur, 19,90 € [D]
- SCHÜLEIN, JOHANN AUGUST: *Die Geburt der Eltern*. Gießen: 2002, 359 S., Broschur, 24,90 € [D]
- STEINHARDT, KORNELIA; DATLER, WILFRIED; GSTACH, JOHANNES (Hg.): *Die Bedeutung des Vaters in der frühen Kindheit*. Gießen: 2002, 208 S., Broschur, 19,90 € [D]
- SANDLER, JOSEPH; HOLDER, ALEX; DARE, CHRISTOPHER; DREHER, ANNA URSULA (Hg.): *Freuds Modelle der Seele. Mit einem Vorwort von Robert S. Wallerstein*. Gießen: 2003, ca. 200 S., Broschur, 36,00 € [D]
- KIESLING, BARBARA: *„...einfach weg aus meinem Leben.“ Eine qualitative Studie über Frauen, die ihren Partner getötet haben*. Gießen: 2002, 500 S., Broschur, 29,90 € [D]
- BARTSCH, SUSANNE; DOHNKE, HELMUT; FALCK, HANNS-RICHARD; KAUFFELS, WOLFGANG; NEISES, MECHTILD; SCHMIDT-OTT, GERHARD; SCHWERTFEGER, JULIA; WALTER, HARALD: *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*. Gießen: 2003, ca. 280 S., Broschur, 36,00 € [D]
- Zeitschriften:
- FELLMANN, THOMAS; GEISSLER, PETER; GEUTER, ULFRIED; PELLEGRINI, ELISABETH; PIEBER-LAAHA, GERLINDE (Hg.): *Psychoanalyse und Körper*. Heft 1. Gießen: 2002, 140 S., Broschur, 14,90 € [D]
- BUNDESVERBAND PSYCHOANALYTISCHE PAAR- UND FAMILIENTHERAPIE (BvPPF) (Hg.): *Psychoanalytische Familientherapie Väter. Zeitschrift für Paar-, Familien- und Sozialtherapie*. Heft 2. Gießen: 2002, 122 S., Broschur, 14,90 € [D]

Reichert-Verlag

- MOREAU, DOROTHEE VON; WÖFL, ANDREAS: *Zur Idee des therapeutischen Nachnährens – was kann Musiktherapie leisten?* Beiträge der 10. Musiktherapie-Tagung des freien musikzentrum münchen e.V., Wiesbaden: 2002. 24 x 17 cm, 112 S., kart., 15,00 €, (3-89500-295-X)
- FROHNE-HAGEMANN, ISABELLE: *Fenster zur Musiktherapie. Musiktherapie-theorie 1976–2001*, Wiesbaden: 2001. 24 x 17 cm, 328 S., kart., 24,80 €, (3-89500-255-0)
- LEIDECKER, KLAUS: *Musik als Begegnung. Schöpferisches Handeln zwischen Pädagogik und Therapie*, Wiesbaden: 2002. 24 x 17 cm, 164 S., kart., 18,00 €, (3-89500-256-9)
- STROBEL, WOLFGANG: *Reader Musiktherapie. Klanggeleitete Trance, musiktherapeutische Fallsupervision und andere Beiträge*, Wiesbaden: 1999. 24 x 17 cm, 240 S., 1 s/w-Abbildung, 9 Zeichnungen, kart., 18,00 €, (3-89500-135-X)

Springer

- HOYER, JÜRGEN; MARGRAF, JÜRGEN (Hg.): *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren*. Heidelberg Berlin New York: 2003. Etwa 600 S., Geb., ISBN 3-540-43482-8, 44,95 €
- BERTH, HENDRIK; BALCK, JÜRGEN (Hg.): *Psychologische Tests für Mediziner*. Heidelberg Berlin New York: 2003. 340 S., Br., ISBN 3-540-43503-4, 34,95 €
- KARNATH, HANS-OTTO; THIER, PETER (Hg.): *Neuropsychologie*. Heidelberg Berlin New York: 2003. 340 S.,

- 799 S., 268 Abbildungen, Geb., ISBN 3-540-67359-8, 49,95 €
- BIRBAUMER, NIELS; SCHMIDT, ROBERT F.: *Biologische Psychologie*, 5. Auflage. Heidelberg Berlin New York: 2003. 786 S., 522 Abbildungen, Geb., ISBN 3-540-43480-1, 54,95 €
- MÖLLER, HANS-JÜRGEN; KAPFFHAMMER, ; LAUX (Hg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*, 2. Auflage. Heidelberg Berlin New York: 2003. 1885 S., 369 Abbildungen, Geb., ISBN 3-540-43783-5, Vorbestellpreis 144,95 €, ab 01.03.2002: 169,95 €
- REIMER, CHRISTIAN; RÜGER, ULRICH: *Psychodynamische Psychotherapien*, 2. Auflage. Heidelberg Berlin New York: 2003. Etwa 440 S., 30 Abbildungen, Geb., ISBN 3-540-00055-0, 49,95 €

Vandenhoeck und Ruprecht

- HAGEMANN, WOLFGANG: *Nach der Krebsdiagnose. Systemische Hilfen für Betroffene, ihre Angehörigen und Helfer*. Mit Beiträgen von Klaus Wehle und Gabriele Enders. Göttingen: 2002, 160 S., 44 Fotos, aufgenommen von Anne E. Stärk, kartoniert, 14,90 €
- MENTZOS, STAVROS; MÜNCH, ALOIS (Hg.): *Psychose und Sucht*. Göttingen: 2002 (Forum der psychoanalytischen Psychotherapie. Schriftenreihe des Frankfurter Psychoseprojekts e.V. (FFP), Band 8), 112 S., eine Abbildung, kartoniert, 14,90 €
- OMER, HAIM; VON SCHLIPPE, ARIST: *Autorität ohne Gewalt. Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen*. „Elterliche Präsenz“ als systemisches Konzept. Mit einem Vorwort von Reinmar du Bois. Göttingen: 2002 (Sammlung Vandenhoeck), 214 S., Paperback, 19,90 €
- BRUNS, TIMON; PRAUN, NINA: *Biofeedback. Ein Handbuch für die therapeutische Praxis*. Göttingen: 2002, 189 S., 32 Abbildungen und 15 Tabellen, kartoniert, 29,90 €
- LEMPA, GÜNTER; TROJE, ELISABETH (Hg.): *Gesellschaft und Psychose*. Göttingen: 2002 (Forum der psychoanalytischen Psychotherapie. Schriftenreihe des Frankfurter Psychoseprojekts e. V. (FFP), Band 7), 102 S., eine Abbildung, kartoniert, 14,90 €
- HEIGL-EVERS, ANNELEISE; HELAS, IRENE; VOLLMER, HEINZ C.; BÜCHNER, UWE (Hg.): *Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie*. Göttingen: 2002, 158 S., 8 Abbildungen, kartoniert, 17,90 €
- S., ULRIKE; CROMBACH, GERHARD; REINECKER, HANS: *Hilfreiche Briefe an Zwangskranke*. Göttingen: 2001 (Sammlung Vandenhoeck), 178 S., Paperback, 14,90 €
- LEHMKUHL, GERD (Hg.): *Theorie und Praxis individualpsychologischer Gruppenpsychotherapie*. Göttingen: 2001, 439 S., kartoniert, 39,00 €
- ÖZKAN, İBRAHİM; STRECK-FISCHER, ANNETTE; SACHSE, ULRICH (Hg.): *Trauma und Gesellschaft. Vergangenheit in der Gegenwart*. Göttingen: 2002, 252 S., 2 Abbildungen und 5 Tabellen, kartoniert, 25,00 €

Verlag Hans Huber

- DÖRNER, DIETRICH: *Die Mechanik des Seelenwagens. Eine neuronale Theorie der Handlungsregulation*. Bern: 2002, 381 S., 102 Abb., 20 Tab., Kt, 49,95 € [D]
- FAHRENBERG, JOCHEN: *Psychologische Interpretation. Biographien – Texte – Tests*. Bern: 2002, 441 S., 13 Abb., 1 Tab., Kt, 49,95 € [D]

- HELL, DANIEL: *Seelenhunger. Der fühlende Mensch und die Wissenschaften vom Leben*. Bern: 2002, 278 S., 8 Abb., Kt, 22,95 € [D]
- NÖLKE, EBERHARD; WILLIS, MARYLIN: *Klientenzentrierte Kunsttherapie in institutionalisierten Praxisfeldern*. Bern: 2002, 141 S., 30 4-farbigen Abb., Kt, 24,95 € [D]
- RESCH, MARTIN: *Analyse psychischer Belastungen. Verfahren und ihre Anwendungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz*. Bern: 2002, 208 S., 10 Abb., 14 Tab., Kt, 24,95 € [D]
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION – WHO: *Lexikon zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen. Begriffe der Psychiatrie und der seelischen Gesundheit, insbesondere auch des Missbrauchs psychotroper Substanzen*. Bern: 2002, 189 S., Gb, 29,95 € [D]

verlag modernes lernen

- TRAPMANN, HILDE; ROTTHAUS, WILHELM: *Auffälliges Verhalten im Kindesalter. Handbuch für Eltern und Erzieher*, Band 1. Dortmund: 10., völlig neu bearb. Aufl. 2003, 352 S., fester Einband, 17,50 €
- KROWATSCHEK, DIETER: *ADS und ADHS? Diagnose und Training. Materialien für Schule und Therapie*. Dortmund: 2003, 308 S., farbige Abbildungen, im Ordner, 40,00 €
- MAUR-LAMBERT, SABINE; LANDGRAF, ANDREA; OEHLER, KLAUS-ULRICH: *Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern*. Dortmund: 2003, 176 S., Ringbindung, 29,80 €
- HARGENS, JÜRGEN: *Kinder, Kinder...oder: wer erzieht wen und wie? Gedanken, Erfahrungen, Ideen eines Vaters*. Dortmund: 2002, 80 S., fester Einband, 9,60 €
- GOLDSTEIN, NICOLE: *Hyperaktiv? Na und? Yoga-Übungen für überaktive Kinder. Mit «Emil Erdnackel» ins wunderbare Land der Entspannung*. Dortmund: 2003, 180 S., durchgehend illustriert, 70 S. Kopiervorlagen, im Ordner, 31,00 €
- MOLTER, HAJA; HARGENS, JÜRGEN: *Ich? Du? Wir? Und wer sonst noch dazugehört. Systemisches Arbeiten mit und in Gruppen*. Dortmund: 2002, 232 S., br, 17,90 €
- KUHN, ECKHARD W.: *Krisenkompetenz. Kreative Lösungen in der Psychotherapie*. 2002, 276 S., br, 22,50 €
- JONES, ELSA; ASEN EIA: *Wenn Paare leiden. Wege aus der Depressionsfalle. Therapeutische Forschung und Praxis*. Dortmund: 2002, 152 S., br, 17,90 €

REGIONALVERBÄNDE DES BVVP

BVVP-Bayern, RV Bayern

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

VVP-Berlin, RV Berlin

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

RV Brandenburg

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

vvph, RV Hamburg

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

VHVP, RV Hessen

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

AGVK, RV Koblenz

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

RV Mecklenburg-Vorpommern

Gautzsch, Dr. med. Siegmund
Belliner Str. 21, 17373 Ueckermünde

Tel.: 039771-24324, Fax: 039771-24324
E-Mail: bvvpmv@onlinehome.de

VVPNds, RV Niedersachsen

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

VVPN, RV Nordbaden

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

RVN, RV Nordrhein

Löber-Kraemer, Birgit
Bonner Talweg 227, 53129 Bonn
Tel.: 0228-223478, Fax: 0228-223479
E-Mail: Loeber-Kraemer@t-online.de
RVN – c/o Büroservice Schumacher, Elke
Charles-Wimar-Str. 57, 53123 Bonn
Tel.: 0228-9180244, Fax: 0228-9180245
E-Mail: ElkeSchumacher@t-online.de

VVPNW, RV Nordwürttemberg

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

RVVP, RV Rheinhessen

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

VVPsa, RV Saarland

Rohr, Dipl.-Psych. Ilse
Schlesierweg 24, 66538 Neunkirchen

Tel.: 06821 864288, Fax: 06821-77733
E-Mail: ilserohr@web.de

RV Sachsen

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

BVP, RV Schleswig-Holstein

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

vvps, RV Südbaden

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

VWPSW, RV Südwürttemberg

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

AGVP, RV Westfalen-Lippe

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

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

In diesem Heft nur ein Hinweis – im nächsten ausführlicher:

bvvp-Dienstleistungen

Gruppenversicherungen

Abrechnungssoftware

Sonderkonditionen:

- Pkws (Peugeot und Toyota)
- Büromaterial und Büromaschinen
- Telekommunikation

Beratung in Fragen des Praxisalltags

Manfred Falke
Triftstr. 33, 71255 Tostedt
Tel. 04182/21703 Fax 04182/22927
E-mail: wvpns@bvvp.de

Fortbildung Diagnostik und Therapie 2003

- **Psychotherapeutische Zusatzausbildungen**
Hypnose, Autogenes Training, Verhaltenstherapie
- **Gedächtnisstörungen / Rehabilitation**
Neuropsychologische Diagnostik, Tests, Gruppentraining
- **Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität**
Diagnostik, Therapie, Elternarbeit, Soz. Kompetenz
- **Ausbildung zum Supervisor / Praxisberater**
- **Kindertherapie**
Hör- und Sprachentwicklung, ADHS, Kinderhypnose, AT
- **Führungstraining, Kommunikation**
Rhetorik, Präsentation, Verhandlungsführung, Mitarbeiterführung, Konfliktmanagement, Balanced Score
- **Arbeiten in Teams und Gruppen**
Moderieren, kollegiale Beratung, Arbeiten in Netzwerken
- **Weiterbildung Psychotherapie (Blockform)**
Facharzt Ausbildung, Zusatzbezeichnung

Universität Tübingen



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

Frauen im Gesundheitswesen

Klaus Hurrelmann / Petra Kolip (Hrsg.)



Geschlecht, Gesundheit und Krankheit

Männer und Frauen im Vergleich

Handbuch Gesundheitswissenschaften.
2002. 587 S., 39 Abb., 61 Tab., Gb
€ 69.95 / CHF 114.00 (ISBN 3-456-83691-0)

In der bisherigen wissenschaftlichen Diskussion laufen die theoretischen und methodischen Forschungen zur Frauengesundheit und Männergesundheit nebeneinander her. Mit diesem Band wird der Versuch unternommen, sie aufeinander zu beziehen und in eine vergleichende Darstellung zu bringen. Das erste Handbuch zur gesundheitlichen Situation *beider* Geschlechter.

Margaret Miers



Sexus und Pflege

Geschlechterfragen und Pflegepraxis

Aus dem Englischen von Heide Börger.
Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Prof. Dr. Regina Lorenz-Krause.
2001. 275 S., Kt € 29.95 / CHF 49.80
(ISBN 3-456-83652-X)

Die Geschlechterfrage ist von vitalem Interesse für die Pflege. Kulturelle Konstruktionen der Weiblichkeit haben die beruflich-praktische Entwicklung der Pflege befördert und behindert. Geschlechtsbezogene Annahmen über Männlichkeit und Weiblichkeit beeinflussen unsere Vorstellungen von Pflegepraxis, -organisation und -management, und sie können unmittelbar für die Gesundheit von Männern und Frauen förderlich oder schädigend sein.

G. Piechotta



Weiblich oder kompetent?

Der Pflegeberuf im Spannungsfeld von Geschlecht, Bildung und gesellschaftlicher Anerkennung

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Reihe Pflegewissenschaft.
2000. 256 S., 4 Tab., Kt € 19.95 / CHF 35.90
(ISBN 3-456-83504-3)

Weiblich oder kompetent? Männlich oder weiblich? Begeben Sie sich auf die Suche nach systematisch lernbaren, geschlechtsunabhängige berufliche Kompetenzen der Pflege.



Verlag Hans Huber
Bern Göttingen Toronto Seattle

<http://Verlag.HansHuber.com>