

bvvp **magazin**

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

Gesundheitsförderung und Prävention

- *RLV = Regelung zur Leistungsverlagerung?*
- *Morbiditätsgestützte Regelleistungsvolumina*
- *Interview: Brauchen wir ein Präventionsgesetz?*
- *Wahre Lügen – Manipulation durch Informationen*

*4. Jahrgang
Ausgabe 3/2005*





Praxis

Praxis-Verkauf

Praxisabgabe: Zum Jahresende gebe ich meine psychotherapeutische Praxis in Ravensburg ab. Näheres: www.jalics.de.vu

Verschiedenes

Lust auf Medizinteorie?

www.forum-integrierte-medizin.info

Psychotraumatherapie in Hamburg:

9-teiliges zertifiziertes Curriculum mit EMDR-Kurs. Beginn: 24./25.9.05, Gebühr: 2.295 €, Anmeldung: Institut für Traumatherapie, 030/4642185 www@traumatherapie.de

Erledigen Sie Ihre KV-Abrechnung un-

gern? Wickeln Sie Ihre KV-Abrechnung noch manuell ab? – Wird Ihnen Ihre Büroarbeit zuviel? – Möchten Sie weniger Zeit

mit Ihrem Computer verbringen? – Wenn Sie eine dieser Fragen mit JA beantworten, ist mein Büroservice vielleicht eine Alternative für Sie! – AMK-BÜROSERVICE Anna-Maria Koch Am Ebelfeld 259 60488 Frankfurt/Main Telefon/Fax 069 7682493 Mobil 0172 6972273 Mail koch@amk-bueroservice.de Internet www.amk-bueroservice.de

Reise

Allein erziehende Kollegin mit 5-j. Sohn sucht einzelne/s Elternteil/e mit Kind/ern für gem. Urlaubsziel/e am Meer (z.B. Tosk., Mallorca) für Aug./Sept 05 od. später. Tel.: 0162 566 2655

KLEINANZEIGEN BUCHEN

Kleinanzeigen bequem buchen mit unserem Online-Anzeigensystem!

- schnelle Eingangsbestätigung
- kinderleicht zu bedienen
- faire Preise
- rund um die Uhr für Sie da
- superschnelle Chiffre
- Bezahlung per Kreditkarte mit verschlüsseltem Datentransfer

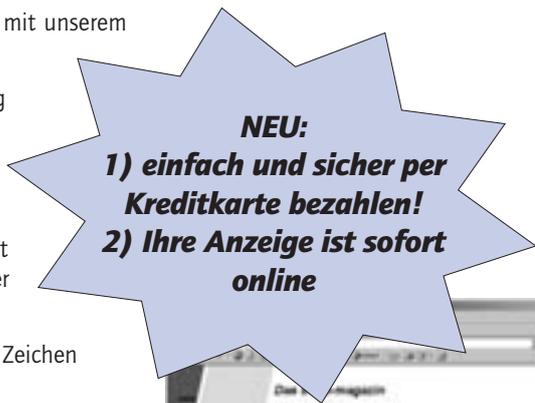
Preise

- nur 12 € pro Anzeige bis 150 Zeichen
- je weitere 50 Zeichen 6 €
- echiffre: 10 €
- und Porto gespart

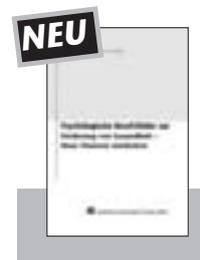
Einfach buchen im WWW:
www.bvvp-magazin.de

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

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



Stichwort Gesundheitsförderung – Neue Chancen entdecken!



Rieländer, M./Scharnhorst, J. (Hrsg.)
Psychologische Berufsfelder zur Förderung von Gesundheit – Neue Chancen entdecken
2005, 200 Seiten, Broschur, ISBN 3-931589-66-8, 19,80 EUR

Aus dem Inhalt:

- Perspektiven für Gesundheitspsychologen: Arbeitsmarkt und Qualifikationsmöglichkeiten
- Seelische Gesundheit durch Beratung und Therapie fördern
- Das Graves-Modell als Beitrag zur Salutogenese
- Ein neues Berufsfeld: Gesundheitsberatung / - coaching
- u.v.m.

Bestellcoupon

Ja, bitte senden Sie mir

_____ Expl. Rieländer, M./Scharnhorst, J. (Hrsg.)
Psychologische Berufsfelder zur Förderung von Gesundheit – Neue Chancen entdecken
ISBN 3-931589-66-8, 19,80 EUR

_____ Name/Vorname/Titel

_____ Strasse/Nr.

_____ PLZ/Ort

_____ Datum/Unterschrift

Deutscher Psychologen Verlag GmbH
Oberer Lindweg 2 · 53129 Bonn
Tel. 0228 - 98731 - 18 · Fax 0228 - 641023
verlag@psychologenverlag.de · www.psychologenverlag.de

1 5 27 01

VORWORT

**BUNDESVORSTAND
& REGIONALVERBÄNDE**

SCHWERPUNKT

INTERVIEW

DAS FINDEN WIR GUT

FÜR UNS GELESEN

SERVICE

IMPRESSUM

Vorwort 4

RLV = Regelung zur Leistungs-Verlagerung oder:
Wie man gezielt Fehl-, Unter- und Überversorgung fördert 5

Das Präventionsgesetz – hat das überhaupt Hand und Fuß?..... 6

Gehört der störungsspezifischen oder ätiologisch orientierten
Psychotherapie die Zukunft?..... 7

Morbi-RLV – und sie kommen doch!
Oder warum der ICD 10 so wichtig ist..... 10

TK-Modell läuft in drei Modellregionen an 12

Hirnforschung und Willensfreiheit 12

Anachronismen des GMG, hier am Beispiel der Debatte
um die Vorstandsdienstverträge in Baden-Württemberg..... 15

„Nachzahlungen – und der Ärger nimmt kein Ende“ 16

GEZ ist geil?..... 16

Zum Bericht an den Gutachter..... 17

GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Kleines Wörterbuch der Prävention und Gesundheitsförderung..... 18

Prävention – wider die kollektive Verdrängung
und Privatisierung der Risiken 20

Gesunde Arbeit – kranke Arbeit..... 21

Wahre Lügen – Manipulation durch Informationen 22

Das Dilemma der Prävention..... 24

Prävention in der Konsumgesellschaft. Teil I 26

Prävention in der Konsumgesellschaft. Teil II..... 27

Konsumgesellschaft – Suchtgesellschaft? 28

Brauchen wir überhaupt ein Präventionsgesetz?..... 31

T-Shirts nähen für China..... 33

„Saglik“ heißt Gesundheit..... 35

Der Kongress „Armut und Gesundheit“ 36

Für uns gelesen 37

Links zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention 38

Adressen der Regionalverbände 34

Neuerscheinungen 39

Veranstaltungen 40

Impressum 14

VORWORT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Birgit Clever

es ist schon seltsam: manchmal hat man das Gefühl, alles drehe sich nur im Kreis und dann gibt es plötzlich doch ungeheure Veränderungen. Die große Politik hat einen Salto geschlagen. Schröder oder Merkel, Schmidt oder Müller oder vielleicht von der Leyen - wir sind über die Jahre skeptisch geworden, geformt durch vielerlei Androhungen und tatsächlich erfolgte Einschnitte in unsere spezifische Arbeit. Wir haben gelernt, jedes Szenario schnell auf neue Chancen und Risiken hin abzuchecken:

Könnten im Zuge der angestrebten Bundestagsneuwahlen Kurskorrekturen in der Gesundheitspolitik realisiert werden? Sollte die Politik etwas gelernt haben?

Bei der letzten Bundestagswahl standen die Zeichen parteiübergreifend auf Sturm: für die Ärzteschaft und vor allem für die verfasste Ärzteschaft. Alle, aber auch restlos alle, wollten die KVen entmachten, das KV-Monopol aufbrechen, die ausgemachte Blockadehaltung der KVen auflösen. Die warnenden Stimmen aus der Ärzteschaft verhallten ungehört. Bundesärztekammerpräsident Dr. Hoppe hielt hervorragende Reden, für die er von den Ärzten Standing Ovations erhielt. Er machte klar, dass das einhellig parteiübergreifende Geschrei nach mehr Markt keine heilende Wirkung im Gesundheitsbereich werde entfalten können, weil Patienten kranke Menschen sind, und je kränker und älter umso hilfs- und anlehungsbedürftiger. Kranke sind eben keine Kunden, die im Vollbesitz aller seelischen, geistigen und körperlichen Kräfte selbstbestimmte, autonome Entscheidungen wohlabgewogen und selbstverantwortlich treffen könnten, als dass man die Strukturen im Gesundheitswesen so an der Wirtschaft ausrichten könnte. Kranke Menschen ungefiltert dem rein auf Profit zielenden freien Spiel marktwirtschaftlicher Kräfte auszusetzen verträgt sich nicht mit ärztlichem Handeln. Ärztliches Handeln wird ad absurdum geführt, wenn sich Ärzte im Dienste wirtschaftlichen Überlebens in Klinik und Praxis mehr mit Bürokratie, dem Finden der „richtigen“ Diagnosen (DRG) oder Abrechnungsziffern, dem abrechnungstechnisch „richtigen“ Zeitpunkt der Entlassung usw. befassen und nicht mit dem individuellen Bedarf ihres Patienten.

Der ehemalige Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Richter-Reichhelm und der damalige Hauptgeschäftsführer,

Dr. Hess, stellten kluge Analysen an und zeigten für den ambulanten Bereich auf, wie eine rein marktwirtschaftlich begründete Auflösung kollektiver Strukturen in einen versorgungspolitisch unbrauchbaren und qualitativ unkontrollierbaren Fleckerlteppich von Vertragsformen führt, ohne dass damit hinterher auch nur noch annäherungsweise feststellbar wäre, ob damit irgendeine Versorgungsverbesserung über die Gesamtbevölkerung hinweg zustande gekommen wäre.

Die Mahnungen und Rufe der Ärzteschaft verhallten ungehört. Ärzte und ihre Patienten schienen keine politischen Verbündete mehr zu haben. Auch den Psychotherapeuten drohte es nicht besser zu gehen. Sie sollten in Einzelverträge abgeschoben werden, zusammen mit allen Fachärzten. Damit wäre der gerade 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz erreichte Fortschritt der umfassenden Integration der psychotherapeutischen Versorgung in die Strukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen in wesentlichen Teilen wieder aufgehoben worden.

In diesem unerfreulichen Szenario gab es dann einen kleinen Lichtblick. Es war die Nacht der Nächte von Ulla Schmidt und Horst Seehofer. Zwei Politiker von Format haben Kompromisse gefunden. Neben aller Einigkeit mussten aber auch Unterschiede der Positionen erkennbar bleiben und an dieser Stelle ist es Horst Seehofer zu verdanken, dass die Fachärzte, und bei diesen im Schlepptau die Psychotherapeuten und ihre Patienten, doch nicht im Einzelvertragswettbewerb landeten. Nichtsdestotrotz wollten alle Parteien das KV-System deregulieren. Sie schufen im GMG die Regelungen, die Vertragsabschlüsse außerhalb des KV-Systems und außerhalb der Regelungsbefugnis der KVen unter alleiniger Hoheit der Krankenkassen ermöglichten, es wurden dafür Geld zur Verfügung gestellt, nämlich 1% der Gesamtvergütung im ambulanten und im stationären Sektor und das BMGS versucht hier Aktivitäten zu befördern, in dem best practice Verträge ausgelobt werden.

Trotzdem scheint es so, als ob sich parteiübergreifend und auch auf Seiten der Krankenkassen das Mütchen inzwischen etwas gekühlt habe. Berechtigte Zweifel ob des wirklich innovativen Potentials von Verträgen oder des wirklich versorgungsrelevanten Fortschritts wachsen ebenso wie die Erkenntnis, dass die organisatorischen Potentiale in Kliniken und Praxen die limitierenden Faktoren in einer Welt scheinbar unbegrenzter Vertragsvielfalt sind und dass auch nicht jede Krankenkasse für sich allein im Wettbewerb mit allen anderen Kassen eine eigene Versorgungswelt effizient konzeptualisieren und umsetzen kann. Eine überbordende Verwaltung auf Seiten der Krankenkassen wäre die Folge und in der Versorgung ein unüberschaubares Chaos von Regelungen. Deutschland beginnt zu realisieren, dass das alleinige Ausrufen des freien Marktes mitnichten zu blühenden Landschaften führt, sondern das Risiko der Destabilisierung ganzer Subsysteme in sich birgt, ohne Gewinn für die Menschen und mit unüberschaubaren Folgelasten für die ganze Gesellschaft. Also eine Renaissance für die kollektiven Strukturen? Lieber doch nicht Zerschlagung der KVen, sondern doch lieber moderate Weiterentwicklung des etablierten KV-Systems? Vielleicht doch etwas mehr freie Arztwahl auch in der Zukunft bei Fachärzten und Psychotherapeuten? Auch die Wertschätzung des deutschen Systems im internationalen Vergleich scheint etwas Auftrieb zu erlangen.

Es sollte uns recht sein. Die überraschenden Neuwahlen des Bundestags könnten eine Chance für alle Parteien sein, im Lichte der bisherigen Erfahrungen ihre zukünftige Ausrichtung in der Gesundheitspolitik zu überdenken. Und wir Ärzte und Psychotherapeuten sollten der Politik dabei so gut es geht behilflich sein.

MIT BESTEN GRÜSSEN,
BIRGIT CLEVER

AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK UND DEM BUNDESVORSTAND

RLV = Regelung zur Leistungs-Verlagerung

oder: Wie man gezielt Fehl-, Unter- und Überversorgung fördert

Die mit dem EBM 2000 plus verbundenen Regelleistungsvolumina (RLV) sollten uns alle von der Plage des Punktwertverfalls befreien und endlich mit Punktwerten von 5,1 Cent eine heile Welt beschieren. Der Gedanke einer Begrenzung der Leistungen, deren feste Punktwerte dem vorhandenen Geld angepasst werden, ist verlockend und im Grunde völlig richtig. Das von der KBV seinerzeit geplante zeit- und punktebasierte Konzept, das ein fallzahlunabhängiges, an der BSG-Rechtsprechung orientiertes Gesamtpunktevolumen pro psychotherapeutische Praxis vorsah, in das dann alle psychotherapeutischen Leistungen fallen sollten, hatte der Fachausschuss Psychotherapie – trotz der damit verbundenen Mengenbegrenzung – daher auch einhellig begrüßt.

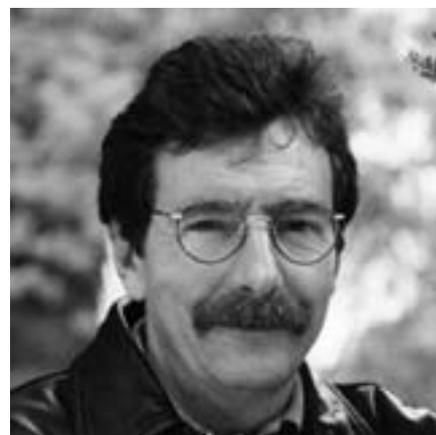
Leider kam es anders. Auf Drängen der Vertreter der organmedizinischen Großpraxen sah sich die KBV gezwungen, ein gänzlich anderes RLV-Modell zu entwickeln, in dem die Fallzahl eine große Rolle spielt. Dieses wurde dann auch vom Bewertungsausschuss von KBV und Kassen beschlossen und sollte zusammen mit dem EBM kommen – außer KVen und regionale Kassen einigen sich auf andere, vergleichbare Mengensteuerungsmodelle.

Überraschende Folge dieser Öffnungsklausel war, dass die meisten KVen und Kassen tatsächlich vereinbarten, lieber nicht gleichzeitig an zwei Rädchen zu drehen und daher zunächst bei den alten Budgets und Töpfen mit dem dazugehörigen altbekannten Punktwertverfall bleiben wollten, um erst einmal die rein EBM-bedingten Veränderungen abzuwarten. Einige wenige KVen wagen jedoch schon jetzt, das KBV-Konzept

mehr oder weniger abgewandelt zu übernehmen.

Eine dieser KVen, die das KBV-Konzept schon jetzt fast eins zu eins umsetzt, ist die KV Hessen. Für die Psychotherapeuten dort bedeutet das konkret, dass sie im Quartal z.B. für jeden Primärkassen-Fall im Alter vom 6 bis 59 Jahren – eine Punktzahl pro Fall – die sog. Fallpunktzahl FPZ – von 788 Punkten (Psychiater mit über 30% Psychotherapie), von 1054 Punkten (PP, KJP und ÄP) oder von 1421 Punkten (Fachärzte für psychotherapeutische Medizin) zugeordnet bekommen. Mit der Gesamtzahl der Fälle der jeweiligen Praxis multipliziert ergibt die FPZ dann das individuelle RLV, das dann für alle nicht genehmigungspflichtigen Leistungen reichen muss, die erbracht werden. Die genehmigungspflichtige Richtlinien-therapie bleibt zwar außen vor und ist daher weitgehend unbeschränkt, aber alle anderen Leistungen fallen in das RLV – Anamnese, probatorische Sitzungen, Berichte an Gutachter, Tests, 10-Minuten-Gespräche u.s.w.

Es ist leicht zu zeigen, dass so im Grunde der größte Teil der Diagnostik vor Aufnahme einer Therapie nicht mehr vergütet wird und daher entweder wegfallen oder umsonst erbracht werden muss. Schon eine einzige probatorische Sitzung mit 1495 Punkten mit der dazu gehörigen Konsultationsgebühr von 50 Punkten überschreitet die FPZ dieses Falles bei allen Psychotherapeutengruppen. Zwar kann man einige der dafür fehlenden Punkte bei anderen Patienten, bei denen die Therapie bereits läuft und keine weitere Diagnostik mehr anfällt, „einsparen“. Das gilt aber nicht für Behandlungen mit höherer Frequenz: Wenn ein Psychoanalytiker 3-stündig behandelt und so mit einem Patienten ca. 30 Sitzungen im Quartal durchführt, addiert sich allein die Konsultationsziffer auf 1500 Punkte und damit auf mehr Punkte, als dieser Fall für das RLV mitbringt. Bei genauem Hinsehen muss daher konstatiert werden, dass nur Behandler – und hier v.a. die Fachärzte für psychotherapeutische Medizin – mit dem RLV einigermaßen zurechtkommen werden, wenn



Frank Roland Deister

sie kaum Diagnostik machen, wenn sie eher niederfrequent arbeiten und wenn ihre Fallzahl vergleichsweise eher groß ist – mit der Einschränkung natürlich, dass die Fallzahl nicht mehr als 50% über dem Durchschnitt liegen sollte, denn dann wird ebenfalls abgestaffelt.

Hier zeigt sich ein weiteres Problem, das für andere organmedizinischen Fachgruppen eigentlich keine Rolle spielt: Die psychotherapeutischen Praxisstrukturen und -settings sind äußerst heterogen, und die Fallzahlen differieren sowohl innerhalb der einzelnen Praxen von Quartal zu Quartal als auch innerhalb der Fachgruppe stark. Durchschnittliche Fallzahlen sind daher sehr wenig zur Mengensteuerung geeignet. Selbst unter den Fachärzten für Psychotherapeutische Medizin gibt es sowohl „Sprechstunden-Mediziner“ mit 120 oder auch mal 150 Fällen, als auch gleichzeitig Psychoanalytiker mit 15 oder 20 Fällen – beide vollausgelastet. Beide Behandler haben mit ihrem RLV große Probleme – der eine, weil er zu wenig Fälle hat und damit eine äußerst enge RLV-Begrenzung, der andere, weil er zu viele hat und alle Fälle, die den Fachgruppenschnitt um mehr als 100% überschreiten, finanziell uninteressant sind.

Welche Folgen wird dies für die psychotherapeutischen Behandlungen und für die Versorgung haben? Zu befürchten ist, dass einfach weniger Anamnesen, probatorische Sitzungen und Tests stattfinden und die Pa-

tienten aus ökonomischen Erwägungen noch vor genauer Abklärung z.B. in eine Kurzzeittherapie übernommen werden könnten. Es sind damit vermehrte Fehlindikationen, Therapieabbrüche und Behandlerwechsel ebenso zu erwarten wie das Unterlassen von notwendigen Therapien: Es bleibt den Patienten nicht die Zeit, in einer ausreichenden Anzahl von Vorgesprächen ihre Therapiebedürftigkeit zu klären und vorhandene Ambivalenzen und Vermeidungstendenzen zu überwinden. Eine weitere Folge könnte sein, dass sog. „Versorgerpraxen“, die den Falldurchschnitt der Fachgruppe weit überschreiten, ihre Fallzahl möglich schnell reduzieren.

Nun werden zwar nicht alle Behandler derart ökonomisch orientiert vorgehen – und dieses Vorgehen wäre ja auch aus berufsethischer Sicht durchaus nicht empfehlenswert –, aber es wird sicher Kollegen geben, die so handeln werden, v.a. wenn sie es sich nicht leisten können, in nennenswertem Umfang ihre Leistungen praktisch umsonst anzubieten.

Kann das den Krankenkassen und der KV egal sein? Eigentlich nicht – die Kassen können kein Interesse daran haben, dass ihre Versicherten eine ungeeignete Therapie vorschnell beginnen, dann möglicherweise wieder abbrechen und einen neuen Behandler suchen müssen oder dass sie irrtümlich eine dringend notwendige Therapie nicht aufnehmen. Sie können auch nicht daran interessiert sein, dass das Therapie- und Vorgesprächsangebot zurückgeht, wenn Praxen ihre Fallzahl reduzieren. Die KV Hessen hat zwar bisher eher die Probleme anderer ärztlicher Fachgruppen im Blick, die ihrer Meinung nach mit dem Gesamt ihrer Leistungen viel mehr betroffen sind als wir. Aber sie kann eigentlich auch kein Interesse daran haben, dass ab sofort mehr Therapien insgesamt schneller und früher aufgenommen werden und damit eine Verlagerung von den nicht genehmigungspflichtigen zu den höher bewerteten genehmigungspflichtigen Leistungen stattfindet.

Allerdings wird es einige Zeit dauern, bis aussagekräftige Abrechnungsdaten vorliegen und derartige Veränderungen im Abrechnungsverhalten der KV überhaupt auffallen können. Auch vermehrte Therapiebeantragungen und -abbrüche, längere Wartezeiten oder zunehmende Unzufriedenheit der Versicherten werden die Kassen erst mit gewisser Verzögerung bemerken. Bis dahin schreiben wir sicher das Jahr 2006 und weitere KVen, die bisher noch keine RLV eingeführt haben, sind dann schon längst ebenfalls mit der Umsetzung solchen versor-

gungspolitischen Unsinn beschäftigt, mit dem gleichzeitig, systematisch und gezielt Fehl-, Unter- und Überversorgung vorangetrieben werden.

RLV können sehr sinnvoll sein, nur führt bei den Psychotherapeuten die in diesem Konzept enthaltene strukturelle Trennung von Diagnostik und Therapieleistungen zu einer künstlichen Aufspaltung von etwas, was untrennbar verbunden ist: Vorgespräche und Therapiesitzungen sind wie kommunizierende Röhren – entweder macht der Therapeut das eine mehr, dann macht er das andere weniger oder umgekehrt – und zwar ohne Mengenausweitung innerhalb der vom BSG dargelegten Grenzen von max. 36–38 Wochenstunden. Insofern wäre als Sofortmaßnahme mindestens die Herausnahme der probatorischen Sitzungen aus dem RLV zu fordern. Viel besser und vernünftiger wäre aber die Rückkehr zu dem oben erwähnten ursprünglichen KBV-Konzept.

Für ein Umdenken ist es noch nicht zu spät. Der bvvp wird sich dafür einsetzen. Bis dahin können wir den Kollegen nur raten, ihr Behandlungs- und Abrechnungsverhalten möglichst nicht anzupassen und ökonomisch zu optimieren, sondern weiter unbeirrt wie bisher fallangemessen vorzugehen und abzurechnen. Der Bedarf an notwendiger Diagnostik muss dokumentiert werden. Sonst könnte irgendwann jemand auf die Idee kommen, dass man sie ja gar nicht braucht.

FRANK ROLAND DEISTER

Das Präventionsgesetz – hat das überhaupt Hand und Fuß?

80 Milliarden Euro könnte eine vernünftige Prävention im Gesundheitswesen angeblich einsparen. Gedacht wird hier an Gesundheitsförderung im Sinne primärer Prävention (Vorbeugung), sekundärer Prävention (Früherkennung) und tertiärer Prävention (Verhinderung von Verschlimmerung und Folgeerkrankungen). Da das Präventionsgesetz nur 250 Mio. an zusätzlichen Geldern in diesem Bereich vorsieht, muss man sich fragen, ob der Gesetzgeber hier entweder eine Hebelwirkung erwartet, von der jeder Optionschein-Zocker nur träumen kann – und dabei natürlich das Risiko, alles in den Sand zu set-

zen, ziemlich groß ist – oder ob es sich nicht doch nur um einen symbolischen gesetzgeberischen Akt handelt, der dem Wähler vorgaukeln soll, man täte etwas, ohne wirklich etwas ändern zu wollen.

Es ist leider zu befürchten, dass letzteres eher stimmt – und dass das Geld außerdem in den Sand gesetzt werden würde. Das Präventionsgesetz kann und wird – so wie es jetzt als Entwurf vorliegt und vom Bundesrat an den Vermittlungsausschuss überwiesen wurde – nicht wirklich etwas bringen. Und das liegt v.a. an folgenden prinzipiellen Denkfehlern:

a. Zur Prävention gehört zuerst einmal die Psychologie.

An Psychologie und Psychotherapie hat aber keiner gedacht, wie die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) bereits zu recht moniert hat. Und sie hat ebenfalls schlüssig dargelegt, dass die Psychologie nur zu gut weiß und auch die Erfahrung zeigt, dass Appelle („Rauchen und trinken Sie weniger. Und mehr Bewegung...“) und Kampagnen dauerhaft wenig Erfolg haben. Solange zu verhindernde und zu vermeidende Krankheiten auf Fehlverhalten und pathogenen Verhaltensweisen und Gewohnheiten beruhen oder durch sie begünstigt werden, ist die Psychotherapie als verhaltens- und einstellungsveränderte Disziplin in erster Linie gefragt.

Psychotherapeuten sind daher durchaus zur Prävention berufen – allein die Tatsache, dass Frau Dührssen in den 60er Jahren nachwies, dass sich als Folge von Psychotherapie Arztbesuche und Krankenhausaufenthalte verringern, hat seinerzeit zur Aufnahme der Psychotherapie in den Katalog der GKV geführt. Nur – man lässt leider die Psychotherapeuten nicht. Das betrifft nicht nur die Prävention im Allgemeinen, sondern es betrifft sogar die psychotherapeutische Behandlungen selbst: Eine Psychotherapie ist bekanntlich oft noch lange nicht zuende, wenn der Status quo ante gerade wieder erreicht ist, sondern erst dann, wenn keine Rückfallgefährdung mehr vorhanden ist. Und das ist manchmal erst nach tiefgreifenden strukturellen Änderungen des Patienten gegeben, die sich lange nach dem Verschwinden der Symptomatik entwickeln.

Man braucht noch nicht einmal auf das hier eindeutig – weil rein symptomorientiert – in die falsche Richtung gehende „TK-Modell“ hinzuweisen um zu sehen, dass diese Zusammenhänge von Kostenträgern bisher weder verstanden noch akzeptiert werden.

b. Prävention muss schon im Kindesalter ansetzen.

Über 100 Jahre psychoanalytischer und auch andersartiger Forschung haben bewiesen, dass nur eine adäquate frühkindliche Betreuung („Good enough mothering“) der Entwicklung von Neurosen, Psychosomatosen, Delinquenz, Süchten und sogar Psychosen vorbeugen kann. Insofern müsste primäre Prävention genau da ansetzen und Bedingungen schaffen, die eine solche „ausreichend gute“ kontinuierliche Kinderbetreuung – die aber nicht immer und allein die Mutter selbst vornehmen muss – erlauben.

Das erscheint aber unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen Bedingungen in westlichen Industriestaaten wie der Bundesrepublik kaum umsetzbar. Im Gegenteil, sowohl die Forderungen von Industrie und Wirtschaft nach flexibel verfügbaren und ortsbeweglichen Arbeitskräften, bei denen die Berufstätigkeit einen prioritären Stellenwert hat, als auch die gesellschaftlichen, bei beiden Geschlechtern hoch besetzten Werte von Autonomie, Karriere, Wohlstand und finanzieller Unabhängigkeit lassen befürchten, dass die Betreuungsbedingungen für Kinder jeden Alters – aber v.a. auch in der frühkindlichen Zeit – sich weiter verschlechtern werden. Überlastete Eltern, häufig wechselnde und nicht ausreichend kompetente Tagesmütter oder die Betreuung und Verwahrung in Kinderkrippen, Ganztagskindergärten und Schulhorten sind aber m. E. – wie sich heute schon überall sowohl an den zunehmenden psychischen als auch körperlichen Fehlentwicklungen, Störungen und Krankheiten bei Kindern zeigt – kein ernstzunehmender Ersatz für die ausreichende und entspannte Präsenz und verlässliche Verfügbarkeit der Mutter und des Vaters und zusätzlicher weiterer familiärer Bezugspersonen, z.B. der Großeltern.

c. Ohne Geld geht gar nichts.

Glaubt jemand ernsthaft, dass man, wie mit dem KEG (Kommunales Entlastungsgesetz) geplant, einerseits Geld aus der Bereich der vor Ort bestehenden und immerhin noch einigermaßen funktionierenden Kinder- und Jugendlichenbetreuung und -versorgung abziehen kann und dann alles mit der lächerlich geringen Summe von 250 Mio. Euro, die zum Aufbau überwiegend neuer Strukturen verteilt wird, wieder heilen oder sogar noch verbessern kann – zumal man davon ausge-

hen muss, das auch bereits bestehende Initiativen und Projekte nur umgewidmet werden, um an dem viel zu kleinen Kuchen zu partizipieren?

d. Disease prone personality – schon mal gehört?

Wahrscheinlich nicht. Aber dies ist ein Begriff, der schon vor fast zwei Jahrzehnten von Booth-Kewley und Friedman 1987 geprägt wurde (Booth-Kewley u. Friedman 1987, 1988). Damals ist ihnen in ihren metaanalytischen Studien zu Präventionsmaßnahmen bei koronarer Herzkrankheit und Herzinfarkt, die in den USA schon in den 70er und 80er Jahren (!) sehr propagiert wurden, aufgefallen, dass in einigen Langschnittsstudien, in denen tatsächlich eine Verringerung des als pathogen identifizierten sog. „Typ-A-Verhaltens“ oder von einzelnen Komponenten dieses Verhaltens beobachtet werden konnte, keine Abnahme der Gesamtmortalität festzustellen war. Die Probanden starben somit an etwas anderem. Epidemiologisch könnte das heißen, dass alle Versuche, pathogene Faktoren für bestimmten Krankheiten zu entdecken und auszuschalten, letzten Endes zu nichts führen, entweder weil andere Krankheiten, die ebenfalls schon vorhanden sind, dann als todbringend an die Stelle treten oder weil die Probanden ein anderes pathogenes Verhalten an den Tag legen, um sich auf diese Weise gesundheitlich zu ruinieren (Friedman et al. 1984, Powell et al. 1984, Klapp u. Dahme 1988).

Es spricht vieles dafür, dass es ein Phänomen wie „disease prone behaviour“ tatsächlich gibt. Hier bieten sich psychologische und psychoanalytische Überlegungen und Erklärungen an, wie sie auch schon bei der Compliance-Problematik nahe liegen. Will jemand vielleicht gar nicht gesund werden? Will jemand sich unbewusst zerstören? Wird eine Krankheit durch operante Anteile im Sinne der Lerntheorie aufrechterhalten?

Eine Krankheit hat möglicherweise eine innerpsychische Bedeutung oder unverzichtbare Funktion, die man nicht einfach präventiv – durch Aufklärung – ausschalten oder wegtherapieren kann. Oder es sucht sich eine, einem selbstzerstörerischen Verhalten innewohnende Autoaggression ihre Ausdrucksmöglichkeiten. Wenn ein Weg verschlossen wird, sucht sie sich eben einen anderen.

Damit wird deutlich, welche Bedeutung ein psychodiagnostischer und psychotherapeutischer Zugang bei jeglicher primärer, sekundärer und tertiärer Prävention, die den

Namen verdient, unverzichtbar haben müsste. Da solche Aspekte aber bisher im Gesetzentwurf gänzlich fehlen, müsste man sich – ernsthafte Absicht und guten Willen, hier wirklich etwas zu verbessern, vorausgesetzt – erneut hinsetzen und unter Hinzuziehung psychotherapeutischen Sachverständes noch einmal ganz von vorn anfangen. Man müsste überlegen, auf welche – physischen und psychischen – Krankheiten man sich konzentrieren will und wie hier primäre, sekundäre oder tertiäre Prävention aus psychologisch-psychotherapeutischer Sicht konzipiert werden könnte, wenn man wirklich pathogene Bedingungen oder Verhaltensweisen dauerhaft ändern und beeinflussen will.

Die Entwicklung entsprechender Konzepte wäre sicher ein langer Weg, aber auch ein sehr lohnender. Und die Psychotherapeuten könnte man dann wahrscheinlich durchaus zum Mitmachen bewegen, wenn sie als ernstgenommene und gleichberechtigte Beteiligte damit auch Geld verdienen könnten. Da wäre man allerdings mit 250 Mio. Euro schnell am Ende.

Insofern bleibt das alles Utopie – die Disease Management Programme (DMP), bei denen Psychotherapeuten bisher auch nicht einbezogen werden, u.a. weil die DMP vor allem Geld sparen sollen, statt die Versorgung zu verbessern, sind das beste Beispiel. (Literatur beim Verfasser).

FRANK ROLAND DEISTER

Gehört der störungsspezifischen oder ätiologisch orientierten Psychotherapie die Zukunft?

Unverhofft steht die gesamte Psychotherapie vor der Frage einer umwälzenden Neubestimmung, ohne dass dies bisher von den im Versorgungsalltag stehenden Psychotherapeuten überhaupt zur Kenntnis genommen worden ist oder diese sich damit hätten intensiv auseinandersetzen können. In Frage steht, ob die zukünftige Psychotherapie-Ausbildung noch zum Ziel einer generellen Behandlungserlaubnis führen wird oder ob die Welt der Psychotherapie an den beschreibenden Syndrom-Kriterien des ICD 10 aufgeteilt

und die Behandlungslizenzen nur noch für einzelne dieser neuen Planquadrate der Psychotherapie vergeben wird. Damit wäre das Ende der allgemeinen Fachkunde ebenso eingeleitet wie das der bisher produktiven Konkurrenz der definierten Psychotherapieverfahren in der Regelversorgung.

Diese hochbrisante Zukunftsfrage trat ganz aktuell jetzt im Rahmen des unendlichen Kampfs der Gesprächspsychotherapie (GPT) um sozialrechtliche Anerkennung im Gewand einer neuen Zulassungshürde auf: Im Gemeinsamen Bundesausschuss in der Zusammensetzung für Psychotherapie wird derzeit erwogen, die Gesprächspsychotherapie nur für 4 sog. Anwendungsbereiche zuzulassen.

Den Anstoß dazu scheint der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBR) gegeben zu haben. Dieser hat bekanntlich die Aufgabe, auf Antrag der zuständigen Landesbehörden zu prüfen, ob neue Psychotherapieverfahren als „wissenschaftlich anerkannt“ i.S. des Berufsrechts gelten können und damit als Verfahren für die vertiefte Ausbildung zum Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz zugelassen werden können. Der Wissenschaftliche Beirat hatte für diese Aufgabe sich ein strukturiertes Vorgehen verbindlich gemacht: Neue Verfahren seien dann anzuerkennen, wenn sie durch hinreichend evidenzbasierte Untersuchungen nachweisen können, dass sie in wenigstens 5 von 12 sog. Anwendungsbereichen (diese sind strikt an den Syndromkategorien des ICD 10, Kapitel F, orientiert) bzw. in 4 der Hauptanwendungsbereiche nach den WBR-Prüfungskriterien sich als wirksam erwiesen haben. Dies erscheint soweit sinnvoll, als diese Operationalisierung des Anerkennungsverfahrens sich als ein Versuch begreift, eine hinreichende Breite der Anwendbarkeit eines Verfahrens so dokumentieren zu können: Die Überprüfung von 4-5 der Anwendungsbereiche kann dabei als Sondierung des Kontinuums komplexer seelischer Störungen mit Krankheitswert verstanden werden, um die Eignung als allgemein anzuwendendes Verfahren beurteilen zu können. Auf dieser breiten Anwendbarkeit stützt sich auch der sozialrechtlich zu erteilende Fachkundenachweis.

Jedoch scheinen sich einige Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats nun dafür stark zu machen, dass diese von Ihnen entworfenen, in Grenzen taugliche Operationalisierung zum Haupt-Zugangskriterium zu Psychotherapie-Behandlungen für Patienten und Psychotherapeuten erklärt wird. Statt die Gesprächspsychotherapie nunmehr aufgrund der nachgewiesenen Wirksamkeit in

4 Hauptanwendungsbereichen grundsätzlich zuzulassen, soll sie möglicherweise ausschließlich auf diese Bereich beschränkt werden. Wird die Gesprächspsychotherapie aber nur für 4 „Anwendungs“-Bereiche zugelassen, dann muss auch die gesamte Richtlinienpsychotherapie in diesem Sinne umgebaut werden. Beginnen sich nicht hier wie beim Zauberlehrling die Mittel zu verselbständigen?

Fehlschlüsse aufgrund unsauberer Begrifflichkeiten

Bereits bei der unsauberen Begrifflichkeit beginnen die Verwechslungen und Irrtümer: Die Orientierung an den ICD-10-Kriterien wird fälschlicherweise als „störungsspezifische Psychotherapie“ ausgegeben, womit eine nur scheinbare Passgenauigkeit zwischen Störung und Behandlung suggeriert wird. Korrekterweise müsste man von „syndromspezifisch“ sprechen. Der Begriff „Störung mit Krankheitswert“ der PT-Richtlinien und des Psychotherapeutengesetzes beinhaltet demgegenüber eine weit umfassendere Kategorie, die auf die jeweils individuelle bio-psycho-soziale Störungsgenese beim jeweils konkreten Patienten abhebt, auf ihre frühen Wurzeln und späteren Verarbeitungen bei der Konsolidierung der Selbstfunktionen in der Pubertät und bei deren (Nicht-) Bewährung und hinzutretenden auslösenden Faktoren/Ereignissen und mitbedingenden Umständen im Erwachsenenleben. Der auf den Anwendungsbereichen der ICD 10 aufbauende „Störungs“-Begriff hingegen ist historisch aus einer Konsensusbildung unter Psychiatern hervorgegangen und daher durch und durch geprägt von deren weitgehend psychiatrisch-deskriptiver Sprache. Daraus resultieren Stärken und Schwächen. Stärken, weil nur durch deskriptive Syndromorientierung überhaupt international vergleichbare Nomenklaturen erreichbar waren. Nur durch Reduktionen konnte eine anders nicht mehr vermittelbare Vielfalt von (kulturell gefärbten) inhaltlich definierten Begriffssystemen vermieden werden. Schwächen, weil damit die interagierenden seelischen Funktions-, Steuerungs- und Motivationsebenen, die an der Syndromentstehung beteiligt sind bzw. in verschiedenem Ausmaß in das Störungsgeschehen involviert sind, nicht hinreichend erfasst werden können. Nur sie können die Verknüpftheiten der Syndrome beim jeweils einzelnen Patienten einem systematischen Verständnis zuführen.

Selbst in der VT, die ursprünglich bei syndromspezifischen Behandlungen angesetzt

hatte, kommt es über die „kognitive Wende“ inzwischen zu einer Wende zu Emotionen und Beziehungserleben, d.h. zu immer differenzierterem Einbezug seelischer Steuerungssysteme hinter den Syndromen und deren (eben nicht syndromgebundenen) Störungen. Hierzu schreibt Grawe*: „Fast alle Patienten mit schweren psychischen Störungen haben eine Vorgeschichte von Verletzungen ihres Bindungs- und Kontrollbedürfnisses in ihrer frühen Kindheit, wie es in einem unsicheren Bindungsstil zum Ausdruck kommt. Ihr Problem lässt sich deshalb nicht auf die zuletzt entwickelte Störung reduzieren. Sie ist nur ein letztes Glied in einer langen Kette verletzender Erfahrungen, die schließlich zu so hoher Inkonsistenz geführt haben, dass ein qualitativ neues Mittel zu ihrer Reduktion erforderlich wurde. Für die Patienten selbst ist es auch klar, dass die psychopathologische Störung im engeren Sinn nur einen Teil ihrer behandlungsbedürftigen Probleme ausmacht. Nur 9 % aller Patienten geben die Besserung ihrer Störung als einziges Therapieziel an. Drei von vier Patienten geben Probleme zwischenmenschlicher Natur als eines ihrer drei wichtigsten Probleme an.“

Und noch einmal Grawe*: „Störungszentrierung und vorwiegende Zielsetzung in der Beseitigung negativer Emotionen haben jedoch bisher die gleichberechtigte und systematische Nutzung der vielfältigen Aspekte von Emotionalität zur Veränderung dysfunktionaler Verhaltensmuster behindert.“ Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen muss eine vorrangige Syndromorientierung der Psychotherapie wie eine regressive Fixierung auf überholte wissenschaftliche Positionen wirken.

Diagnostische Zergliederung von Sinn- und Störungszusammenhängen

Ein syndromspezifischer Ansatz als Grundlage der Psychotherapie-Richtlinien zergliedert das diagnostische Verständniskontinuum und teilt den Patienten in verschiedene Syndromregionen auf. Denn viele, wenn nicht der überwiegende Anteil der ambulant behandelten Patienten leidet synchron (sog. „Komorbidität“) oder im Verlauf der Krankheitsentwicklung an mehreren Störungen, die unterschiedlichen Syndromkategorien zuzuordnen sind. Damit wird aber auch die Behandlung zergliedert zugunsten additiv aneinander gereihter Einzelaspekte und unter Zuständigkeiten aufgeteilt. Werden nur noch Fach-



Norbert Bowe

kunden für einzelne Störungen erteilt, wie dies bei der Zulassung der GPT derzeit erwogen wird, kommt es zu einem Verschiebepark von Patienten. Dann wird Leiden in Teilbehandlungen zergliedert und Patienten müssen weiterverwiesen werden, wenn es neue Symptome auftauchen oder zusätzliche Komplikationen deutlich werden.

Die zugrundeliegende Sichtweise widerspricht unserer therapeutischen Erfahrung in vielen Punkten. Allein die Häufigkeit der Phänomene, dass Psychotherapie-Patienten Symptome in verschiedenen Syndrom-Kategorien aufweisen, ihre Störungsbilder im Laufe einer Therapie zu anderen Syndrom-Kategorien wechseln, spricht dagegen, Richtlinien-Psychotherapie auf dem Konzept der sog. ‚Störungsspezifität‘ zu basieren. Diese Erfahrungen des Versorgungsalltags erweisen auch die übergeordneten Krankheitsmodelle als unverzichtbar, die allein hinreichende Erklärungsansätze für die dahinterliegenden Zusammenhänge bieten können.

Demgegenüber erscheint der Versuch, die fehlende Komplexität der „syndromspezifischen Psychotherapie“ mit dem Begriff der Komorbidität aufzufangen, für die tägliche Suche nach Sinnerfassung und Verstehen von Zusammenhängen völlig unbefriedigend. Komorbidität beschreibt ein Nebeneinander, statt dem Störungsgeschehen zugrundeliegende komplex verknüpfte Bedingtheiten zu reflektieren und davon ausgehend die gegenseitigen Beeinflussungsverhältnisse dieser nur separat erfassten Störungsbildanteile hinreichend tief erfassen zu können.

Erkenntnistheorie kontra verkürzende Sichtweisen

Auch grundsätzliche erkenntnistheoretische Einsichten sprechen gegen eine Verkürzung der Sicht bei der Behandlung von Menschen

durch Menschen. Wir müssen beim Umgang mit anderen Menschen und uns selbst davon ausgehen, dass der von uns zu erfassende Ausschnitt der Erkenntnis über uns selbst und über den anderen ganz generell nur einen Bruchteil der Funktions- und Lebensweisen des Ganzen wiedergeben kann. Selbsterkenntnis ist in diesem Sinne nur bruchstückhaft möglich. Die „organismische Weisheit“ (Rogers) drückt den Respekt vor dieser Tatsache aus, vor allem den Respekt davor, dass der Mensch im Laufe der Evolution eine hochkomplex vernetzte Selbst-Steuerung entwickelt hat, der gegenüber die Eingriffe behutsam und im Bewusstsein der Begrenztheit der Erkenntnismöglichkeiten über die Steuerungsfehler zu erfolgen haben.

Wir haben grundsätzlich von der inneren Sinnhaftigkeit und partiellen Funktionalität auch einer Fehlsteuerung auszugehen, und auch von der Kompetenz eines Menschen, durch Neuinterpretation sinnvoll seine Sicht- und Steuerungsweisen umbilden/ordnen zu können. Auch unterstreichen die erkenntnistheoretischen Grundsachverhalte, dass wir uns nicht nur auf Untersuchungen mit Messgeräten (Tests) verlassen können (die nach bestimmten eingegrenzten Rationalen entworfen sind), sondern in jedem Fall auch auf Interpretation von Zeichen, d.h. intersubjektiv vermittelten komplexen Ausdrucks-, Wahrnehmungs- und Decodierungsvorgänge zurückgreifen müssen, die wir nur zum Teil forschend erfassen und zuordnen können. Daraus resultiert, dass neben einer durch Messvorgänge nachzuweisenden Evidenz eine andere Form der Evidenz von hoher Bedeutung bei Behandlungen ist: die Evidenz des unmittelbaren Einleuchtens, die Evidenz der Assimilationsfähigkeit des sich neu Darbietenden, die unmittelbar einleuchtende oder reflexiv gesicherte Verträglichkeit mit der Summe der eigenen (subjektiven) Erfahrungen, begleitet von Gefühlen der Bestätigung, Relevanz, Sinnhaftigkeit.

Evidenzbasierte Medizin und Evidenz aus Erfahrung geteilter Sichtweisen

Evidenzbasierte Medizin in derzeit eingegrenztem, einseitigen Sinn – zwingend verknüpft mit seriell Beschreibbarem und mit Messvorgängen – muss dann zu einem Entwicklungshindernis und zu schweren Fehlentwicklungen führen, wenn sie sich zur einzigen oder vorrangigen Maxime der Psychotherapie aufschwingt, wenn sie nicht in einem Gleichgewicht steht mit der erwähnten anderen Form

des Prozessverständnisses und der Evidenzgewinnung. Letztere ist weniger objektivierend systematisch, sondern intersubjektiv sich bestätigend. Sie greift mit Verstehensmodellen auf die ungeheure Vielfalt menschlicher Ausdrucksformen und Produktionen zurück, diese stets unvollkommen in Erkenntnissätzen, Systematisierungen und Modellbildungen einzufangen versuchend. Die Brauchbarkeit dieser aus Evidenzen gewonnenen Modelle erweist sich nicht so sehr durch Quantifizierung von Effekten, sondern v.a. durch die Reichweite ihrer Geeignetheit, sonst nur disparat erscheinende Erscheinungen in einen Sinn-, Steuerungs-, Bedeutungs- und/oder Funktionszusammenhang stellen zu können, der sich auf eine große Zahl von individuellen Erfahrungswelten anwenden und bei vielen Evidenzerlebnissen entstehen lässt.

In diesem Sinn sind die Anregungen, Angebote des Therapeuten erst dann bestätigt/evident, wenn der Patient sie in seinem Sinn einsehen und verwerten kann. Die Angebote sind immer nur Modelle, deren Brauchbarkeit der Patient bestätigt oder nicht. Hier entsteht die Wahrheit, die Evidenz durch Abgleichen dessen, was dem anderen einleuchtet, mit der eigenen Erkenntnis. Im Therapieprozess ergibt sich dann eine weitere Bestätigungsmöglichkeit der intersubjektiv geteilten Evidenz, wenn aus den gewonnenen Erkenntnissen/Fähigkeiten entwicklungsfördernde Veränderungen entstehen, deren Auswirkungen dann wieder wahrnehmbar und messbar sind.

Ich möchte hier von einer induktiv-heuristischen Evidenz sprechen, von der aus sich der psychotherapeutische Behandlungsprozess beschreiben lässt mit Bildern wie der Herstellung eines Gesamtkunstwerkes oder des Suchens, Erkundens und Beschreitens eines unbekanntes Weges oder der detektivischen Arbeit bei erklärungsbedürftigen bisher unerklärbaren Vorfällen und Erscheinungen. Vermessen, Üben, Abwägen und Quantifizieren nach Gesetzen der sog. Evidenzbasierung sind dabei in vielerlei Hinsicht unverzichtbar (z.B. als Mittel und Lebensmittel für die Reise oder als Laboratoriumsuntersuchungen/Spurensicherung für den Kriminalfall). Doch sind sie völlig unzureichende Maßnahmen, um die erforderlichen Ich-Aktivitäten zu erfassen, die bei dem Prozess (Weg zurücklegen oder Fall aufdecken) erforderlich sind.

Sollte die Gesprächspsychotherapie nur für die 4 Anwendungsgebiete zugelassen werden, so müssten zugleich auch die Psychotherapierichtlinien im Sinne einer syndromspezifischen Fundierung umgeschrieben

werden. Damit wäre auch eine Vorrangstellung von Nachweisen der Evidenzbasierung, d.h. messbarer Psychotherapie-Effekte, vor den beschriebenen intersubjektiven auf Verstehen und Interpretieren ausgerichteten Prozessen festgelegt. Diese Verkürzung des Verständnisses von Psychotherapie würde auch die Bedeutung der unterschiedlichen Psychotherapieverfahren zurückdrängen. Die mit der vertieften Ausbildung in einem anerkannten Psychotherapieverfahren erworbene „allgemeine Fachkunde“ gehörte der Vergangenheit an. In der Organmedizin versucht man den Hausarzt mit allen Mitteln wiederzubeleben um das Auseinanderfallen des Patienten in Teilaspekte zu verhindern – es wäre ein Treppenwitz der Geschichte, wenn ausgerechnet die Psychotherapie hier die umgekehrte Richtung einschläge.

(* Literatur beim Verfasser)

NORBERT BOWE

Morbi-RLV – und sie kommen doch!

Oder warum der ICD 10 so wichtig ist

Die morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumina (Morbi RLV) gemäß § 85 SGB V werden vom Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Andreas Köhler mit großer Überzeugungskraft und Entschlossenheit vorangetrieben.

Sowohl in seiner Rede anlässlich der Vertreterversammlung der KBV vor dem Deutschen Ärztetag im Mai 2005, als auch in anschließenden Publikationen wurde deutlich, dass die KBV weiterhin auf die morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumina als zukünftige Vergütungsstruktur im ambulanten Sektor setzt. Dr. Köhler sieht darin eine „Revolution“ des Vergütungssystems in der GKV schlechthin.

Immerhin soll das neue Vergütungssystem das bisherige System der pauschalier-ten Gesamtvergütung vollständig ablösen. Das wäre gleichzeitig der Abschied von den Honorarbudgets, von der Deckelung des Honorarvolumens, von der ungeliebten Punktwährung und die Befreiung vom Hamsterrad. Die Kassen müssten dann in Zukunft, so sieht es zumindest die KBV, gemäß der Morbidität, also der Auftretenshäufigkeit aller Krankheiten in einer Gesellschaft,

alle notwendigen Behandlungen in Euro bezahlen. Es käme sozusagen mit jeder neuen Erkrankung auch frisches Geld ins System. Die schleichende Rationierung der Behandlungsleistungen für die Patienten wäre damit ebenfalls überwunden.

Gemäß allgemein verbindlicher Leitlinien und anhand evidenzbasierter Behandlungspfade soll jeder Patient das medizinisch Notwendige im Rahmen des medizinisch-technischen Fortschrittes erhalten. Es wird damit auch ein dem stationären Sektor mit seinen DRG's (Diagnosis Related Groups) vergleichbares Vergütungssystem im ambulanten Sektor gefordert. Der Wettbewerb zwischen den beiden konkurrierenden medizinischen Versorgungssektoren (ambulant versus stationär) wäre damit transparenter. Die Hoffnung der KBV wäre dabei zu zeigen, dass im ambulanten Bereich effektiver und kostengünstiger behandelt werden kann. Dies sollte dann Verlagerungen der Geldmittel aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich begründen. Soweit zu den vermuteten oder erhofften positiven Aspekten dieses vergütungstechnischen Großprojektes.

Allerdings sind all diese Ideen nicht sehr neu und werden zum Teil in anderen Ländern bereits wieder aufgegeben. In den USA führte ein vergleichbares Vergütungssystem zur explosionsartigen Zunahme von Erkrankungen und einer wahren Inflation von Diagnosen. Deutschland wird mit dem geplanten Umstieg auf die Morbi-RLV mit hoher Wahrscheinlichkeit vom einen auf den anderen Tag kränker. Kaum anzunehmen, dass sowohl die Politik als auch die Krankenkassen einer quasi unbegrenzten Mengenentwicklung in der ambulanten Versorgung tatenlos und beinahe naiv zusehen werden. Deshalb gehen Skeptiker eher davon aus, dass auch bei einem neuartigen Vergütungssystem wie den Morbi-RLV die Deckelung der Honorar- menge in der ambulanten Versorgung durch Budgets bestehen bleiben wird. Zumindest wird man das neue System solange unter Budgetzwang halten, bis erkennbar ist, dass es nicht zu einer deutlichen Kostensteigerung für die Krankenkassen kommt.

Dennoch sind die Hoffnungen seitens der Protagonisten der Morbi-RLV gemäß § 85 SGB V sehr groß, endlich aus den Honorarkorsetts der Vergangenheit auszubrechen.

Obwohl wir als Berufsverband diese Euphorie nicht so recht teilen mögen, müssen wir uns auf das kommende Szenario realistischerweise einstellen. Als relativ kleine Fachgruppe mit sehr eigener Versorgungsstruktur und langfristiger Behandlungsdynamik werden die Morbi-RLV wohl nicht auf



Benedikt Waldherr

uns Psychotherapeuten zugeschnitten sein. Es macht auch wenig Sinn, sich in der ambulanten Psychotherapie in eine Wettbewerbssituation mit dem stationären Sektor zu geben. In der Psychotherapie und Psychiatrie ergänzen sich die beiden Bereiche ambulant und stationär gegenseitig sehr. Die beiden Sektoren sind hier als komplementär zu sehen. Das behandelte Patientenkollektiv in den P-Fächern ist auf zeitintensive, zuwendungsorientierte Hilfen angewiesen. Zeitgetaktete, schnelle und nur vermeintlich effektive Behandlungspfade entsprechen nicht der großen Varianz und Individualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Lebensverläufen.

Zu erwarten ist bei der Berechnung der Morbi RLV, dass die großen Organfächer im somatischen Bereich, wie beispielsweise die Innere Medizin oder die Frauenheilkunde, den Takt für die Entwicklung der Morbi-RLV vorgeben werden. Für uns wird man dann wie so oft Anpassungen an die medizinischen Kernbereiche vornehmen. Dies wird dann vermutlich nur mehr schlecht als recht die Bedürfnisse unseres Fachgebietes abdecken. Wir werden also sehr gefordert sein, uns hier effektiv einzubringen, unsere Besonderheiten herauszustreichen und uns rechtzeitig auf das neue System einzustellen.

Der ursprüngliche Zeitplan zur Einführung der Morbi RLV, wie er im GMG von 2003 steht, nämlich mit Start auf Arzt- bzw. Psychotherapeutenebene zum 01.01.2007, kann nach aller Wahrscheinlichkeit nicht gehalten werden. Es ist also eine Gesetzesänderung zur Anpassung der Einführungsfristen erforderlich. Das muss also vorher noch bewerkstelligt werden. Bei dem aktuellen Geschehen in der Politik (Neuwahlen des Bundestages im Herbst 2005) und den drängenden anderen Problemen ist abzuwarten, wann mit einer neuerlichen Änderung des SGB V und einer weiteren Gesundheitsreform zu

rechnen ist. Geplant scheint sie in den Köpfen der Gesundheitspolitiker allemal allein schon wegen der Frage Kopfpauschale oder Bürgerversicherung.

Dennoch sind die Bemühungen der KBV sehr ehrgeizig und so wurde bereits im Februar 2005 vom Bewertungsausschuss eine internationale Ausschreibung getätigt, in der führende Softwareanbieter ihre Angebote für die nötige Abrechnungssoftware bis 30.07.2005 beim Bewertungsausschuss abgeben können. Um diese Ausschreibung überhaupt zu tätigen, wurde bereits ein anonymisierter Musterdatenpool von 6 Mio. Diagnose und Leistungsdaten zusammengestellt und den Firmen zur Verfügung gestellt. An diesem Modelldatenpool sollen die Softwarehersteller die Funktionsfähigkeit der sogenannten „Groupersoftware“ oder Klassifikationsverfahren testen und entwickeln. Bis Ende Oktober des Jahres 2005 will dann der Bewertungsausschuss auf Empfehlung eines externen Gutachtergremiums eine Auswahl treffen und den entsprechenden Auftrag erteilen. In 2006 soll die deutsche Version des Systems fertig gestellt werden. Dann werden an einem etwa 30 Mio. Versicherten umfassenden Modelldatenpool Probeläufe der neuen Abrechnungssoftware im großen Stil durch die KBV erfolgen. Danach trifft der Bewertungsausschuss die notwendigen Beschlüsse, ob das neue System tauglich ist und eingeführt werden soll. Auf der Ebene der Länder KV-en können ab Ende 2006 bzw. Anfang 2007 die Berechnungen zu den Morbi RLV beginnen. Zunächst werden auf Kassen-KV-Ebene morbiditätsgewichtete Gesamtvergütungen berechnet. Die Einführung des neuen Systems auf KV-Ebene soll dann, so der abgeänderte Zeitplan in der Vorstellung der KBV, durchaus schon in Teilschritten 2007 erfolgen.

Allerdings ist die Einführung der Morbi-RLV gemäß § 85 b SGB V auf KV-Arzt/Psychotherapeuten Ebene erst für einen späteren Zeitpunkt geplant, sodass die endgültige Einführung wohl bis Ende 2008 mit einer vorgeschalteten Konvergenzphase unter Budgetbedingungen zu erwarten ist. Ab dem 01. Januar 2009, so die Planungen, könnte das neue System dann flächendeckend eingeführt werden.

Der Kerngedanke der morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumina ist, dass man pro Krankheit bzw. pro Diagnose von vorne herein abschätzen kann und wird, was an notwendigen Behandlungsschritten erforderlich ist. Anhand von nationalen Versorgungsleitlinien und vorgegeben Behandlungspfaden sollen die einzelnen Diagnosen

mit festen Vorgaben zur Behandlung und Regelleistungsvolumina zur Abrechnung der Behandlung versehen werden. Die Behandlung eines grippalen Infektes oder einer obstructiven Bronchitis wird künftig festgelegte -sozusagen normierte und standardisierte- Behandlungsabläufe erfordern. Der Patient bringt also ein vorher schon feststehendes Behandlungsvolumen, ausgedrückt in einer Fallpunktzahl gemäß seiner Diagnose (Rucksackprinzip), in die Praxis des Behandlers mit. Mit einer Diagnose ist also ein Behandlungskomplex verknüpft. Unschwer vorstellbar, was solche diagnosebezogenen Behandlungskontingente in der ambulanten Psychotherapie bedeuten werden. Sind für manche Patienten die jetzt bereits vorhandenen Richtlinienkontingente schon nicht ausreichend, so wird sich diese Problematik unter den Bedingungen der Morbi RLV noch einmal dramatisch verschärfen.

Andererseits wird sich vermutlich der Anteil der sprechenden Medizin in diesen Behandlungspfaden und Leitlinien systematisch verringern, weil zunächst vor allem die Medizintechnik und der Fortschritt in Form neuer Diagnosemöglichkeiten Einzug halten wird. Das Bedürfnis der Patienten nach Zuhören und Zuwendung, also die Nachfrage nach Psychotherapie, wird dadurch aber eher steigen.

Mit den Morbi-RLV sollen natürlich nicht nur die Kosten der Behandlungen transparent und vergleichbar gestaltet werden. Letztendlich wollen die Krankenkassen damit auch Geld sparen. Das heißt, es wird darauf ankommen wer die Leitlinien und Behandlungspfade definiert. Denn es gibt natürlich -besonders z.B. im englischen Raum- Leitlinien, die aus Sicht der Patienten eher als „Leidlinien“ zu sehen sind.

Die intensiven Bemühungen, die Morbi-RLV voran zu bringen machen deutlich, dass künftig der Verschlüsselung der Diagnosen gemäß ICD-10 GM eine entscheidende Bedeutung zukommen wird. Die morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumina werden in jedem Fall pro Krankheit, und das heißt pro Diagnose, bestimmte Behandlungskontingente sowohl im somatischen als auch im psychotherapeutischen Bereich verbindlich vorgeben. Die Diagnosen werden damit in Zukunft zur Drehscheibe der Honorarverteilung.

Für die psychotherapeutischen Leistungserbringer heißt es damit Abschied nehmen von dem zurückhaltenden und unspezifisch-allgemeinen Diagnoseverhalten der Vergangenheit, das primär dem Patientenschutz diene. Eine realistische Abbildung der von

der Gruppe der Psychotherapeuten behandelten Morbidität muss nun das Ziel der Diagnoseverschlüsselung sein, um den für unsere Arbeit notwendigen Honorarraumen innerhalb den Fachgruppen zu beanspruchen und zu sichern.

Aus Sicht des bvvp besteht deutlicher Nachholbedarf seitens vieler Psychotherapeuten im Hinblick auf die Diagnosevergabe. Der ICD-10 als gesetzlich vorgeschriebene Diagnosesystematik ist vielen Kollegen noch nicht sehr geläufig, sodass tatsächlich eine Weiterentwicklung der Diagnosekompetenz in unserer Fachgruppe ansteht. Vom bvvp aus sind wir hier schon tätig geworden und haben in einzelnen Landesverbänden unsere KollegInnen hinsichtlich der Sicherheit und des Spektrums der Diagnosen in der Psychotherapie geschult.

Diese Aufgabe wird in Zukunft auf alle Landesverbände des bvvp zukommen, um möglichst rasch ein realistisches Bild der Krankheiten, die in der ambulanten Psychotherapie behandelt werden, zu erstellen. Der Zeitplan des EBM, wie er oben dargestellt wurde, macht deutlich, dass bereits im nächsten Jahr im großen Stil Modellrechnungen zur Bildung der Morbiditätsgestützten Regelleistungsvolumina stattfinden sollen.

Es wäre also durchaus sinnvoll, bereits im Jahr 2005 das Diagnoseverhalten der Fachgruppe zu ändern. An der Stelle sei noch mal in Erinnerung gerufen, dass bereits seit 01.01.2004 der ICD-10 German Version für alle Vertragsbehandler zur verpflichtenden Diagnosesystematik geworden ist. Wir müssen also schon jetzt unsere Behandlungen nach dem ICD-10 kodifizieren. Damit wir das noch besser tun können, sind wir alle aufgerufen, das nötige Know-how weiter zu entwickeln und unseren KollegInnen zu vermitteln.

Die bisherigen Schulungen zum ICD-10 waren im Übrigen sowohl von den Psychotherapeutenkammern als auch von den zuständigen Ärztekammern mit Fortbildungspunkten versehen, sodass sich hier der Einstieg für alle lohnen sollte.

BENEDIKT WALDHERR

Info zum EBM:

Der bvvp ist zur Zeit auf verschiedenen Ebenen aktiv, die unsäglich niedrige Bewertung der biografischen Anamnese durch KBV und Kassen korrigieren zulassen. Die KBV gesteht zu, dass diese niedrige Bewertung vermutlich durch einen Übertragungsfehler zustande gekommen ist. Leider wird es bis zu einer Korrektur eine Weile dauern.

JÜRGEN DOEBERT

TK-Modell läuft in drei Modellregionen an

Auch wenn es zunächst nur in drei KVen anläuft, hat dieses Modell in allen Verbänden und KVen die Gemüter bewegt, denn es wurde in die Diskussion gebracht mit der Absicht, das Gutachterverfahren in Frage zu stellen und enthielt zu Beginn Vorstellungen über Eingriffe in den Psychotherapieprozess, die nicht mehr als „zerstörungsfreies Messen“ bezeichnet werden konnten. Nun liegt ein mit den örtlichen Fachausschüssen konsentiertes Modell vor, obwohl die TK immer wieder darüber klagte, wie lange das alles dauerte und fast Interesse und Lust daran verlor, sich mit unseren hartnäckigen bvvp-VerhandlungsführerInnen herumschlagen. Ich möchte an dieser Stelle ganz besonders den bvvp-Fachausschussmitgliedern in Westfalen-Lippe, Frau Dr. Juliana von Hodenberg, in Hessen Herrn Dr. Jochen Klauenflügel und in Südbaden Frau Dr. Regine Simon, danken. Sie alle haben in hervorragender Weise miteinander kooperiert und dadurch ermöglicht, dass es kein Ausspielen der einzelnen Regionen gegeneinander gab und dass alle drei KV-Regionen von den günstigen, vor allem in Südbaden unter Federführung von R. Simon erarbeiteten Vertragsbedingungen profitieren. Frau Simon hat nicht nur hartnäckig für die finanziellen Rahmenbedingungen des Modells gekämpft, sondern auch in unglaublich präziser Kleinarbeit dafür gesorgt, dass die zuvor heiß erkämpften strukturellen Änderungen am TK-Modell nicht sukzessive aus unterschiedlichen Gründen „aus Versehen“ wieder verloren gegangen sind. Ganz herzlichen Dank dafür!

Gegenüber der Ausgangsversion der TK wurde das Modell an vielen Stellen so geändert, dass alle Psychotherapeuten, zu deren Konzept eine ungestörte Arbeit mit der Beziehung zum Patienten gehört, nun auch ihre Belange untergebracht und berücksichtigt finden können. Obwohl wir davon überzeugt sind, das TK-Modell in harten, umfangreichen Verhandlungen so überarbeitet zu haben, dass der Teilnahme an diesem Modellversuch nichts entgegensteht, haben andere Verbände inzwischen bedauerlicherweise, wohl auch bei nicht ganz genauer Sachkenntnis, ihren Mitgliedern die Nicht-Teilnahme empfohlen. Wir gehen davon aus, dass es für die Psychotherapeuten als Profession wichtig und nützlich sein kann, mit Hilfe des TK Modells eine Datengrundlage

zu ermitteln, die zu vielen relevanten Fragestellungen fundierte Aussagen ermöglicht. Im nächsten bvvp-Magazin werden wir zu diesem Modell noch einmal ausführlich und sachlich die Vor- und Nachteile sowie mögliche Nebenwirkungen erläutern. Sie sollen aus erster Hand von unseren Mitgliedern, die die Verhandlungsmühen nicht scheuten, informiert sein, damit Sie für Diskussionen, die uns im Zuge der allerorten geforderten und diskutierten Qualitätssicherung noch sehr stark beschäftigen werden, gewappnet sind und damit Ihnen auch ihre persönlich zu treffende Entscheidung leichter fällt. Für Hessen und Südbaden ist die TK derzeit dabei, Therapeuten- und Patienteninformationen zu überarbeiten, um dann auch in diesen beiden Modellregionen, wie schon in Westfalen-Lippe mit der Rekrutierungsphase und den Schulungen zu beginnen.

BIRGIT CLEVER.

Hirnforschung und Willensfreiheit



Ingo Wolf Kittel

Der Autor ist Mitglied des bayerischen Landesverbandes des BVVP und arbeitet als ärztlicher Psychotherapeut in Augsburg. Während eines Aufbaustudiums in Psychologie und Philosophie und seiner Facharzt Ausbildung hat er zu den historischen und wissenschaftlichen Grundlagen der Medizin und Psychologie gearbeitet, insbesondere zum Krankheitsbegriff. Seit langem bemüht er sich auch um die Rekonstruktion von Leben und Werk des wohl bedeutendsten Wissenschaftstheoretikers der psychologischen Medizin des 20. Jahrhunderts, des in russischem Exil umgekommenen jüdischen Psychiaters und Psychotherapeuten Arthur Kronfeld.

Gelegentlich ist es sinnvoll, manchmal sogar nötig, sich auch auf banale Realitäten zu besinnen, z.B. auf die Tatsache, dass in der Forschung diejenigen am kompetentesten sind, die sie betreiben. Hirnforschern etwa wird man selbstverständlich eine entsprechende Sachkompetenz in der Hirnforschung zugestehen, wenngleich auch zunächst nur für sie. Dazu dürfte man besonders dann bereit sein, wenn erfahrene Hochschullehrer fachliche Stellungnahmen abgeben, selbst wenn sie dabei auch auf andere Fachgebiete übergreifen, insbesondere einen für Hirnforscher derart naheliegenden Bereich wie den der Psychologie.

Hierzu enthält DAS MANIFEST zu „Gegenwart und Zukunft“ der „Hirnforschung im 21. Jahrhundert“, das im Herbst 2004 von der Zeitschrift Gehirn & Geist veröffentlicht wurde und von elf, nach dem Editorial „bedeutenden Neurobiologen“ stammt, einen bemerkenswerten Passus, der die Sicht von Hirnforschern auf psychische Tatbestände schlaglichtartig beleuchtet und die reale Bedeutung der Hirnforschung für die Psychologie auf den ersten Blick deutlich werden lässt: „Nach welchen Regeln das Gehirn arbeitet; wie es die Welt so abbildet, dass Wahrnehmung und frühere Erfahrung miteinander verschmelzen; wie das innere Tun als ‚s e i n e‘ Tätigkeit erlebt wird [wie es, scil. *das Gehirn* ‚seine‘ Tätigkeit erlebt?] und wie es zukünftige Aktionen plant, all das verstehen wir nach wie vor nicht einmal in Ansätzen. Mehr noch: Es ist überhaupt nicht klar, wie man dies mit den heutigen Mitteln erforschen könnte. In dieser Hinsicht befinden wir uns gewissermaßen noch auf dem Stand von Jägern und Sammlern.“ (Sperr. hinzugef.)

Wissenschaftshistorische Analysen werden aufzuweisen haben, wie es möglich war, dass im Verlaufe der vergangenen Jahrzehnte eine einzelne Forschungsdisziplin auf einem derartigen, früher sicher nicht höherem Niveau die wissenschaftliche Grundlage für eine zunehmende Fülle wortpolitischer Verdoppelungen von Einzelwissenschaften abgeben konnte, nämlich die Rede und teilweise sogar institutionelle Verankerung von *Neuroversionen* einzelner Forschungsbereiche bis hin zu einer *Neurophilosophie* oder *Neuropsychanalyse* und *Neuropsychotherapie* in unserem Bereich, ja sogar zur Überhöhung oder ‚Reduzierung‘ von Wissenschaft zur bzw. auf *Neurowissenschaft* (oder auch *Kognitionswissenschaft*). Entscheidende Anstöße dazu dürften aus dem in den USA entwickelten Programm einer *Naturalisierung* der Erkenntnistheorie oder gleich der gan-

zen Philosophie gekommen sein mit dem Ziel ihrer „Auflösung in Psychologie“ und dem „Endziel“, diese wiederum „auf Neurowissenschaft zu reduzieren.“

Nach jüngsten Analysen handelt es sich bei diesem Programm jedoch eher um das einer *Eliminierung*, nämlich die Beseitigung der philosophiegeschichtlich als Cartesianismus bekannten, historisch auf theologische Spekulationen zurück gehenden Zweisubstanzenlehre, allerdings mittels schlichter Begriffsakrobatik: durch Umbenennung des angeblichen *Leib-Seele-Problems* zum *Geist-Gehirn-Problem* und dessen Auflösung durch eine Art Gleichsetzung von Geist und Gehirn, indem ohne Rücksicht auf die umgangssprachliche Herkunft und von dort her eigentlich konstituierte Bedeutung psychologischer Rede diesem Organ schlicht all die geistigen oder psychischen Funktionen zugeschrieben werden, die wir uns üblicherweise uns selbst zuschreiben.

Der australische Neurophysiologe Max R. Bennett hat in Zusammenarbeit mit dem englischen Philosophen Peter M. S. Hacker in detaillierten Untersuchungen, die sie in ihrem großen lehrbuchartigen Werk „Philosophical Foundations of Neuroscience“ (Oxford 2003) vorgelegt haben, nachgewiesen, dass auch in der englischsprachigen neurowissenschaftlichen Literatur und somit von Hirnforschern weltweit vom Gehirn so geredet wird, als wenn es sich bei diesem komplexen Neuronensemble einem Homunkulus gleich um ein Wesen handelt, das wahrnimmt und erinnert, wertet und entscheidet, plant usw., und zwar bis in seine Subsysteme hinein, die denn auch miteinander kommunizieren und Informationen austauschen sollen!

(NB: Das fast ein Halbttausend Seiten umfassende, optisch die argumentativen Hauptzüge geschickt herausstellende enggedruckte Werk der Autoren ist wegen der umfangreichen kritischen Analysen psychologischer Begriffe und Ausdrucksweisen vor allem aus der Umgangssprache, aus der die auch von Wissenschaftlern gebrauchten psychologischen Termini stammen, für Psychologen weitaus relevanter als für Neurowissenschaftler, deren Theoriebildung endlos viele Konfusionen, Unsinnig- und Sinnlosigkeiten nachgewiesen werden: aus psychologischer Perspektive ist das Buch eine wahre Fundgrube von Anregungen – besonders für uns Psychotherapeuten, die wir in unserer Arbeit ganz auf die Umgangssprache angewiesen sind!)

Typisch für die heutige Neuro- und Kognitionswissenschaft ist demnach eine simple *cerebrale Pseudopsychologie*. Nach der

konsequentesten Version davon konstruiert ‚das Gehirn‘ sogar wissenschaftliche Theorien und schafft sich – so die verstiegenste, dem philosophischen Solipsismus analoge Spekulation bzw. *Konstruktion*, nach der alle Grundprobleme der sensualistischen Erkenntnistheorie fröhliche Urstände zu feiern scheinen – „das Gehirn [sogar] seine Wirklichkeit“ mit der kabarettreife Pointe, dass der Vertreter dieser Theorie sich selbst denn auch seinerseits in vollem Ernst zu einem *Konstrukt* seines Gehirns erklärt hat!

Auf derart fragwürdiger Grundlage spekulieren Hirnforscher mittlerweile auch ohne besondere Kompetenz über nahezu alles bis hin zur Rechtswissenschaft, Architektur und Politik, vor allem aber über philosophische Grundfragen und Begriffe sowie sämtliche psychologische Grundthemen bis hin zum Unbewussten einerseits und unserem Handeln andererseits.

Am bekanntesten dürfte geworden sein, dass besonders forsche Hirnforscher aufgrund von – deterministisch gedeuteten! – *korrelationsanalytisch* gewonnenen Befunden aus neuropsychologischen Untersuchungen von Willkürbewegungen wider jede Logik behaupten, Hirnforschung habe nunmehr empirisch die *Nichtexistenz* von Willensfreiheit wenn nicht bewiesen, so zumindest wissenschaftlich plausibel gemacht, nachdem sie seit der griechischen Antike und in der Folge immer mal wieder in verschiedenen Formen – besonders gern von philosophierenden Naturwissenschaftlern – bislang nur aufgrund eines prinzipiellen oder ideologischen, philosophisch mal ‚ontologisch‘, mal ‚metaphysisch‘ genannten und der Welt als ganzer spekulativ unterstellten *Determinismus* in Abrede gestellt werden konnte, der Willensfreiheit lediglich per definitionem, also rein logisch ausschließt. Eine besondere Pointe liegt darin, dass sich Hirnforscher aller Erfahrungen und Überzeugungen, die dieser fragwürdigen Metaphysik entgegenstehen, statt wie erforderlich logisch interessanterweise psychologisch zu entledigen suchen: indem sie diese nach der bekannten Devise, dass nicht sein kann, was nicht sein darf, einfach zu Illusionen ‚erklären‘.

Wirklicher psychologischer Sachverstand ermöglicht jedoch ohne größeren Aufwand klarzumachen, was mit der umgangssprachlichen Bezeichnung ‚Willensfreiheit‘ bezeichnet oder gemeint wird. Willens-, Entscheidungs- und Wahlfreiheit beruht nämlich auf unserer Denkfähigkeit, unserer von Dichtern besungenen vielzitierten Gedankenfreiheit. Denken wiederum beruht auf unserem Erinnerungsvermögen, das in nichts ande-

Der Klassiker zum Thema

jetzt in der 7. Auflage



Zu Beginn einer Therapie fühlen sich Alkohol- und Medikamentenabhängige oft hoffnungslos überfordert. Mit gezielter Aufklärung gibt dieses Buch Orientierungen in der härtesten Phase der Behandlung. Therapeuten erhalten Strukturierungshilfen für die ersten (für den Behandlungserfolg oft entscheidenden) Therapiestunden.

»Lieber schlau als blau hat sich zu dem Standardwerk entwickelt... Es hilft nicht nur Angehörigen, Alkoholabhängigkeit zu verstehen. Das Buch eignet sich auch sehr gut zum Gesprächseinstieg mit Betroffenen und Therapeuten.« *Blaues Kreuz*

Neu in der 7. Auflage:
Die CD-ROM enthält u.a. drei zentrale Kapitel des Buches als Vorträge (zur Präsentation mit Beamer in Selbsthilfegruppen oder Suchtkliniken geeignet).

Johannes Lindenmeyer **NEU**
Lieber schlau als blau
Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
7., überarbeitete und erweiterte Auflage 2005. IX, 256 Seiten. Gebunden.
Mit CD-ROM. € 24,90 D
ISBN 3-621-27562-2

BELTZPVU www.beltz.de

rem besteht als in der Fähigkeit, etwas zu *wiederholen*.

Erinnern ist eine Aktivität; ‚Erinnerungen‘ sind deswegen bestimmte Einzelaktivitäten. (Diese führen wir *mit* dem Gehirn aus, nicht *in* ihm, wo sie von Hirnforschern meist gesucht werden...) Erinnern besteht darin, sich ehemalige Wahrnehmungen erneut zu ‚vergegenwärtigen‘ oder ‚vorzustellen‘, wie umgangssprachlich gesagt wird, oder terminologisch: sie zu *imitieren* (nach Dirk Hartmann „Philosophische Grundprobleme der Psychologie“, Darmstadt 1998).

Damit sind wir fähig, in irgendwelchen Zusammenhängen einmal Erlebtes zu *einem anderen Zeitpunkt und damit auch immer in anderen Umständen* zu wiederholen, und zwar entweder auf andere (wenn auch vielleicht ähnliche oder ‚gleiche‘, weil sich gleichende...) aktuelle Anregungen hin oder aber ohne solche und somit ‚von selbst‘, und das immer wieder: einfach dadurch, dass wir *von uns aus, daran denken*. (Von daher stammt die Bezeichnung ‚Gedächtnis‘ für unsere Erinnerungsfähigkeit.)

Dies heißt nichts anderes, als dass wir ‚in der Vorstellung‘ bzw. ‚in Gedanken‘ oder ‚im Denken‘, wie sinngleich für ‚denkend‘ umgangssprachlich auch gesagt werden kann, *von den ursprünglichen Zusammenhängen*, in dem das einstmals Erlebte stand, *unabhängig* sind. Genau das ist die Bedeutung von ‚frei‘: frei von...

Das nun ermöglicht alles, was zu unserem zentralsten Aufgabengebiet als Psychologen und Psychotherapeuten gehört: ein von ‚realen‘ Bedingungen mehr oder weniger unbeeinflusstes, ungehindertes oder freies und damit vor allem auch selbstbestimmtes gedankliches Umgehen mit Einzelheiten ehemaliger Wahrnehmungen.

Folgen davon können u.v.a. Erinnerungstäuschungen sein, die auf unbemerkten oder ‚ubw.‘ Veränderungen von Einzelheiten oder Zusammenhängen bei der spontanen Wiederholung ehemaliger Wahrnehmungen beruhen. Erst recht sind auch mehr oder weniger weit gehende kreative Neukombinationen von Erinnerungselementen möglich: jedermann kennt solche aus Tag- und Nachtträumen, manche auch aus Visionen oder Gesichten bis hin zu halluzinatorischen Erlebnissen verschiedenster Provenienz oder als harmlose Gedankenspiele oder Phantasien, vor allem aber aus eigenem Überlegen oder künstlerischem Gestalten aller Art. Es sind Erfahrungen dieser Art, die ‚empirische Grundlage‘ sind für unser Wissen um ei-

ne grenzenlose Freiheit im Denken und Imaginieren.

Bewusst genutzte Gedankenfreiheit ermöglicht nun Wahlfreiheit. Sie schaffen wir uns, indem wir uns in einem realen Erlebniszusammenhang etwas zu dem momentanen Erlebten *hinzuzudenken*: vielleicht nur durch einfache Erinnerung an Reaktions- oder Handlungsweisen, die uns aus früheren Erlebnissen bekannt sind, oder durch ‚Er-Kennen‘ oder ‚Er-Finden‘ einer neuartigen Reaktionsweise. (Momentane Situationen können dann daraufhin geprüft werden, ob und welche Reaktionsweise ‚möglich‘ ist und zudem, ob eine davon und ggf. welche eher das zu erreichen erlauben würde, was man ‚ins Auge gefasst‘ hat, als die spontane Reaktion, zu der man sich durch einen ersten reflektorisch zustande gekommenen ideomotorischen Impuls ‚intuitiv‘ angeregt erlebt). Mit anderen Worten: durch ein *Ausdenken* von Alternativen schaffen wir uns ‚geistig‘ oder ‚in der Vorstellung‘ Wahlmöglichkeiten.

Wahlfreiheit hat allerdings Konsequenzen: sie und erst sie führt dazu, sich entscheiden und damit auf eine der in Erwägung gezogenen Alternativen festlegen zu müssen. Gleichwohl bleiben selbst einmal – mehr oder weniger überlegt oder willkürlich ... – getroffene Entscheidungen jederzeit revidierbar. Insofern verfügen wir, solange wir denken können, immer auch über Entscheidungsfreiheit, auch wenn diese sich nicht selten in ‚Willkür‘ manifestiert.

Wie es über all dies zur Rede von der Freiheit des Wollens oder ‚Willens‘ als bloß *sprachlicher Hinweis darauf, sich entscheiden zu haben*, gekommen ist, wobei ‚wollen‘ interessanterweise etymologisch mit ‚wählen‘ verwandt ist, aber auch mit ‚wohl‘ und ‚Wolf‘ und vielleicht sogar ‚Wolle‘, wäre eigene Überlegungen wert. Nur auf ein traditionelles Missverständnis sei abschließend noch hingewiesen: es liefe auf einen *naiven Begriffsrealismus* hinaus (um den es real eigentlich geht, auch bei der Auffassung von vielen anderen Begriffen wie etwa ‚Geist‘...), wegen der rein sprachlich möglichen Ausdrucksweise ‚dies ist mein Wille‘ oder ‚ich habe den Willen‘ für den schlichteren verbalen Ausdruck ‚ich will‘ anzunehmen, es gäbe ‚etwas‘ („für sich Seiendes“...), das als ‚Wille‘ bezeichnet werden könnte, der uns überdies auch noch von sich aus bewegen würde, irgendetwas zu tun! Es ‚gibt‘ nur uns Menschen, die etwas mehr oder weniger überlegt wollen – und *sprachliche Ausdrücke*, uns darüber zu verständigen.

INGO-WOLF KITTEL

IMPRESSUM

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

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

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

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

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

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

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

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

Satz: Selignow Verlagsservice Berlin, www.selignow.de

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

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

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

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

Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 5, Erscheinungsweise: vierteljährlich

Das nächste Heft erscheint am 20.10.05 (Redaktionsschluss: 31.08.05)

ISSN-Nummer: 1683-5328

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

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

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

AUS DEN REGIONALVERBÄNDEN

BADEN-WÜRTTEMBERG

Anachronismen des GMG, hier am Beispiel der Debatte um die Vorstandsdiensverträge in Baden-Württemberg

Der Gesetzgeber hatte gegen den dezidierten Willen der Ärzteschaft die Umgestaltung der Organisationsstruktur der KVen im GMG und eine Annäherung an Strukturen, die der freien Wirtschaft entlehnt wurden, verfügt. KV-Vorstände arbeiten seit 2005 nicht mehr ehrenamtlich, sondern hauptamtlich, angestellt und mit dem operativen Geschäft der KV betraut, die VV ist dem Aufsichtsrat und seinen Aufgaben gleichgestellt. Mit dieser Umstrukturierung wollte der Gesetzgeber die KV-Strukturen an der freien Wirtschaft orientieren, die Effizienz der KV-Verwaltung, der Entscheidungsfindung- und Umsetzung sowie mit der „Managerfunktion“ seiner Vorstände die wettbewerbliche Komponente der KVen stärken. Man kann trefflich darüber streiten und sehr gut gegenteiliger Auffassung sein, ob es sachgerecht ist, die KVen Wirtschaftsunternehmen gleichstellen zu wollen, aber natürlich, – wenn man es denn so tut – hat es Auswirkungen auf die Höhe der zu vereinbarenden Bezüge, der Praxis- und Nebentätigkeit, die im Gegensatz zu früher jetzt vertraglich genauestens geregelt werden musste, wenn bislang ehrenamtliche Vorstände in „hauptamtliche Vorstände mit Managerfunktionen“ umgeschrieben werden müssen. Die vertraglichen Regelungen müssen damit zwingend ganz anderen Rahmenbedingungen Rechnung tragen. Wie weitreichend und für viele angesichts der tatsächlichen Nicht-Vergleichbarkeit mit Wirtschaftsunternehmen, in der praktischen Konsequenz schwer nachvollziehbar diese Umstrukturierungen sind, zeigten in Baden-Württemberg die Reaktionen von Kollegen, der Presse und inzwischen interessanterweise auch seitens des Sozialministeriums, dem die Ausgestaltung der Vorstandsdiens-

verträge inzwischen nicht mehr richtig erscheint. Andererseits wird mit der Veröffentlichung der Gehälter aller KV-Vorstände im Frühjahr dieses Jahres auch nur transparent, was auch schon vor dem GMG bei KV-Vorsitzenden üblich und zumindest den Sozialministerien als Rechtsaufsicht der KVen immer bekannt war. Die Gesamtsumme der Einnahmen aus Vorstandsvergütungen aus der Landes-KV, Vergütungen für die Tätigkeiten auf Bundesebene und Einnahmen aus der Praxis ist vor und nach dem GMG im Wesentlichen gleich geblieben. Die Gehaltsdimensionen dagegen, die gezahlt werden müssten, wollte man wirklich der Intention des GMG entsprechen und Leute aus der freien Wirtschaft anwerben können, wurden nicht erreicht, denn die Einnahmen von Vorständen mittelständischer Unternehmen fangen bei 200 000 € erst an und reichen bis 380 000 €. Da können die von den KVen und auch die von der KV Baden-Württemberg gezahlten Gehälter nicht ernsthaft mithalten. Im Bundesgebiet liegen die Bezüge bei 160 000 bis 250 000 € zuzüglich unterschiedlicher Regelungen zur Altersabsicherung. In Baden-Württemberg erhalten insgesamt fünf Vorstandsmitglieder zwischen 210 000 und 240 000 € mit unterschiedlichen Regelungen zur Altersabsicherung. Wo ist also der richtige Vergleichsmaßstab? Dass es in Baden-Württemberg darüber hinaus nicht nur zwei oder drei, sondern fünf Vorstandsmitglieder gibt, ist ein Detail und Spezifikum im Zusammenhang mit der ebenfalls von Gesetzgeber verordneten Fusion der bisher vier KVen in Baden-Württemberg. Deshalb wünschten die Ärzte, eingeschränkt auf die erste Amtsperiode, aus jeder Alt-KV ein Vorstandsmitglied im neuen Vorstand Baden-Württemberg zu haben und das Sozialministerium fügte dann seinerseits noch das fünfte Vorstandsmitglied hinzu, hat also die Anzahl der Vorstandsmitglieder für sinnvoll und damit auch wirtschaftlich erachtet und vorgegeben.

Die Delegierten haben es sich im letzten Jahr bei ihren Entscheidungen, wie die neuen KVen und auch die neue KV BaWue im Interesse aller Kollegen auf der Führungsebene optimal personell und finanziell ausgestat-

tet werden soll, nicht leicht gemacht. Ziel war es, die besten Bewerber zu wählen und sie so auszustatten, dass sie sich nicht immer wieder überlegen müssen, ob sie vielleicht nicht doch lieber in ihren Praxen geblieben wären oder an Altverträgen festgehalten hätten. In Baden-Württemberg sollten auch in Übereinstimmung mit dem Ministerium, die ärztlichen Kollegen durch eine umschriebene Tätigkeit in ihrer Praxis noch mit den Füßen auf dem Boden vertragsärztlichen Arbeitsalltags bleiben können und sie sollten ggfs. nach Beendigung der Vorstandstätigkeit auch nach Erreichen des 55. Lebensjahres weiter ärztlich tätig sein können. Zulassungsrechtlich ist dafür natürlich die Voraussetzung, dass die Zulassung noch besteht. Die Delegierten haben sich in allen KVen alle Mühe gegeben, im Rahmen der ihnen übertragenen, demokratisch legitimierten Verantwortung abgewogene Entscheidungen zu treffen und haben dann die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen beauftragt, die Verträge mit den Vorstandsmitgliedern entsprechend abzuschließen. Das ist inzwischen überall geschehen. In Baden-Württemberg hatte das Sozialministerium zuvor von seinem Informationsrecht Gebrauch gemacht und war über die Vertragsinhalte genauestens informiert worden. Nach der Unterzeichnung sind die Verträge jetzt rechtskräftig und die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen und die Vertreterversammlung sind als „Arbeitgeber“ in der Pflicht, an den gemachten Zusagen verlässlich festzuhalten und die abgestimmten Verträge retrospektiv nicht in Frage zu stellen. Trotzdem hat es in Baden-Württemberg – und zwar interessanterweise nur in diesem bekanntermaßen nicht gerade ärmsten Bundesland – eine heftige öffentliche Debatte über die Höhe der Vorstandsbezüge gegeben. Warum echauffieren sich also gerade hier Kollüegen, Presse und Landespolitiker von SPD und CDU, Politiker der gleichen Parteien, die auf Bundesebene genau diese Regelungen beschlossen haben?

Das kann nur damit zu tun haben, dass die GMG-Regelungen im Grunde eben nicht in sich konsistent und sachgerecht sind, so dass Reibungen und Verwicklungen vorpro-

grammiert sind. Dass in diesem Durcheinander die Politik und auch die öffentliche Meinung ab und zu aus dem Auge verlieren, dass auch Ärzte und Vorstandsmitglieder Menschen sind, dass auch sie ein Recht auf Vertrauensschutz und in diesem speziellen Fall auf Vertragserfüllung haben, muss nicht wirklich verwundern, schmerzlicher dagegen ist es schon, wenn trotz aller Vermittlungsversuche im Nachhinein ein großer Teil der eigenen Kollegen Bauchschmerzen hat.

Niedrig sind die Bezüge nicht, die Gehälter der Vorstandsmitglieder sind tatsächlich hoch, verglichen mit der Einnahmesituation vieler Ärzte. Aber es gibt natürlich auch eine relevante Zahl an Ärzten, die aufgrund ihrer eigenen Einnahmen keineswegs ohne Verständnis auf die Gehälter der Vorstandskollegen zu schauen brauchen und auch nicht unbedingt tauschen würden. Und die Zahl dieser Ärzte ist deutlich größer als die Zahl derer, die protestieren. Was ist also angemessen? Sind die Bezüge der hauptamtlichen Vorstandsmitglieder am Mittelfeld oder im oberen Teil ärztlicher Einkommen festzumachen? Die Delegierten haben sich mit ihren Beschlüssen dafür entschieden, die Einkommenssituation der Führungsmannschaft nicht am denkbar unteren, sondern am oberen Vergleichsmaßstab zu orientieren. Und das ist wohl auch richtig, denn alles andere wäre ärzteschaftsintern in sich wiederum nicht stimmig.

Trotzdem ist es ein seltener Glücksfall, nach allen Seiten zufrieden stellende Lösungen zu finden. Diese sind nicht zu erreichen, wenn gesetzliche Vorgaben mit den realen Gegebenheiten und Aufgabenstellungen nicht wirklich kompatibel sind. Dann aber müssen die gesetzliche Regelungen überdacht werden, nämlich ob es wirklich sachgerecht ist und bleiben soll, die KVen ihres ehrenamtlichen Elements zu entblößen und in die Wirtschaftswelt mit den Gesetzmäßigkeiten des Marktes einzufügen. Es kann nicht angehen, erst solche Regelungen zu definieren und dann seitens der Politik und der Ministerien auf die Personen Druck ausüben zu wollen, die sich nach den neuen Regelungen der Politik richten (müssen) und sie umsetzen.

BIRGIT CLEVER

BAYERN

„Nachzahlungen – und der Ärger nimmt kein Ende“

Die Entwicklung der Nachzahlungen in Bayern hat leider wider Erwarten eine sehr unan-

genehme Richtung genommen. Die KV Bayern hat auf dringende Intervention der eigenen Juristen den Beschluss gefasst, doch nicht an alle Psychotherapeuten die Nachzahlungen zu leisten. Es wurde entgegen früheren -leider nur mündlichen gemachten Zusagen- ein sehr restriktiver Weg für die Nachvergütungen gewählt. Man wolle in jedem Fall das noch diesen Sommer zu erwartende BSG-Urteil zum § 44 SGB X abwarten. Nur wenn das BSG zu Gunsten der Psychotherapeuten urteilt, will die KVB die bestandskräftig gewordenen Honorarbescheide, in Bayern immerhin die von fast 40 % aller Kollegen, aufheben. Ohne höchstrichterliche Rechtsprechung habe man den Mut dazu nicht, aus Angst vor einer möglicherweise drohenden fachärztlichen Gegenklage.

Wir waren darüber natürlich erstens sehr überrascht, zweitens sehr enttäuscht und drittens natürlich verärgert bis erbost. Deshalb haben wir uns im Schulterschluss mit den übrigen Psychotherapeutenverbänden alle Mühe gegeben, diesen Vorstandsbeschluss des neuen Vorstands der KV Bayerns sowohl juristisch als auch aufsichtsrechtlich zu prüfen.

Es hat sich, als erfreulicher Nebeneffekt, eine breite Verbände-Initiative entwickelt, die über alle Verbands- und Verbandsgruppierungsgrenzen hinweg zusammen gearbeitet hat, um das Bayerische Sozialministerium in dieser Sache einzuschalten, was auch gelungen ist. In einem langen, intensiven Gespräch am 8. März wurde hier auch seitens der Aufsicht die Rechtsmeinung der KVB-Justitiare, die sich dann in dem KVB-Vorstandsbeschluss leider niedergeschlagen hat, sehr ernst und kritisch hinterfragt.

Auch seitens der Aufsicht wurde noch einmal deutlich herausgestellt, dass es letztlich bei bestehender Rechtslage eine politische Entscheidung der Kassenärztlichen Vereinigung bleibt, zumal sich ja auch andere KVen bei praktisch paralleler grundsätzlicher Rechtslage für die Nachzahlung an alle Psychotherapeuten entschieden haben.

Von daher ist die Entscheidung des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns umso schwerer nachvollziehbar.

Inzwischen hat das BSG das Thema auch auf seiner Agenda, am 22.06.05 wurde dazu unseres Wissens nach eine interne Beratung seitens des zuständigen Senates durchgeführt.

Jedenfalls ist erfreulich, dass die Verbände-Initiative, die zu großen Teilen auf Betreiben des BVVP Bayern entstanden ist und z.B. vom DPTV in Bayern sehr positiv aufgenommen wurde, einen wichtigen Fortschritt in

der Zusammenarbeit der Verbände darstellt. So gesehen möchte man den Vorstand der KVB fast trotzig entgegen rufen. „Weiter so, das Thema eint immerhin die Verbände der Psychotherapeuten!“

Unsere Hoffnung ist, dass auch über diese Aktion zur „Nachzahlung für alle“ hinaus diese Verbände-Zusammenarbeit gefördert werden kann. Wir werden das vom BVVP-Bayern mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln auch unterstützen, weil wir nicht nur für die Integration der Psychotherapeuten in die KVen angetreten sind, sondern auch für die Integration der Verbände und Psychotherapeuten-Gruppierungen untereinander. Diesem Ziel fühlen wir uns auch weiterhin verpflichtet.

BENEDIKT WALDHERR

SÜDBADEN

GEZ ist geil?

Es klingelt. Draußen steht kein Patient, sondern der Mann von der GEZ. Sie müssen ihn nicht reinlassen. Aber Sie sind verpflichtet, ihm Rede und Antwort zu stehen. Wobei er vielleicht besser über Sie informiert ist, als Sie denken: die GEZ darf Adressendaten kaufen und z.B. abgleichen, wer eine TV-Zeitschrift abonniert hat, aber keine Gebühren zahlt. Ob es stimmt, dass durch eine erfolgsabhängige Bezahlung die Motivation der Gebührenjäger gestiegen ist, ließ sich nicht verifizieren.

Eine Kollegin berichtete uns das Folgende: wahrheitsgemäß erklärte sie dem Auskunft Heischenden, in ihren Praxisräumen weder Radio noch Fernsehgerät zu haben. Das hätte sie schon wiederholt auf schriftliche Anfragen mitgeteilt.

Hm. Man bedauere die Behelligung. Aber ganz nebenbei: anscheinend wohne sie nicht hier? Nein, sondern in XY. Da würde sie doch sicher ihr Auto benutzen? Arglos bestätigte das die Kollegin. Ergebnis: Gebührennachzahlungsforderung für das Autoradio über 665,33 €. Mit automatischer Abbuchung.

Merke: Nicht nur Rundfunk- und Fernsehgeräte in Praxisräumen müssen extra angemeldet werden, sondern auch das Autoradio – selbst wenn man lediglich einmal im Monat mit dem Auto zur Supervision fährt

Merke weiter: Wer am häuslichen Schreibtisch nicht nur Briefe an Tante Ida sondern z.B. auch Psychotherapieanträge verfasst und dabei nicht auf inspirierende Musik verzichten will, muss das Gerät ebenfalls

anmelden und dafür extra Rundfunkgebühren bezahlen.

Und merke schließlich: Selbst wenn das Fernsehgerät in der Praxis ausschließlich der Wiedergabe von Video-Aufzeichnungen dient oder im Praxis-PC eine niemals verwendete TV- oder Radiokarte steckt – hilft alles nichts: das kostet.

Last not least darf man die Rundfunkgebühren unserer Praxisangestellten nicht vergessen. Wenn wir sie ihnen zur Verfügung stellen, müssen wir die Anmeldung vornehmen – werden sie mitgebracht, ist es deren Aufgabe. Aber die Klärung dieses Problems dürfte uns Psychos eher wenig Kopfzerbrechen machen.

URSULA NEUMANN

NORDRHEIN

Zum Bericht an den Gutachter

Ein Bericht an den Gutachter ist kein Gutachten und schon gar kein Abschlussbericht fürs Examen einer Therapieausbildung und warum das gut so ist. – Eine Anmerkung zur Vereinfachung.

Wer kennt nicht das Gespräch mit den Kollegen, das Stöhnen und den Satz: "Ich muss noch X Gutachten schreiben!" wobei mit dem „Gutachten“ der Bericht an den Gutachter gemeint ist. Dem EBM 2000+ kann man die Zeitangaben entnehmen, die der Bewertungsausschuss der KBV für das Erstellen der Berichte an den Gutachter zugrundelegt: EBM 2000+ 35130 Bericht ... Kurzzeittherapie, 710 Punkte, Kalkulationszeit 30 Minuten, 35131 Bericht ... Langzeittherapie 1420 Punkte, Kalkulationszeit 60 Minuten.

Die ungenaue Begriffsbildung kann einem im Wege stehen, dies in der zur Verfügung gestellten Zeit zu schaffen.

Zunächst einige klärende Definitionen:

Gutachten:

Ein Gutachten ist die Stellungnahme eines Experten zu einer bestimmten Fragestellung von einer neutralen Position aus. „Aussage eines Sachverständigen in einer sein Fachgebiet betreffenden Frage“ (Meyers großes Taschenlexikon 1990 Bd.9 S.99) „Gutachtertätigkeit ... [dient] vordringlich der Wahrheitsfindung zwischen Ansprüchen von Patienten und Auftraggebern....“ (Sozialmedizinische

Begutachtung in der Gesetzlichen Rentenversicherung, Gustav Fischer Verlag 1995 S.2)

Antrag und Bericht:

Im Antrag wird der Leistungsanspruch eines Patienten an die Krankenkasse formuliert. „Die Feststellung der Leistungspflicht ... erfolgt durch die Krankenkasse auf Antrag des Versicherten. Wird ein Antrag auf Langzeittherapie gestellt ... so soll dieser Antrag neben den Angaben zu Diagnose ... auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthalten (Bericht an den Gutachter) (R:F II, Faber Haarstrick, Kommentar zu den Psychotherapierichtlinien, 5. Auflage 1999 S.116)

Gutachter:

„Der Gutachter [im Richtlinienverfahren] hat sich zu äußern, ob die in diesen Richtlinien genannten Voraussetzungen erfüllt sind“ (R:F III, 1. ebenda.) „Im Gutachterverfahren... werden entsprechend qualifizierte Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Gutachter tätig.“ (R:F III 3. ebenda) Es sind also Experten, die die Fragestellung beantworten, ob eine Störung gemäß der Richtlinien vorliegt und das beantragte Verfahren geeignet ist, die Störung zu behandeln, der Erfolg ausreichend günstig ist und dass dem Gebot der Wirtschaftlichkeit Folge geleistet ist. Die Gutachter sollen die Berichtschreiber und die Therapeuten nicht beurteilen.

Examensarbeit:

Eine Examensarbeit oder ein Colloquiumsbericht dient dazu, die fachlichen Qualitäten eines Ausbildungskandidaten der Ausbildungsinstitution darzulegen. Er soll darlegen, was er kann und ob er damit zu den Examinierenden gehören darf.

Jetzt die Erörterung:

Das Gutachterverfahren ist für viele lästig, stellt aber die Basis der wohl von allen geschätzten BSG-Urteile dar. Viele quälen sich damit. Manch einer mag gekränkt sein, dass das, was er mit viel Mühe erstellt hat, (wer kennt nicht die Kollegen, die mehrere Stunden an ihren Anträgen sitzen) „nur“ ein Antrag sein soll und der Dreizeiler des Gutachters – oft aus Textbausteinen zusammengesetzt – ist dann das Gutachten. Gutachten klingt schon höherwertig, es ist aber etwas ganz Anderes als ein Bericht.

Eine Falle ist in dieser Begrifflichkeit ver-

borgen: Der Begriff „Gutachten“ bewirkt bestimmte Assoziationen, löst Konditionierungen aus, steht für einen bestimmten Kontext, führt uns in den falschen Ordner unseres Denkcomputers. So finden wir nicht schnell genug das, was wir suchen. Es geht eben nicht darum ein Gutachten abzuliefern, was wir als angehende Behandler wegen der fehlenden Neutralität auch gar nicht könnten und nach den Richtlinien auch gar nicht sollen. Eine umfassende Darstellung des Patienten ist somit nicht nötig. Und wir brauchen auch nicht, wie in einer Examensarbeit oder in einem Colloquiumsbericht, einem Institut oder einer Fachgesellschaft die eigene Exzellenz zu demonstrieren. Wir müssen auch nicht versuchen, dem Gutachter ein Lob zu entlocken.

Eine Lösung:

Wie wäre es mit folgender rationaler Betrachtung: Der Antrag auf Leistungserbringung gegenüber dem Kostenträger dient der Begründung desselben. In unserem Falle sind wir mit dem Patienten gemeinsam zu dem Ergebnis gekommen, dass eine Behandlung notwendig ist. Wir stellen auch die Indikation. In der Begründung zum Antrag wird die Notwendigkeit etc. dargelegt. Dabei sind der Entscheidungsinstanz, in diesem Falle dem Gutachter, die notwendigen Informationen zur Zustimmung zu liefern. Die Begründung muss so gestaltet sein, dass der Gutachter nicht umhin kann, die Leistungspflicht zu bestätigen. Die Bezeichnung „Bericht zum Antrag“ stellt das Schriftstück in den richtigen Zusammenhang.

Zu überprüfen wäre auch, ob man sich nicht leichter tut, wenn man im inneren Dialog statt des leicht Gekränkten: "Es ist ja nur ein Antrag!" sagen könnte: „Die Begründung zum Antrag ist eine Begründung zum Antrag! (in der ich der leistungsbewilligenden Stelle die notwendigen Informationen gebe, damit dieselbe dem Antrag zustimmt.)“

Befreit von unangemessenen Assoziationen, im richtigen Kontext, mit genauer Sprache, konzentriert auf das gewünschte Ziel, abgespeckt auf das Geforderte ist es eher zu schaffen, die Begründung zum Antrag wirklich innerhalb der einen Stunde, die wir bezahlt bekommen, anzufertigen.

CHRISTIAN WILLNOW

SCHWERPUNKT

Gesundheitsförderung und Prävention

Kleines Wörterbuch der Prävention und Gesundheitsförderung



Ursula Neumann

Im Folgenden werden einige Begriffe ausführlicher erklärt, die für unseren Schwerpunkt „Gesundheitsförderung und Prävention“ zentral sind. Dabei bin ich aus praktischen Gründen der gebräuchlichen Definition von „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ gefolgt, wohl wissend, dass diese nicht „trennscharf“ ist und ihre Mängel hat. Der Vorschlag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, „Gesundheitsförderung“ zum Oberbegriff zu machen und Prävention darunter zu subsumieren, scheint mir sinnvoll – aber noch hat er sich nicht durchgesetzt.

Dieses Mini-Wörterbuch hat viele HelferInnen: einschlägige AutorInnen und Internetseiten, von denen mal hier eine Wendung, da ein Halbsatz, dort eine Idee übernommen wurde. Würde ich sie alle zitieren, wäre der Artikel doppelt so lang und unlesbar. Ich bitte insbesondere die ungenannt Gebliebenen um Verständnis.

Determinanten von Gesundheit/Krankheit

Es sind keineswegs nur medizinische Faktoren, die über den Gesundheitszustand eines Menschen bestimmen, vielmehr handelt es sich um ein Bedingungsgefüge aus

- Einkommen und sozialem Status
- sozialer Unterstützung und sozialen Netzwerken
- Arbeit und Arbeitsbedingungen
- physischer Umwelt
- Gesundheitsdiensten
- persönlichem Gesundheitsverhalten und Bewältigungskompetenzen
- kindlicher Entwicklung
- Ausbildung
- biologischer und genetischer Ausstattung

Explizite und implizite Gesundheitspolitik

Explizite Gesundheitspolitik ist das, was zum Ressort des Gesundheitsministeriums gehört. Implizite Gesundheitspolitik umfasst den Teil der Politik, der die Gesundheit der Bevölkerung beeinflusst. Bei Verkehrs- und Umweltpolitik leuchtet das unmittelbar ein. Aber auch Bildungs-, Arbeitsmarkt-, Steuer- und Finanzpolitik wirken auf die Gesundheit der Bevölkerung: Bildung wirkt positiv, Arbeitslosigkeit bzw. belastende Arbeitsverhältnisse, und nicht zuletzt eine große Spreizung der Vermögensverhältnisse einer Gesellschaft haben negative Auswirkungen.

Gesundheitschancen hängen – selbst bei gleichem individuellem Gesundheitsverhalten! – in erster Linie vom sozialen Status ab. Ein niedriger sozialer Status bedeutet Leben in ungesünderer Umgebung (Wohngegend und Wohnverhältnisse; „arme“ Gemeinden“ können weniger Geld für eine gesunde Infrastruktur wie Schwimmbad oder Radwege ausgeben), es bedeutet risiko-/stressreichere Arbeit (oder Arbeitslosigkeit), geringere Bildungschancen, ein weniger effektives soziales Netz, weniger Selbstachtung, einen geringeren Glauben an die Selbstwirksamkeit, usw. Fazit: bezogen auf den sozialen Status lebt das oberste Fünftel der Bevölkerung im Vergleich zum untersten Fünftel 7 Jahre länger (und etliche Jahre länger ohne Behinderung).

Gesundheitsförderung

Sie umfasst Maßnahmen, die auf die positive Veränderung und Förderung der individuellen und kollektiven Gesundheit als auch der Lebensverhältnisse abzielen. Während die Prävention eher ein pathogenetisches Verständnis von Gesundheit hat (Gesundheit als Fehlen von Krankheit), geht die Gesundheitsförderung eher von einem salutogenetischen Ansatz aus (Gesundheit als Vorhandensein von Lebensqualitäten). Sie fragt, wie sich Gesundheit herstellen lässt und zielt auf „empowerment“. Der Blick geht weg von Defiziten (Risikofaktoren) hin zu Ressourcen (Schutzfaktoren) und einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit. Außer körperlichen und personalen Ressourcen, Verhaltens- und Lebensweisen werden die soziostrukturellen und ökologischen Lebensbedingungen gesehen. Die Psychotherapie bekommt durch diese Sicht einen viel bedeutenderen Stellenwert als den eines Heilhilfsberufers zum Zwecke der Psychoedukation, weil Selbstvertrauen und Kohärenzgefühl, emotionale Stabilität und verlässliche soziale Einbettung als wesentliche Voraussetzungen für Gesundheit betont werden.

Ottawa-Charta (1986)

Mit ihr vollzog die WHO (angestoßen durch medizinkritische Diskussionen, Umwelt- und Bürgerrechtsbewegungen) den Paradigmenwechsel zur Gesundheitsförderung („from cure to care“) und damit zu einem umfassenden Verständnis von Gesundheit und ihren Voraussetzungen. Es heißt darin: „Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbe-

dingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.“ „Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt“ wird als wesentliche Voraussetzung genannt. Als Prinzipien bei der Umsetzung werden die Selbstbestimmung der Betroffenen und das koordinierte Zusammenwirken der verschiedensten Bereiche (Politik, Wirtschaft, NGO's, Medien usw.) betont. (den ganzen Text finden Sie unter www.dngfk.de/html/pdf/ottawa.pdf)

Prävention

Prävention (lat: zuvorkommen) zielt auf die Vermeidung von Krankheit und Verringerung ihrer Verbreitung ab. Zentrale Strategie ist, die Auslöse-/ Risikofaktoren von Krankheiten zurückzudrängen oder auszuschalten.

Eine Beschränkung auf den biomedizinischen Blickwinkel führt zur (teuren) Engführung: Die wichtigsten Gesundheitsdeterminanten sind sozio-ökonomischer und psychosozialer Natur und liegen weitgehend außerhalb der Reichweite der Medizin. (Vgl. u.a. Mielck, 2000) Trotz der überwiegend „sozial produzierten“ Gesundheit fließt das Geld ganz überwiegend in die Vorhaltung und den Ausbau kurativmedizinischer und zunehmend biotechnologischer Reparaturleistungen.

Prävention wird u. a. üblicherweise in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention eingeteilt. Dabei bedeutet Primärprävention die Verminderung von (Teil-)Ursachen von Erkrankungen, bevor sie eintreten. (z.B. Impfungen, ergonomische Arbeitsplätze, Information der Eltern über gesunde Ernährung von Kindern). Sekundärprävention hat die Entdeckung von symptomlosen Frühstadien einer Erkrankung und die dadurch ermöglichte Frühtherapie zum Ziel (z.B. Vorsorgeuntersuchungen). Unter Tertiärprävention kann sowohl die wirksame Verhütung bzw. Verzögerung der Verschlimmerung einer manifesten Erkrankung als auch die Verhinderung bzw. Milderung bleibender Funktionseinbußen infolge einer Erkrankung verstanden werden (z.B. Koronarsportgruppen).

Prävention kann weiter nach dem Ansatz in Verhältnis- bzw. Verhaltensprävention unterschieden werden. Verhaltensprävention zielt darauf, gesundheitlich riskantes Verhalten des Individuums zu verändern (z.B. „safer sex“, gesundes Essen, mehr Bewegung). Aufgrund der „Individualisierung der Risiken“ (Stichwort „Eigenverantwortung“) liegt Verhaltensprävention im Trend. Aber die üblichen Angebote sprechen überwiegend die ohnehin gesündere „Mittelschicht“ an, während sie an den kränkeren sozial Benachteiligten vorbeigeht. Gründe dafür sind neben der „Komm-Struktur“ dieser Angebote ein soziales Umfeld, das für die Umsetzung und Aufrechterhaltung des Gelernten ungünstig ist

Verhältnisprävention setzt am sozialen Umfeld, den gesellschaftlichen oder rechtlichen Rahmenbedingungen an (z.B. rauchfreie Bahnhöfe, Lärmschutz, ergonomische Arbeitsplätze). Oft ist eine Verhältnisprävention Voraussetzung, damit Verhaltensprävention erfolgreich sein kann (Das „Anschlallen“ setzte sich erst durch, als Bußgeld drohte, das Vorhandensein einer Dusche verändert die Körperhygiene).

Prävention, Gesundheitsförderung und Geld

„Was die Gesellschaft für das Gesundheitswesen ausgibt, stellt eine ... Fehlinvestition dar, da bei der Mittelverwendung von falschen Annahmen über die Grundlagen menschlicher Gesundheit ausgegangen wird. Man betrachtet den Körper als Maschine, die vor allem durch direkte Eingriffe in ihre internen Vorgänge vor Krankheit und

ihre Folgen geschützt werden könne. Diese Betrachtungsweise führt dazu, dass Umwelteinflüssen und persönlichem Verhalten – den wichtigsten gesundheitsrelevanten Faktoren – mit Gleichgültigkeit begegnet wurde.“ (McKeown, 1982)

In den Bereich Gesundheitsförderung/Prävention fließen lediglich 5 % der Gesamtausgaben des Gesundheitswesens; der GKV-Anteil für primäre Prävention und betriebliche Gesundheitsförderung wird auf 0,05 % geschätzt (Drupp, 2002). Präventionsmaßnahmen müssen häufig mit zu erwartender Kostenersparnis begründet werden. Dagegen käme im kurativen Bereich niemand auf die Idee, die Einführung neuer Präparate und Methoden davon abhängig zu machen, dass sie Geld sparen.

Die Implantierung der genetischen Diagnostik als Folge der pathogenetischen Denkweise könnte zu einer weiteren Verstärkung der Schiefelage führen, zum Nachteil der Prävention jener chronischen „Volkskrankheiten“, für deren Behandlung 80% des GKV-Geldes verwandt wird, und die durch eine gute Prävention in großem Umfang zu verhindern wären.

Ob Prävention Geld spart oder Geld kostet, ist umstritten. Als unbegründet hat sich jedoch die Befürchtung erwiesen, dass die durch ein „gesünderes Leben“ steigende Lebenserwartung zu einer Verlängerung der „multimorbiden Phase“ mit entsprechenden Kosten führt (ein Argument, das z.B. von der Tabakindustrie gebraucht wurde, um den volkswirtschaftlichen Nutzen des Rauchens zu unterstreichen): im Bevölkerungsdurchschnitt verschiebt sich der Eintritt chronischer Erkrankungen im Lebensalter schneller nach hinten als die durchschnittliche Lebenserwartung zunimmt.

Eines der Probleme der Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung ist, dass diejenigen dafür bezahlen müssen, die selbst keinen Nutzen davon haben. Einen Kindergartenträger z.B. zur Investition in ein Selbstsicherheitsprogramm zu bewegen, weil Selbstsicherheit die Suchtanfälligkeit senkt, dürfte auch deshalb schwer sein, weil der Träger selbst „nichts davon hat“ – die Kosten für Suchtkrankheiten werden aus anderen Töpfen bedient. Damit hängt auch die Problematik zusammen, dass jetzt die GKV zur Primärprävention verpflichtet wurde (§ 20 Abs. 1 SGB V): „Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen ... Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen ...“. Wie beherzt werden (und können!) sich Krankenkassen, die untereinander im Wettbewerb um „gute Risiken“ stehen, einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe annehmen? Ob das Argument „weil wir Projekte der Primärprävention für MigrantInnen, Alleinerziehende, Arbeitslose fördern, können wir den Beitrag nicht senken“ ein Klientel überzeugt, dem in den letzten Jahren beigebracht wurde, dass „Solidargemeinschaft“ out und Geiz geil ist?

Salutogenese

entwickelt von Aaron Antonovsky (1923–1994). Seine Frage war nicht, warum ein Mensch krank wird, sondern wieso manche Menschen trotz schwerster Belastungen „gesund“ bleiben. Statt eines dichotomischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit geht die Salutogenese von einem Kontinuum aus. Wo man sich auf diesem Kontinuum befindet, hängt wesentlich ab vom „Kohärenzgefühl“, d. i. eine grundlegend zuversichtliche und vertrauensvolle Lebenseinstellung, die das Gefühl einschließt, (prinzipiell) zu verstehen, was geschieht, es verarbeiten und die auf einen zukommenden (Lebens-)Aufgaben bewältigen zu können (sense of comprehensibility, sense of manageability)

und das Leben als sinnvoll zu empfinden (sense of meaningfulness). Je besser das Kohärenzgefühl ausgebildet ist, umso „resilienter“ ist ein Mensch (Resilience: Elastizität, Spannkraft) und kommt mit den physikalischen, biochemischen und psychosozialen Stressoren zurecht, ohne zu erkranken.

Setting-Ansatz

Unter Settings werden soziale Einheiten mit gemeinsamer Struktur und Aufgabe verstanden: Gemeinden, Betriebe, Schulen usw.. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung berücksichtigen diese Settings auch heute überwiegend noch nicht, sondern heben auf die individuelle Verhaltensänderung ab. Dies, obwohl bekannt ist, dass man ohne Berücksichtigung des sozialen Kontextes schnell an Grenzen stößt: gesund zu essen und sich ausreichend zu bewegen, klappt kaum in einer Familie, auf deren Speisezettel bevorzugt Pizza steht und deren Freizeitgestaltung sich in Fernsehen erschöpft. Sich nicht zu betrinken, erfordert Ichstärke, wenn es beim Dorffest „dazu gehört“. Mit dem Rauchen aufzuhören, ist einfacher, wenn im Betrieb ein generelles Rauchverbot gilt.

Ein eng gefasstes Verständnis des Setting-Ansatzes beschränkt sich darauf, die Settings als organisatorische Basis für Programme der Gesundheitsförderung zu nutzen. Zur vollständigen Umsetzung des Setting-Ansatzes gehört aber mehr:

1. Die Vermittlung von individuellen Lebenskompetenzen (Life Skills): die Einzelnen sollen zu einem besseren Verständnis ihrer Lebenswelt befähigt werden, um so selbst sinnvolle Problemlösungsstrategien entwickeln zu können. Beispiel: Mütter lernen, dass ihr „Gestresst sein“ keine persönliche Schwäche sondern Folge ihrer Belastung ist, dass es die Möglichkeit einer Mütterkur gibt und wie man dafür Anträge stellt.
2. Partizipation: Interventionen sollen nicht „top-down“ sondern „bottom up“ geschehen, mit dem Ziel, aus passiv „Betroffenen“ aktiv Handelnde zu machen. Die Einbindung der Zielgruppe in Entscheidungs- und Entwicklungsprozesse (dazu gehört auch Mitsprache über die Verwendung der Gelder!) gibt die Chance, dass die Menschen ein Problem zu ihrem eigenen machen und als „Experten in eigener Sache“ (eher) herausfinden, wo man sinnvoller Weise ansetzt. Beispiel: der (nicht nur als Alibi fungierende!) „runde Tisch“ an einer Schule entwickelt zum Umgang mit dem Drogenproblem eine Initiative, die maßgeschneiderter und engagierter ist als das, was die Vortragsreihe der Drogenberatung in Gang bringt.
3. Strukturentwicklung: Ziel ist die Schaffung solcher institutionalisierter Rahmenbedingungen, die dauerhaft gute Voraussetzungen für eine gesunde Lebensgestaltung bieten. Das reicht von guten und ohne Gefahr zu erreichenden Spielplätzen bis zu strukturellen Veränderungen in einem Betrieb, die ein selbständigeres und damit gesundheitsförderndes Arbeiten ermöglichen.

Kurse mit festem Programmablauf sind ohne Zweifel einfacher zu organisieren und leichter zu evaluieren. Mit dem Setting-Ansatz ernst zu machen, bringt Unwägbarkeiten mit sich, die nicht in ein simples Input-Output-Strickmuster passen – aber so pflegt das bei allem Lebendigen zu sein.

Warum hat es Prävention/ Gesundheitsförderung so schwer?

Mc Ginnis (2001) zählt ein „dirty dozen“ von Gründen auf – die wichtigsten zusammengefasst:

- Während bei Heilungen die Kausalität – scheinbar – auf der Hand liegt, ist die Wirksamkeit der Prävention „unsichtbar“. Das Ausbleiben einer Krankheit ist weder spektakulär – was der politischen Durchsetzbarkeit von Prävention hinderlich ist –, noch ist der Kausalitätsnachweis je ganz sicher zu erbringen.
- Von Prävention profitiert nicht (nur) der, der in sie investiert hat.
- Der Eintritt des Erfolgs ist zeitlich nicht präzise bestimmbar und oft in weiter Ferne.
- Die Anerkennung der Multidimensionalität der Gesundheit bedeutet, dass zahlreiche Akteure zusammenarbeiten müssen. Durch vielfache Zuständigkeiten (auch finanziell!) wird Prävention kompliziert.
- Die Technologie-verliebte Kultur verlangt einfache, schnelle Lösungen und Reparaturen.
- Gegenläufige kommerzielle und politische Interessen behindern Prävention. Man zahlt lieber einen (begrenzten) Obolus für die Behandlung von Krankheiten – oder verweist sie ganz in den Bereich der individuellen Verantwortung. Das gilt nicht nur für die Fast-food- und Tabakindustrie etc.. Beispielsweise fürchten Politik und Industrie die Kosten für Umweltschutz. Auch die Beschränkung des Profits durch humane Arbeitsbedingungen stößt nicht überall auf Gegenliebe.

URSULA NEUMANN

Prävention – wider die kollektive Verdrängung und Privatisierung der Risiken



Hanna Tlach

„...Mut, Dinge zu ändern, die zu ändern sind, Geduld, Dinge, die ich nicht ändern kann, hinzunehmen wie sie sind und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“

(J. C. OETINGER, 18. JH.)

„Global denken, lokal handeln“

(AGENDA 21, WELTKONFERENZ RIO DE JANEIRO 1992)

Es gibt immer wieder Leute wie Churchill, die rauchen, viel Stress haben, keinen Sport machen, ungesund essen und doch ziemlich gesund alt werden. Liegt es dann an „no sports“, wie er selbst sagte, seinen Genen oder seiner enormen „Selbstwirksamkeit“ als Politiker?

In Japan gibt es weniger KHK als in anderen Ländern. Wandern Japaner nach USA aus, gleicht sich ihr Risiko an. Liegt es also am Soja oder am „way of life“ mit der ganzen Palette von Lebensstilfaktoren wie auch das geringere KHK-Risiko in mediterranen Ländern? In Studien fand man eine höhere Lebenserwartung für Vegetarier. Ob es am Weglassen von Fleisch, an der dadurch geringeren Schadstoffaufnahme oder eventuell auch sonst gesundheitsbewussterem Verhalten liegt, bleibt offen.

Die Stärke unseres Immunsystems, mit Belastungen fertig zu werden, hängt von vielen inneren und äußeren Faktoren ab (Einkommen, Lebensstil, Genetik, Infektionen, Impfungen, Bildung, Wohnumfeld, Schadstoffbelastung, Arbeitszufriedenheit, soziale Beziehungen, Lebensgefühl). In Drittweltländern stehen beim Überleben der Zugang zur Nahrung und sauberem Wasser im Vordergrund, bei uns eher Bewegungsmangel und Fehlernährung, Stress, Sucht, Reizüberflutung, Innenraumluftbelastung. Der Einfluss der Gene wird derzeit eher wieder überschätzt, was zu Fatalismus oder zu übertriebener Hoffnung in die Gentechnik führt. Wie Gene durch physische wie psychische Umweltfaktoren „an- und abgeschaltet“ werden, zeigt J. Bauer in seinem Buch „Das Gedächtnis des Körpers“. Auf Immunsystem und Verhalten hat nach fachübergreifenden Studien der „Psychoneuroimmunologie“ oder „Neuropsychanalyse“ (Solms) „Glaube“ und damit die Psyche einen nicht unerheblichen Einfluss.

Orientierung für individuelle Prävention finden wir im multikausalen Denken wie z.B. im „Fassmodell“: wenn wir uns vorstellen, dass bei einer Erkrankung oder einem einzelnen Symptom ein Fass zum Überlaufen kommt, ist es vorrangig, nach den individuell beeinflussbaren Faktoren zu schauen, die es füllen oder zum Überlaufen bringen. Ist die Krankheit zum Beispiel durch das „Critical Life Event No. 1“ Partnerverlust ausgelöst worden, können wir meist nichts mehr ändern. Wir können jedoch versuchen, beeinflussbare Faktoren zu finden, um unser Fass etwas leerer zu machen. Wir können Nichtraucher werden und andere toxische Belastungen im Umfeld reduzieren, Konflikte besser lösen lernen, unsere soziale Kompetenz und Selbstwirksamkeit verbessern („Autonometraining“ nach Stierlin/Grossarth-Maticek, 2000) und eventuell mithilfe einer Psychotherapie aus der „gelernten Hilflosigkeit“ (Seligman 1975) herausfinden, um uns dann im Gemeinwesen zu engagieren.

Nach dem Motto „Global denken – lokal handeln“ gilt es, die Selbstwirksamkeit der Individuen zu stärken und privates Verhalten mit globalen Zusammenhängen in Verbindung zu bringen wie in dem Netzwerk www.safer-world.org. Auf lokaler Ebene bieten die Agenda-Gruppen Gestaltungsräume, um unsere Lebensumwelt und die der nachfolgenden Generationen nachhaltig zu schützen (www.verbraucher.org).

In dem von Regierung und Opposition unterstützten neuen Präventionsgesetz sollen Menschen nach dem Setting-Ansatz in ihren lokalen Lebenssituationen abgeholt werden, vor allem die Kinder schon im Kindergarten, in Schulen und Vereinen. Wenn in Landkreisen Arbeitskreise für Prävention bestehen, können diese die Bundesmittel beim Land anfordern und verteilen. Cave: in manchen Bundesländern läuft die Verteilung nach dem „Windhundprinzip“ d. h. wer zuerst beantragt, bekommt zuerst, bis die Mittel ausgeschöpft sind.

Das aktuell diskutierte Präventionsgesetz versucht, mit geringen Mitteln den größtmöglichen Effekt zu erreichen – das ist immer Aufgabe der Politik. Aber nachhaltige Prävention ist von diesem Gesetz nicht zu erwarten. Auch wenn Abrechnungsziffern und der Facharzt für Umweltmedizin fehlen, die chronischen Schadstoffbelastungen bleiben! Alle Heilberufler sind gefragt, diesen Aspekt nicht aus den Augen zu verlieren. Dabei muss sich gerade unser Berufsstand davor

hüten, überwiegend umweltbedingte Krankheiten (z.B. die zunehmende Multiple Chemische Sensitivität MCS) aus Unkenntnis toxischer Zusammenhänge nur als Somatisierungsstörungen zu behandeln!

Wir PsychotherapeutInnen haben nach wie vor die Aufgabe im „stillen Kämmerlein“ unserer Praxen ressourcenorientiert Selbstwert, Selbstwirksamkeit und das Gefühl für die eigene Gesundheit unserer PatientInnen zu stärken im Sinne der Salutogenese. Parallel dazu braucht es einen Blick für das Umfeld und echte Primärprävention als langfristige Sparmaßnahme. Wenn wir täglich vor Augen haben, wie Arbeitsbedingungen, Arbeitslosigkeit oder (neuro)toxische Belastungen psychische Erkrankungen verstärken (z.B. über Störungen der Bluthirnschranke), sollten wir uns auch öffentlich äußern, wie das KollegInnen zum Beispiel im „Freiburger Appell“ in Bezug auf Elektromog getan haben (www.igumed.de).

Von Freud haben wir gelernt, die Arbeits- und Liebesfähigkeit wieder herzustellen. C.G. Jung haben wir die Idee der lebenslangen Entwicklungsmöglichkeiten bis ins hohe Alter zu verdanken. Adler betonte in seinem Konzept vom früh geprägten „Lebensstil“, dass seelische und körperliche Gesundheit mit der Zugehörigkeit zur Gemeinschaft und dem Gefühl der „sozialen Gleichwertigkeit“ zusammenhängt. Seine Erfindung der (präventiven) Erziehungsberatung können wir fortführen mit Familientrainings nach Gordon („Elternführerschein“), mit Stressbewältigungs-, Konflikt- und Autonomietrainings, die es für alle Altersstufen gibt (z.B. Geck 2001 oder Lind, Moral ist lehrbar, www.uni-konstanz.de/ag-moral). In Till Bastian, Thea Bauriedl, S. Mentzos und H.-E. Richter haben wir lebende Vorbilder, wie wir auch öffentlich wirksam werden können.

Der Krieg ist der größte Feind der Gesundheit, so sehen es die WHO und die „Ärzte zur Verhütung des Atomkriegs“ (www.ipnw.de). Friedenssicherung sollten wir nicht allein Regierungen und UNO überlassen, sondern wie unser Kollege J. Frank in seinem Buch „Bush on the Couch“ die durch George W. Bush verkörperte kollektive Suchtkrankheit aufdecken, die nach schnellen Lösungen sucht und dabei nachhaltig die Gesundheit vieler Menschen und die Zukunft der Menschheit aufs Spiel setzt.

„Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch“ (Hölderlin): Aus den USA, nämlich aus der dortigen Brustkrebsselfhilfebewegung, stammt das Konzept des „self-empowerment“. In unserer „Profession“ können wir unseren PatientInnen immer ein Stück davon durch Transformation von Angst in gesunde Aggression mitgeben und so präventiv die seelische und körperliche Immunität stärken.

HANNA TLACH

Gesunde Arbeit – kranke Arbeit

„Verbesserte Arbeitsbedingungen führen zu gesünderen Arbeitskräften, was zu erhöhter Produktivität führt. Dadurch verbessern sich die Voraussetzungen zur Schaffung noch gesünderer und noch produktiverer Arbeitsplätze.“ Klingt logisch, was der ausgewiesene Präventionsfachmann Rosenbrock schreibt. Ist aber derzeit vielleicht nicht ganz so logisch. Auch wenn große Teile der Belegschaften innerlich gekündigt haben, auch wenn die Arbeitsbelastung („Arbeitsverdichtung“) dramatisch gestiegen ist – der Krankenstand ist so niedrig wie noch nie. Geht doch! Falls wirklich jemand schlapp macht – die Schlange derjenigen, die um Arbeit anstehen, ist lange. „Wir sind ein attraktiver Arbeitgeber“, meint die Pressesprecherin des schlecht beleumun-

deten Handelsgiganten Wal-Mart, „Wäre dem nicht so, könnten wir nicht so spielend Leute finden.“

In verbesserte Arbeitsbedingungen zu investieren, würde erst mal kosten. Dafür gibt es vielleicht ethische Motive aber derzeit keine wirtschaftlichen. Da mag das Handelsblatt über ein betriebliches Gesundheitsseminar jubeln: „Allein durch bessere Ernährung und mehr Bewegung ließen sich in dem betreffenden Unternehmen schon nach sechs Monaten die Fehlzeiten um 60 Prozent von zwei auf 0,8 Fehltag pro Mitarbeiter reduzieren“ – solange man mit Entlassungsdrohungen das selbe Ergebnis erzielt, wird dieses Projekt wenig Nachahmer finden. „Nachhaltigkeit“ wird nur praktiziert, wenn sie sich rechnet. Wenn in ein paar Jahren eine „Rohstoffverknappung“ bei den FacharbeiterInnen eintreten wird, sieht es wieder anders aus. Es könnte auch schon jetzt anders aussehen, wenn dies eine wehrhafte Republik wäre, die das Verursacherprinzip zur Richtschnur nähme. 40 Mrd. Euro pro Jahr – so die vorsichtige Schätzung der Kosten für arbeitsbedingte Erkrankungen – lässt sich die Allgemeinheit weithin klaglos von denen aufbrummen, die ansonsten verkünden, Solidargemeinschaft sei ein alter Hut.

Das funktioniert auch deshalb, weil workaholism in besseren Kreisen schick ist. Während der dot.com-Blase wurden im Fernsehen smarte AufsteigerInnen gezeigt. Zarte Frauenhände – ob präventiv oder kurativ sei dahingestellt – waren an ihren Nackenmuskeln zugange, während sie sich vom PC gar nicht mehr trennen wollten. Hat sich erledigt. „Ihr Leben war Arbeit“ stand auf dem Grabstein meiner Großmutter.

Nicht erledigt hat sich, dass bei der Berechnung der „Arztminute“ eine Wochenarbeitszeit von über 50 Stunden zugrunde gelegt wird. Damit wird eher kokettiert, als dass gesagt wird „haben wir sie noch alle?“ Wobei – für unsere privilegierten Berufe gilt tatsächlich häufig der Spruch: „Bei der Arbeit hat mir selten das Vergnügen gefehlt, aber beim Vergnügen öfter die Arbeit“. Unter dieser Voraussetzung erhält Arbeit gesund – körperlich und seelisch.

Aber so ist es eben nicht überall und so ist es immer weniger. „Psychische Belastungen in der Arbeitswelt nehmen in alarmierendem Maße zu“ – das war schon 2002 Ergebnis einer BKK-Untersuchung: Wenn hohe psychische Anforderungen (z.B. extremer Arbeitsanfall, widersprüchliche Anforderungen, nicht ausreichende Zeit) zusammen auftreten mit geringer Einflussnahme auf die Arbeitsaufgaben (wenig Entscheidungsfreiheit, Mitbestimmung, Transparenz, Möglichkeit zur Weiterqualifikation, Abwechslung), dann steigt die Zahl der AU-Tage um ca. 50% an und zwar über alle Diagnosen (u. a. Arbeitsunfälle, Magengeschwüre, Atemwegsinfektionen, Rückenerkrankungen) und unabhängig von Alter, Geschlecht, körperlicher Belastung.

Über den krank machenden Faktoren der Arbeitswelt vergessen wir leicht, dass Arbeitslosigkeit die Gesundheit noch ungleich mehr gefährdet. Der ideologisch unverdächtige Armutsbericht der Bundesregierung (www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/sicherheit/armutsbericht/index.cfm) weist aus: 60% der langzeitarbeitslosen Männer haben gesundheitliche Probleme – aber „nur“ 28% der männlichen Erwerbstätigen (bei den Frauen ist das Verhältnis 52% zu 35%). Arbeitslose verhalten sich „gesundheitsriskanter“ (z.B. sind doppelt so viele arbeitslose wie erwerbstätige Frauen adipös), weil die Gleichgültigkeit gegenüber sich selbst zunimmt und Scheinbefriedigungen zum Ausweg werden, wenn ein befriedigendes Leben kaum möglich ist. Die Gesundheitsprobleme machen aber nicht halt bei den unmittelbar Betroffenen. Die Kinder der Deklassierten bleiben in ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Entwicklung hinter den anderen zurück.

Corinne Maier, die französische Analytikerin plädiert in ihrem

Bestseller für „Die Entdeckung der Faulheit. Von der Kunst, bei der Arbeit möglichst wenig zu tun“. „Es gibt kein Recht auf Faulheit“, konstatiert der noch amtierende Kanzler dieser Republik. Ich schlage folgende Arbeitsteilung vor: wir machen uns daran, die Faulheit zu entdecken und die politische Klasse fängt endlich damit an, die Arbeit zu erledigen, für die sie gewählt wurde und bezahlt wird: Implizite Gesundheitspolitik in Form einer guten Arbeits- und Sozialpolitik zu leisten.

URSULA NEUMANN

Wahre Lügen – Manipulation durch Informationen



David Klemperer

Nach einem Vortrag von David Klemperer zum Thema Krebsvorsorge ging eine Psychologin mit der Leidenschaft derer, die sich im Besitze der Moral wissen, den Redner scharf an: sie arbeite in einer Krebsklinik und erfahre täglich, wohin unterbliebene Vorsorge führe. Es spielte keine Rolle, ob das, was Klemperer referiert hatte, korrekt war oder nicht – dass er kritische Bemerkungen zum Mamma-Screening gemacht hatte, ließ ihn in den Augen dieser Kollegin fast persönlich verantwortlich für den Tod von Tausenden Frauen sein. Es ist keineswegs nur die Medizin- und Pharmaindustrie, die argumentiert, aus Verantwortung für uns selbst und gegenüber anderen müssten wir alles in Anspruch nehmen, was uns in Sachen Prävention geboten wird. „Wir produzieren Sicherheit“ – wer da Kaufzurückhaltung empfiehlt, hat bei diesem hochemotionalen Thema schlechte Karten. Ob pränatale Diagnostik, Prostata-Test oder Osteoporose-Mobil – man will sich ja nichts vorwerfen müssen. Bayer und andere sind im Wettlauf um eine „Polypill“. Die soll jede(r) ab 55 nehmen – denn damit würde die Zahl der Herzinfarkte um 88 Prozent und die Zahl der Schlaganfälle um 80 Prozent reduziert. Sagen die Pressesprecher. Um wie viel Prozent der Gewinn der Firmen stiege, sagen sie nicht.

David Klemperer ist Professor für medizinische Grundlagen der Sozialen Arbeit, Sozialmedizin und Public Health an der FH Regensburg und war Referent für Fragen der Planung und Steuerung im Gesundheitswesen beim Bremer Senat.

U.N.

Das halbvolle bzw. halbleere Glas ist ein gängiges Beispiel für die Darstellung ein und desselben Sachverhalts in zwei unterschiedlichen For-

Relatives und absolutes Risiko

Behandlungsgruppe		Plazebogruppe		relative Risikoreduktion (%)	absolute Risikoreduktion (%)
Überlebende	Verstorbene	Überlebende	Verstorbene		
9.000	1000	8.000	2.000	50	10,00
9.900	100	9.800	200	50	1,00
9.990	10	9.980	20	50	0,10
9.999	1	9.998	2	50	0,01

men. In der angloamerikanischen Literatur zur medizinischen Entscheidungsfindung wird dies als «framing» bezeichnet. Tatsächlich kann der Rahmen das Bild verändern. Die unterschiedliche Darstellungsform führt zu unterschiedlicher Wahrnehmung und Bewertung und kann letztlich ausschlaggebend für die Entscheidung sein.

Am Beispiel der Angioplastie (PTCA, Herzkranzgefäß-Aufdehnung) zur Beschwerdelinderung bei Patienten mit anhaltender Angina pectoris (Schmerz im Brustkorb infolge koronarer Herzkrankheit) konnte gezeigt werden, dass sich Patienten bei positiver Darstellung des Risikos («99 Prozent der Patienten haben keine Komplikationen») häufiger für den Eingriff entschieden als bei negativer Formulierung («Komplikationen treten bei einem von 100 Patienten auf»). Bei positiver Formulierung sagten 49 Prozent «definitiv ja» oder «vielleicht», bei negativer Formulierung 27 Prozent.

Das Beispiel zeigt, dass die Entscheidung des Patienten von der Art der gegebenen Informationen abhängig sein kann. Dies könnte durch gezielten Einsatz dazu genutzt werden, die Entscheidung von Patienten zu beeinflussen.

Ärzte wie Psychotherapeuten sind häufig nicht neutral bezüglich der zur Diskussion stehenden medizinischen bzw. psychotherapeutischen Intervention. Als Anbieter von Gesundheitsleistungen, die ihnen einen materiellen Vorteil bringen, stehen sie in einem Interessenkonflikt. Unabhängig davon, ob der Konflikt bewusst ist oder nicht, kann sich dies auf die Quantität und Qualität der Informationen auswirken, die der Arzt oder Psychotherapeut dem Patienten zur Verfügung stellt.

Manipulation durch selektive Information ist in der Medizin häufig anzutreffen.

Anlässlich der Brustkrebs-Diagnose von Kylie Minogue haben sich der Berufsverband der Frauenärzte und die Deutsche Gesellschaft für Pathologie zu Wort gemeldet. In den Online-Nachrichten des Deutschen Ärzteblattes war am 20.5.2005 zu lesen (www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=20172):

- Weltweit erkranken jährlich rund eine Million Frauen an Brustkrebs, in Deutschland 47.000.
- Nur jede zweite Frau nehme die jährliche Krebsvorsorge in Anspruch.
- Die Sterblichkeit an Brustkrebs solle um 30 Prozent gesenkt werden.
- Brustkrebs im Frühstadium könne meist vollständig geheilt werden («Heilungschancen bei fast 90 Prozent»).

Ohne Zweifel implizieren diese Informationen die Sinnhaftigkeit der Teilnahme aller Frauen an der Früherkennung von Brustkrebs. Aber zusätzliche Informationen verändern das Bild. Zur Kontrastierung handelt es sich um ausgewählte Informationen, welche die Teilnahme weniger attraktiv erscheinen lassen.

- Im Krebsatlas des Deutschen Krebsforschungszentrums wird die Zahl der Neuerkrankungen an Brustkrebs mit 42.600 pro Jahr um 4.400 Fälle niedriger geschätzt.

- Die meisten Frauen, bei denen die Diagnose Brustkrebs gestellt wird, sterben nicht an Brustkrebs. 2003 starben 17.173 Frauen an Brustkrebs.
- Im Jahr 2003 starben in Deutschland 457.676 Frauen. Von 27 verstorbenen Frauen ist somit eine Frau an Brustkrebs verstorben. Anders formuliert sterben von 100 Frauen etwa 4 an Brustkrebs.
- In der Altersgruppe, in der sich Kylie Minogue befindet (35 bis 40 Jahre), starben 2003 in Deutschland von 100.000 Frauen 7,4 an Brustkrebs.
- Für das Früherkennungsprogramm für 50 bis 69-jährige Frauen mit zweijährlichen Röntgenaufnahmen der Brust gilt für einen 10-Jahreszeitraum Folgendes:
 - eine Frau von 1.000 profitiert von der Früherkennung, sie wäre ohne Früherkennung an Brustkrebs verstorben. Während vier Frauen ohne Früherkennung sterben, reduziert sich mit Früherkennung die Zahl der Todesfälle auf drei. Die relative Risikoreduktion beträgt somit 25 Prozent.
 - Die Minderung des absoluten Sterberisikos für Brustkrebs beträgt 0,1 Prozent (eine Frau von 1.000), entsprechend einer number needed to screen von 1.000.
 - Insgesamt wird bei der Früherkennung Brustkrebs bei 7 Frauen von 1.000 entdeckt. Drei dieser Frauen versterben nicht an Brustkrebs. Drei der insgesamt sieben Frauen mit Brustkrebs versterben trotz der Früherkennung an Brustkrebs.
 - Bei einer Frau von 1.000 wird ein vorhandener Brustkrebs nicht erkannt.
 - In 10 Jahren wird bei 250 von 1.000 Frauen im Röntgenbild ein Hinweis auf möglichen Brustkrebs festgestellt, der sich bei weitergehenden, teils invasiven Untersuchungen, bei 242 Patienten nicht bestätigt (falsch positive Befunde).

Diese wenigen – wie gesagt ebenfalls selektierten Informationen – lassen die Früherkennung weit weniger attraktiv erscheinen.

Was folgt daraus?

Die Information von Patienten sollte weder zum Ziel haben, eine medizinische Intervention attraktiv oder unattraktiv zu machen. Die Mehrheit der Patienten wünscht umfassende Informationen, damit sie sich an der Entscheidung beteiligen oder sie zumindest nachvollziehen können. Die informierte medizinische Entscheidungsfindung setzt das Verständnis von potentielltem Nutzen und Schaden der zur Entscheidung anstehenden Behandlungsoptionen voraus. Klare, ehrliche und verständliche Informationen, die alle relevanten Aspekte der Entscheidung abdecken, sind dafür eine unabdingbare Voraussetzung. Numerische Informationen allein in Form der relativen Risikoreduktion können in die Irre führen, weil beispielsweise eine 50-prozentige Minderung des relativen Risikos bedeuten kann, dass von 10.000 Patienten 1.000 profitieren als auch ein Einziger (s. Abbildung).

Die Information von Frauen bezüglich der Brustkrebsfrüherkennung liegt derzeit noch im Argen. Eine Untersuchung von 58 Informationsbroschüren als auch von 27 Websites über das Brustkrebs-Screening

ning zeigt, dass durch selektive Information und Framing ein hochgradig verzerrtes positives Bild dieser Intervention gezeichnet wird. Insbesondere wird die absolute Risikoreduktion vorenthalten.

Das Rezept für Manipulation durch Information ist einfach und auf viele Situationen übertragbar: Informationen selektieren und ihnen einen passenden Rahmen geben («framing»), den potentiellen Nutzen übertreiben, den potentiellen Schaden verschweigen. Den Patienten bzw. Bürger erschrecken und ihm mit der Intervention, um die es geht, die passende Hilfe anbieten. Bewährt hat es sich auch, Prominente zu Fürsprechern zu machen, insbesondere wenn es sich um Krankheitsfrüherkennung handelt. Hilfreich ist auch eine Show am Samstagabend zum jeweiligen Thema (wie kürzlich zur Darmkrebsfrüherkennung). Kritiker sind als verantwortungslos bis verrückt zu beschimpfen, weil sie fahrlässig das Leben von Menschen aufs Spiel setzen. Ob Früherkennung von Darmkrebs, Brustkrebs, Prostatakrebs oder Polypill zur primären Prävention der koronaren Herzkrankheit – das Rezept wirkt.

DAVID KLEMPERER

Das Dilemma der Prävention



Rüdiger Hagelberg

Irrungen, Wirrungen

Stellen Sie sich vor, ein Patient, Herr M., geht zum Arzt, weil er gesund ist und es bleiben will. Was hat der Arzt damit zu tun, werden Sie fragen und der Arzt vermutlich auch (es sei denn, er ergreift die Chance zum „IGeLn“). Zum Arzt gehen wir bewährterweise, weil wir krank sind und nicht aus Gründen der (primären) Prävention oder Gesundheitsförderung. Wir verknüpfen unsere Gesundheit eher mit einer Patienten-Rolle und einem pathogenetischen und weniger mit einem salutogenetischen Gesundheitsverständnis.

Zwischen Medizin und Prävention besteht eine unklare Beziehung. Was hat das Tragen von Sturzhelmen mit Medizin, das Ausheilen einer Bronchitis mit Prävention zu tun? Ziehen Antiraucherkampagnen und Forderungen nach Rußpartikelfiltern in Dieselfahrzeugen am gleichen prophylaktischen Strang? Dem Bereitstellen von Krippen- und Kindergartenplätzen wird ein hoher präventiver Wert zugeschrieben. Was hat das mit Gesundheit oder gar mit Medizin zu tun?

Prävention und Gesundheitsförderung sind Gebiete, die sich in ih-

rer Bedeutung nicht so leicht wie die uns vertraute Medizin erschließen. Ihr und ihrer Lehre von der Entstehung und Heilung von Krankheiten (Ätiologie und Pathogenese) begegnen wir selbstverständlicher als Prävention und Gesundheitsförderung mit ihrer Lehre von der Erhaltung und Entstehung von Gesundheit (Salutogenese). Bei beiden geht es aber offenbar um Gesundheit und um verschiedene Wege dahin.

Prävention und Gesundheitsförderung im Schatten der Medizin

Wenn wir uns bei unserer Gesundheit an der „mächtigen“ Medizin orientieren, vermuten wir Prävention und Gesundheitsförderung in ihrer Nähe. So, als seien sie Teilgebiete von ihr wie Kardiologie oder Kinderheilkunde. Aus der Logik, dass die Medizin die „Mutter aller Gesundheit“ sei, resultiert die Mittelbereitstellung für Prävention und Gesundheitsförderung aus den Sozialkassen, vor allem denen der GKVen. Prävention und Gesundheitsförderung werden so zu Anhängseln von Krankheits-, Pflege- und Rentenkosten degradiert. Die Höhe der Mittel spricht dieselbe Sprache. Gesetzlich bereitgestellte Ausgaben für die Medizin verhalten sich zu denen für Prävention und Gesundheitsförderung etwa wie eine Villa zu einer Hütte. (Medizin ca. 240 Milliarden Euro pro Jahr, Prävention und Gesundheitsförderung ca. 180 Millionen Euro.) Die jetzt geplante Erhöhung der Gelder für auf 250 Millionen Euro sind ein „Tropfen auf den heißen Stein“ und Beweis für fehlende Neuorientierung.

„Mächtige Medizin“ ist kein Schlagwort. Sie hat Prävention und Gesundheitsförderung von zwei Seiten „in der Zange“: Einerseits besitzt sie Wissen über die Krankheiten, denen durch Prävention zuvor gekommen werden soll, und hat so eine unbestreitbare Kompetenz. Auf der anderen Seite der „Zange“ verheißt sie, Krankheiten immer besser und rascher zu heilen. Warum sich gesund ernähren, wenn es die Pille zum Abnehmen (oder den chirurgischen Eingriff zum Fettabsaugen) gibt? Wenn Organe und Gelenke, die durch ungesunde Lebensführung geschädigt wurden, immer reibungsloser ersetzt werden können? Wenn wir immer älter werden und besser leben, obwohl die Lebensrisiken durch Umweltschäden, Fehlernährung oder Bewegungsmangel u. a. angeblich immer größer werden?

Die Medizin drängt den Präventionsgedanken an den Rand und folgt einer Tendenz unserer Zeit, die auf den raschen Erfolg und das reibungslose Beseitigen von Symptomen ausgerichtet ist. Vom mühsameren Weg zu Gesundheit und Heilung will sie wenig wissen und trägt dazu bei, dass ein Verständnis von Gesundheit, das diese als Folge achtsamer, selbstverantwortlicher Lebensführung sieht, an Bedeutung verliert. Sie macht sich so zum Komplizen mancher Trends in der „Spaß- oder Konsumgesellschaft“, die einer vernünftigen, gesundheitsbezogenen Für- und Vorsorge entgegen wirken. Medizin als „moderne Dienstleistung“ in dieser Weise kann kein Vorbild für Prävention und Gesundheitsförderung sein.

Beim Bau eines Hauses oder der Konstruktion eines Autos käme niemand auf die Idee, es mit der Sicherheit und Zuverlässigkeit nicht so genau zu nehmen, weil es erfolgreiche Reparaturbetriebe gibt, die spätere Schäden beseitigen können. Der präventive Gedanke, Schäden soweit wie möglich von vornherein auszuschließen, ist hier selbstverständlich. Reparaturen (oder Rückrufaktionen) sind für uns ärgerliche und häufig teure Ausnahmen. Es ist daher nicht leicht verständlich, dass wir uns in erster Linie auf den „Reparaturbetrieb“ Medizin stützen, wenn es um unsere Gesundheit geht.

Das mindert nicht die segensreiche Bedeutung, die der „Reparatur-

betrieb" Medizin besitzt. Erkrankungen oder Unfälle, die durch Prävention nicht verhindert werden können, sind ihr Metier. Die Kriegs- oder Nachkriegsgenerationen überdies, die mit Mangelernährung und Traumatisierung das Gegenteil von Prävention erlebten, profitieren heute von den Fortschritten der Medizin in einem Maße, das die Risiken ihrer Vergangenheit kaum erwarten ließ. In dieser Hinsicht hat es in Deutschland nicht nur ein Wirtschaftswunder sondern auch ein „Medizinwunder“ gegeben, das aber dazu beitrug, dass Medizin – eigentlich eine „ultima ratio“ – zum „non plus ultra“ wurde.

Zu fehlgedeuteter Standortbestimmung von Prävention und Gesundheitsförderung führt auch, dass sie mit dem Einsatz der kurativen Medizin nicht „aufhören“. Sie sind „parallel“- und nicht „serien-geschaltet“. Sekundäre oder tertiäre Präventionsmaßnahmen stehen aber in ihrer prinzipiellen Bedeutung nicht gleichrangig neben der primären Prävention und Gesundheitsförderung. Letztere sind fundamentaler und globaler zu verstehen und zu verwirklichen und beziehen sich auf die ganze Vielfalt aller Lebensbereiche und Lebensphasen. Einengungen, zum Beispiel in die Denkweisen und Strukturen der Medizin, widersprechen ihrem Wesen. Kritiker warnen vor „Sklerosierung“. Soweit der heutige Stand in Deutschland.

Prävention und Gesundheitsförderung: „Schwestern“ der Medizin

Alle Behütung und Fürsorge, alles, was wir tun, um andere und uns vor den kleinen und großen Risiken des Lebens zu schützen, ist Prävention. Alles, was wir für uns und andere zur Stärkung und Entwicklung tun, ist Gesundheitsförderung.

Prävention und Gesundheitsförderung folgen einem anderen Paradigma als die heutige Medizin: Hier Denk- und Verhaltensmuster, die Verantwortung und Autonomie erfordern, dort der Sonderfall der Erkrankung als Ausdruck der Notwendigkeit und des Wunsches, Verantwortung abzugeben. Der „Sonderfall“ bietet eine wohlgeordnete institutionelle und personale Umgrenzung, die Regression erlaubt und Orientierung (scheinbar) erleichtert.

Prävention und Gesundheitsförderung verhalten sich zu Medizin wie Ursache zu Wirkung. Risikofaktoren verursachen Erkrankungen, Schutzfaktoren verursachen Gesundheit. Wie Erkrankungen entstehen, wie Risikofaktoren wirken, beschreibt die „Pathogenese“ als Gegenstand der Medizin. Wie Schutzfaktoren wirken, beschreibt die „Salutogenese“ als Gegenstand von Prävention und Gesundheitsförderung. Gesundheit wird von Gesundheitsförderung verbessert, von Prävention geschützt und von der Medizin wiederhergestellt. So verstanden sind Prävention und Gesundheitsförderung „Schwestern“ der Medizin und alle drei Gebiete selbständige Säulen von Gesundheit.

Die Beziehung von Bewegungsmangel zur Erkrankung zum Beispiel ist ein medizinisches Problem. Prävention erforscht die Ursachen für den Bewegungsmangel und sucht, seiner Wirkung durch Erziehung, Schulung u. v. m. zuvorzukommen. Medizin kann sich auf das „Medizinische“ konzentrieren, während Prävention und Gesundheitsförderung alle Lebensbereiche und Lebensvorgänge im Blick haben muss. Deshalb spielen auch Psychologie, Soziologie und andere Wissenschaften für Prävention und Gesundheitsförderung eine Rolle.

Wie wenig die Medizin allein zur Primärprävention beitragen kann (und wie sehr auch die Psychologie gefordert ist), beweist die gesundheitliche Gefährdung durch das Rauchen: „Die Versuche einer effektiven Primärprävention über eine Verminderung des Zigarettenkonsums zeigen bisher keine überzeugenden Ergebnisse. Die Rauche-



Dresdner Akademie
für Psychotherapie

Die DAP führt regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen für approbierte Psychotherapeuten durch. Den Veranstaltungskalender können Sie unserer website www.dap-dresden.de im Internet entnehmen. Anmeldungen oder Anschreiben richten Sie bitte an contact@dap-dresden.de



■ Workshop 1: Dipl.-Psych. Bernd Ubben

»Rasch den roten Faden finden ...«

Wie sich der Bericht an den Gutachter optimal verfassen lässt

Freitag, 10. Juni 2005, 10:00 – 18:00 Uhr

8 Ustd., Kosten: 96,- EUR, 10 Fortbildungspunkte

■ Workshop 2: Prof. Dr. Peter Fiedler

Sexualität im Spannungsfeld zwischen Normalität und Abweichung

Donnerstag, 13. Oktober 2005, 10:00 – 18:00 Uhr

8 Ustd., Kosten: 96,- EUR, 10 Fortbildungspunkte

■ Workshop 3: PD Dr. Claas Lammers

Umgang mit extremen Emotionen in der Psychotherapie

Freitag, 11. November 2005, 10:00 – 18:00 Uhr

8 Ustd., Kosten: 96,- EUR, 10 Fortbildungspunkte

■ Workshop 4: Dipl.-Psych. Dr. Valerija Sipos, Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger

Persönlichkeitsstörungen und Komorbidität –
Umgang mit schwierigen Therapiesituationen

Freitag, 17. März 2006, 09:45 – 14:30 Uhr

6 Ustd., Kosten: 72,- EUR, 7 Fortbildungspunkte

■ Workshop 5: Dipl.-Psych. Dr. J. Lindenmeyer

Verhaltenstherapeutische Paarbehandlung –
State of the art

Freitag, 05. Mai 2006, 10:00 – 18:00 Uhr

8 Ustd., Kosten: 96,- EUR, 10 Fortbildungspunkte

■ Workshop 6: Dipl.-Psych. Dr. Elisabeth Nyberg

Kognitive Verhaltenstherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)

Freitag, 06. Oktober 2006, 14:30 – 20:15 Uhr

6 Ustd., Kosten: 72,- EUR, 7 Fortbildungspunkte

Nähere Informationen: DAP-Sekretariat, Alaunplatz 2, 01099 Dresden, Tel. 0351/803 64 55, Fax 0351/803 64 54, contact@dap-dresden.de, www.dap-dresden.de

wohnhaltungen sind als gesellschaftliches Phänomen von zahlreichen Faktoren (z.B. Mode, Vorbilder, Kosten, Aufklärung) abhängig, die von Seiten der Medizin nur teilweise beeinflusst und mitgestaltet werden können.“ (Wissenschaftsjournal der Ärztezeitung 5/05, 20)

Überall, „wo es anfängt“, breiten sich die Felder der Prävention und Gesundheitsförderung aus. Wenn es aber darum geht, Handlungsstrategien zu entwickeln, ist die Medizin nur eine Stimme unter vielen.

Prävention und Tod

Im Umgang mit dem Tod ist die Prävention in Gefahr, dieselben Fehler zu machen wie die Medizin: Er wird totgeschwiegen. In der Literatur findet die Bedeutung von Prävention im Alter zwar großen Widerhall, das zwangsläufige Ende bleibt aber zumeist ausgeklammert; so als könnten Prävention und Gesundheitsförderung auch im Alter ein unbegrenztes Wohlbefinden bewirken. Die Illusion eines „open end“ entsteht. Der Tod wird verleugnet, als stelle er das letztendliche Scheitern von allem, Prävention, Gesundheitsförderung und Medizin, dar.

Dabei dürfen auch Prävention und Gesundheitsförderung nicht vor der letzten Lebensphase Halt machen und müssen einem unwürdigen, verleugneten oder qualvollen Tod vorbeugen. Wie sie zu einem „guten Leben“ beigetragen haben, so auch zu einem „guten Lebensende“. Tod aus Altersschwäche könnte so häufiger am natürlichen Ende eines Lebens stehen.

Die Pflege hilfloser Menschen, immer noch Stiefkind in unserem Gesundheitssystem, kann als Prävention wider die Risikofaktoren Vernachlässigung, Vereinsamung und Entwürdigung gesehen werden. Gute Pflege und Betreuung beugen einem unwürdigen Sterben vor.

Psychotherapie, Prävention und Gesundheitsförderung

Welche Stellung nimmt die Psychotherapie zu Prävention und Gesundheitsförderung ein? Einerseits steht sie auf der Seite der Medizin, weil sie Krankheiten behandelt. Andererseits ist sie in ihrer Ursachenbezogenheit und ihrem Widerstand gegen den schnellen symptomatischen Behandlungserfolg mehr als andere medizinische Fächer geeignet, eine Brücke zu Prävention und Gesundheitsförderung zu bilden. Auf der Suche nach den Störungsursachen spiegelt sich in unseren Behandlungsstunden der komplexe Bereich wider, dem wir auch im Bemühen um Prävention und Gesundheitsförderung begegnen.

Die Psychotherapie versucht mehr als die übrige Medizin, an den Stellen einzuwirken, an denen Prävention und Gesundheitsförderung nicht ausreichen, um einer Erkrankung vorzubeugen. In diesem Sinne hat sie einen mehr korrigierenden als einen kurierenden Charakter. Wesen des psychotherapeutischen Heilungsprozesses ist die Stabilisierung von Autonomie und Selbstverantwortung. Dies ist auch für Prävention und Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung.

Was ist notwendig?

Um Prävention und Gesundheitsförderung einen angemessenen Platz in unserem Gesundheitsverständnis zu sichern, sind fünf „Schritte“ notwendig:

1. Prävention und Gesundheitsförderung müssen sich – gleichrangig neben der Medizin – als „Wissenschaft der Vorbeugung gegen Ri-

sikofaktoren“ und „Wissenschaft der Stärkung von Schutzfaktoren“ etablieren.

2. Prävention und Gesundheitsförderung sollten ihren institutionellen Platz nach dem Motto bekommen: „Selbstverantwortung soviel wie möglich, Institutionalisierung soviel wie nötig“. Mit „gesundheitsziele.de“ und dem „Deutschen Forum Prävention und Gesundheitsförderung“ ist ein Anfang gemacht. Die geplante Stiftung „Prävention und Gesundheitsförderung“ bleibt indes umstritten. Darüber hinaus könnten Beratungsstellen oder der Facharzt für Prävention und Gesundheitsförderung zweckmäßige Einrichtungen sein.
3. Mehr Geld für Prävention und Aufhebung ihrer Bindung an die Verteilungskämpfe innerhalb der „Sozialkassen“ sind notwendig. Zusätzliche Steuerungselemente wie zum Beispiel „Bonussysteme“ bleiben bestehen.
4. Begonnene Präventionskonzepte – zum Beispiel für Ernährungsrisiken, Suchtproblematik u. a. – müssen vertieft und vor allem in einem Gesamtkonzept koordiniert werden. Es mangelt noch an der praktischen Verwirklichung.
5. Die „Gesundheitspsychologie“, z.B. Motivation für Gesundheitsverhalten oder Widerstände dagegen – oft entscheidend für den Erfolg von Prävention – muss mehr Berücksichtigung finden. Schließlich wirken auch die Risiken unserer Konsumgesellschaft vorwiegend auf die Psyche des Menschen ein.

Hinter der Komplexität von Prävention und Gesundheitsförderung verbirgt sich letztlich die Vorstellung von einem Idealzustand, in dem Armut, Entfremdung, Umweltschädigung, Krieg und andere Risikofaktoren unseres Lebens, beseitigt sind. Von solchen Idealvorstellungen sollte man sich nicht erdrücken sondern inspirieren lassen. Und sei der „Alltag“ der Prävention heute auch noch so weit davon entfernt.

RÜDIGER HAGELBERG

Prävention in der Konsumgesellschaft. Teil I

„Alles klar“, dachte oben erwähnter Herr M., als er die Praxis mit einigen ärztlichen Informationen über die Risiken seiner Lebensführung und dem Rat, etwas dagegen zu tun, verließ. Das von seinem Arzt empfohlene Präventionsprogramm stellte sich dann aber als „leichter gesagt als getan“ heraus.

Am schwersten fiel es Herrn M., sein Gewicht zu reduzieren.

Zur Zeit leiden weltweit ca. 500 Millionen Menschen an den Folgen von Überernährung. Eine verlässliche Strategie dagegen gibt es nicht. Aus präventiver Sicht ist es entscheidend, kindliches Übergewicht zu vermeiden. Aber 30% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind bereits zu dick. Zahllose „Wunderdiäten“ haben sich als wirkungslos erwiesen. Erfolgreiche Diäten setzen auf eine langsame Gewichtsreduktion, eine dauerhafte Änderung des Lebensstils. Als mögliche Diätkonzepte werden empfohlen: Das Dreiphasen-Konzept der „Weight Watchers“, das „Optifast-Programm“, das „BCM Diät- und Ernährungsprogramm“ sowie die „AOK-Vier Jah-

reszeiten-Kur". Prävention gegen Übergewicht heißt vor allem, den „neuen Göttern“ unserer Zeit, Konsum, Wachstum und Materialismus die Stirn zu bieten.

Von seinem Misserfolg beim Abnehmen deprimiert, versuchte Herr M., seine Gesundheit durch mehr Sport zu verbessern.

Abgesehen von der Gewichtsreduktion ist erwiesen, dass regelmäßige sportliche Betätigung das Risiko einer Herz-Kreislaufkrankung bei gesunden Personen mindert. Jüngere Personen (18–29 Jahre) profitieren mehr als ältere (41–65 Jahre). Die Minderung z.B. des koronaren Risikos bedeutet aber nicht, dass die Gesundheit durch Sporttreiben steigt. Gesundheit ist mit Krankheit nicht negativ korreliert.

Bedingungen, die die Motivation für dauerhaftes Sporttreiben fördern, sind nicht leicht herzustellen und wenig erforscht. Zum Beispiel konkurrieren bei älteren Menschen negative Konsequenzenerwartungen (Erschöpfung, Verletzung usw.) mit dem erwarteten Nutzen.

Ein Ergebnis der „Bewegungsforschung“ ist, dass Personen aus unteren sozialen Schichten bei gleichem Bewegungsumfang weniger profitieren als Personen höherer sozialer Schichten.

Der Arzt hatte Herrn M. überdies dringend geraten, das Rauchen aufzugeben.

Tabakabhängigkeit ist die weltweit häufigste Suchterkrankung. In Deutschland raucht fast jeder dritte Erwachsene, Männer (noch) mehr als Frauen, und jeder vierte Jugendliche, Jungen wie Mädchen gleich. Raucher werden immer jünger. Das durchschnittliche Einstiegsalter beträgt zur Zeit 13,6 Jahre. Ca. 100.000 Menschen sterben in Deutschland pro Jahr an den Folgen des Rauchens.

Wie bei anderen Suchtstoffen wird die Primärprävention für überaus entscheidend gehalten. Als eins von mehreren Projekten dazu sei hier das „Be smart – don't start“ genannt, ein Europa weiter Wettbewerb zum Nichtrauchen.

Raucherentwöhnungsprogramme, wie z.B. das „Stadienmodell der Verhaltensänderung“, sind (sekundär)-präventiver Schwerpunkt in Deutschland. Ärztliche Kurzinterventionen und medikamentöse Unterstützung können hilfreich sein. Ein integratives Präventionsmodell, das alle Einflussgrößen des Rauchens beinhaltet, fehlt bisher.

Eine gute Nachricht: Laut jüngstem Drogenbericht der Bundesregierung ist die Anzahl der jungen Raucher als Folge von zwei Tabaksteuererhöhungen um ca. 10% zurückgegangen. Auch der Tabakwerbungs soll es nun ernsthaft an den Kragen gehen.

Wenn es so schwer ist, mit dem Rauchen aufzuhören, dachte sich der geplagte Herr M., dann will ich künftig wenigstens mit dem Alkohol vorsichtiger sein.

Deutschland gehört zu den „Hochkonsumländern“ von Alkohol mit einem jährlichen Pro-Kopf-Konsum von über 11 Litern Reinalkohol (1950: 3,2 l). Es gibt 42.000 jährliche Todesfälle durch Alkohol, 14.000 Frühberentungen, 40 000 Rehabilitationsmaßnahmen, 570.000 Krankenhausaufenthalte und 850.000 Arbeitsunfähigkeitsfälle. Die Kosten betragen ca. 20 Milliarden Euro jährlich. In Deutsch-

land liegt bei nahezu 2 Millionen Menschen eine manifeste Alkoholkrankheit vor.

Die primäre Prävention des Alkoholmissbrauches ist durch vielfache Faktoren (freie Verfügbarkeit, Konsumdruck, legale Droge u. a.) erschwert. Entgegen wirken soll die Gesundheitspsychologie, die Alkoholkonsum als Bestandteil eines allgemeinen Gesundheitsverhaltens einbezieht, den Alkoholgenuss aber als „Genuss ohne Reue“ begrenzt.

Sekundäre Prävention leidet darunter, dass Betroffene in den medizinischen Einrichtungen oft zu wenig Widerhall finden und das für Sucht spezifische Versorgungssystem häufig zu spät erreichen. Für die Überwindung von Alkoholerkrankungen haben sich zwei therapeutische Ansätze, das „transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“ und die „Motivierende Gesprächsführung“ mit einer angeblichen Erfolgsquote bis zu 50% bewährt.

RÜDIGER HAGELBERG

Prävention in der Konsumgesellschaft. Teil II



Ortwin Löwa

Meine Stammkneipe liegt um die Ecke. Sie ist voller fröhlicher Zecher. Nun ja, manche sind gelegentlich über der Grenze. Das ist eine Herausforderung. Die meisten qualmen zusätzlich wie die Schlote. Häufig werden auch Kinder mitgebracht. Dennoch wird gegen Rauchverbote in der Gastronomie wie in Irland oder Italien heftig polemisiert. Eigentlich ist die Kneipe ein gesundheitsgefährdender Ort.

Aber für mich ist sie auch ein anregender Treffpunkt. Und es ist doch gesünder unter Menschen zu gehen, als sich vor dem Computer-Bildschirm zu verkrümmen. Die Kneipe hat sich übrigens dem Sport verschrieben – genauer, dem Sportfernsehen. Das hebt mit Hilfe der Bundesliga die Stimmung und den Umsatz. Ich sehe gerne Bundesliga.

Natürlich auch die Champions Liga, usw. Die moderne Spieltechnik wird gerne als athletisch bezeichnet. Das macht mich als verweichlichtem Pykniker etwas neidisch. Dann allerdings sehe ich, wie sich die Jungs wechselseitig die Knochen polieren und die Tatsache lobend hervorgehoben wird, dass ein Spieler den Ball und nicht den Gegner getroffen hat. Ich höre, man dürfe kein Weichei sein oder wie im Mädchenpensionat spielen. Ich lese, dass ein Preis für Fairplay als Kuschelauszeichnung gilt. Und ich lerne so interessante Begriffe wie

Kreuzbandriss. Arthrose scheint eine normale Fußballer Erkrankung zu sein. Fitspritzen von Verletzungen war früher selbstverständlich, soll sich jedoch gebessert haben. Von Doping redet man am liebsten gar nicht. Das Thema scheint öffentlich erledigt, egal wie viele Radrennfahrer tot vom Sattel fallen.

Freilich: wenn Tausende sich über die Schmerzgrenze hinaus in Fitness-Studios schinden und sich mit sog. "Nahrungsergänzungsmitteln" Zusatzkraft verschaffen, wenn Mädchen auf dem Weg zum Model zu Hungerleiderinnen werden und im Gegensatz dazu die Normalos vor dem Fernseher in Fett und Zucker schwelgen, wer will dann dem Spitzensportler seinen Karriere fördernden Leistungskick verwehren?

Da fängt mein Ohr Fanfarentöne auf: „Bleiben Sie gelenkig!“ Als älterer Mensch wird man aufmerksam. Geht es um Gymnastik, Tai Chi, einen Wandertag für Senioren? Nein, um TV-Werbung für Vitamin E! Wer die niederschmetternden Studien zu Vitamin E kennt, für den wird die Werbefanfare misstönend klingen.

Gesundheitsförderung und Prävention klingen anders: Viel Bewegung, frische Luft, wenig Fett und Zucker, one apple a day keeps the doctor away! In der Praxis bleibt vielleicht der Onkel Doktor fort, aber die Vitamine stehen Schlange. Ob Drogerie, Reformhaus, Apotheke – Gesundheitsförderung wird anscheinend als Schnellfeuerbeschuss mit Vitaminpillen verstanden. Wie wirken die eigentlich, wirken sie überhaupt, gibt es Äpfel in Pillenform? Es waltet der Mythos: „Das wird Ihnen gut tun!“ „Rein pflanzlich.“ „Bei Vollmond abgefüllt“ – ach nein, das war ja ein Wässerchen. Meine Eltern schworen einmal auf irgendein Meerwasser. Die Hamburger Wasserwerke können noch so oft versichern, dass ihr Leitungswasser besser sei als manches Mineralwasser, es wird eher der Legende vertraut als der Wirklichkeit.

Ehe ich es mir jetzt auch noch mit der Gemeinde der Algenverehrer, der Enzymfreunde, der Bioresonanzfans oder gar der Handaufleger und Bachblütenjünger bis in die Steinzeit verderbe – warum wird als Alternative zu einem ungesunden Lebenswandel dieselbe Methode eingesetzt? Man konsumiert – mal gefährvoll, mal scheinbar heilsam. Negative Droge gegen kultische Placebos. Gesundheitsgefährdung gegen Gesundheitswahn.

Aber gelenkig bleibt man ja nicht im Kopf, sondern durch den Körper. Also her mit Massage, Krankengymnastik oder gar der sanften Osteopathie. Wohltuend, aber falsch, nicht nur weil das nicht mehr auf dem Rezeptzettel der Kassen steht, sondern weil wir ja fundamentale Prävention betreiben wollen. Joggen? O.K! Leider geht es häufig ohne Schulung genau auf die Gelenke, die erhalten bleiben sollen. Nordic Walking? Sieht eher nach Marketing für Skiausrufter im Sommer aus.

Da tönt es im himmlischen Präventionschor: Schwimmen.

Nun ja, der Hamburger Schwimmbetrieb ist gerade um ein paar Bäder ärmer – Sparmassnahmen. Auch viele Schwimmbecken sind verschwunden, weil nunmehr im Wellnessbereich poolmäßig herumgeplanschelt wird. Das Spaßbad ersetzt die Badeanstalt. Die Preise sind allerdings nicht lustig. Dennoch: es gibt bei meinem Bad noch ein Außenschwimmbecken. Das ist etwa 25 Meter lang und 13 Meter breit. Gefüllt mit rüstigen RentnerInnen, die wie Kaulquappen nebeneinander paddeln. Einst sind die Menschen in die Alster gesprungen. Das soll bald wieder möglich sein – zurück in die Zukunft.

Da fällt mir ein oft zitiertes geschichtliches Vorbild ein: Winston Churchill mit seinem Zitat: No Sports. Leider von Churchill ironisch gebraucht, war er doch ein glänzender Sportler und echter Haudegen: Reiter, Schwimmer, Fechter, Boxer. Und die Zigarre: die war in den letzten Jahren kalt – nur Image. No Sports – Beruhigung für das faule Volk.

Aber wo liegt die Zukunft? Die Älteren sind von Kopf bis Fuß medikamentös eingestellt und können sich wohl schwer neu orientieren. Während ich also bei meinem Arzt das Hochdruckmittel abhole und anschließend den Zeitungshändler besuche, fällt mein Blick auf die Schlagzeile: Alle Kinder zum Arzt! Na endlich, es ging auch nicht so weiter mit den Zähnen, mit der Haltung, mit der Zappeligkeit, der Fehlernährung usw. Aber diese Forderung zielte auf etwas anderes. Die Landespolitik ist besorgt darüber, wie viele Kinder verwaarlosten und sieht die Ärzte als präventive Ersatzfürsorge an. Vorbeugung als armenpolizeiliche Maßnahme? Mein Arzt kommt übrigens ebenfalls in mein Stammlokal – das schärft mein Gewissen.

ORTWIN LÖWA

Konsumgesellschaft – Suchtgesellschaft?

Interview mit Günter Amendt



Günter Amendt

Zur Gesundheitsprävention gehört, sich schädliche Angewohnheiten abzugewöhnen. Gleichzeitig sollen wir konsumieren. Sucht und Konsum ist das Thema des Hamburger Sozialwissenschaftlers, Sexualtherapeuten und Publizisten Günter Amendt. Zum Thema Drogen und Sucht arbeitet er seit dreißig Jahren und gehört zu den führenden Experten auf diesem Gebiet. Wir danken ihm für das luzide Interview. Die Fragen stellte Ortwin Löwa.

Herr Amendt, leben wir in einer Suchtgesellschaft?

Wenn Sie die Gesellschaft, in der wir leben, als Konsumgesellschaft definieren, dann ist die Antwort eindeutig: ja, wir leben in einer Suchtgesellschaft, denn die Struktur einer Konsumgesellschaft, deren einziges Ziel es ist, über die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung hinaus Güter ohne Rücksicht auf deren gesellschaftlichen Nutzen herzustellen und massenhaft zu vertreiben, ist identisch mit der Struktur einer Sucht. Konsumismus ist ein Kreislauf von nicht stillbaren Bedürfnissen, die nach ständiger Dosissteigerung verlangen. Ständige Dosissteigerung, ohne je befriedigt zu sein, das ist Sucht.

Bleibt man bei der Metaphorik, dann kommt der durch Arbeitslosigkeit erzwungene Konsumverzicht beziehungsweise die massenhaft praktizierte Konsumverweigerung einem Entzug gleich.

Noch geht die Mehrzahl der Konsumenten und Konsumentinnen mit den Entzugssymptomen erstaunlich gelassen um, noch ist die Schmerzgrenze mehrheitlich nicht erreicht, mögen auch immer mehr Menschen als Konsumenten in «prekären Verhältnissen» leben. Die Situation ist paradox:

Volkswirtschaftlich ist die geringe Binnennachfrage nach Konsumgütern nachteilig, für die psychische Gesundheit der Konsumentinnen und Konsumenten ist sie heilsam.

Gibt es innerhalb der Suchtpotenziale Differenzierungen – etwa in Bezug auf Gefährdungen?

Selbstverständlich. Die notwendige Differenzierung sollte schon beim Sprachgebrauch beginnen. Nicht jede Gewohnheit ist gleich eine Sucht. Ein Suchtexperte hat zurecht vor einer «Versüchtelung» der Gesellschaft gewarnt. Therapeutisch relevant ist Sucht erst dann, wenn sie die Entfaltung der Persönlichkeit behindert, wenn sie in soziale Isolation und materielle Verelendung führt, wenn sie – mangels Stoff – Schmerzen verursacht und den Konsumenten dauerhaft leiden lässt.

Können Sie sich eine drogen- d. h. auch suchtfreie Gesellschaft vorstellen?

Nein, das kann ich nicht. Und ich füge hinzu, das will ich auch nicht. Ich bin kein Abstinenzpropagandist. Psychoaktive Substanzen sind eben auch Genussmittel. Nehmen wir das Beispiel Alkohol: So schädlich die Folgen des Alkoholismus auch sind, die Mehrzahl aller Konsumenten vermag die Risiken abzuschätzen und hat ihren Alkoholkonsum unter Kontrolle. Fokussiert man das Problem allerdings auf jugendliche Konsumenten, so muss man feststellen, dass bei einer steigenden Zahl von Jugendlichen der Konsum außer Kontrolle gerät. Ich nenne als Stichworte: Komasaufen und binge-drinking. Hier gilt es, das Risikobewusstsein zu schärfen, das Puschen der Droge via Werbung zu unterbinden und für eine defensive Vermarktung zu sorgen. Schadensminderung – mehr ist nicht drin. Mit Verboten, wie Abstinenzler sie fordern, ist nichts zu erreichen. Mal abgesehen davon, dass es, so weit wir zurückblicken, eine drogenfreie Gesellschaft nie gegeben hat, zeigt die historische Erfahrung auch, dass die Drogenprohibition nicht durchsetzbar ist. Sie zeitigt darüber hinaus gesellschaftliche Nebenwirkungen, die politisch und ökonomisch großen Schaden verursachen.

Offenbar übersteigt in Ihrer Analyse der Nutzen von Suchtmitteln den persönlichen Schaden, der dadurch angerichtet wird. Muss man also z.B. wie im Straßenverkehr mit einer «Opferquote» rechnen zugunsten der gesellschaftlichen Stabilität?

So ist es. «No Drugs. No Future. Drogen im Zeitalter der Globalisierung» – der Titel meines jüngsten Buches meint, was er sagt. Ich gehe in der Tat davon aus, dass unter den Bedingungen der neoliberalen Globalisierung, in der tendenziell alle sozialen Strukturen zerschlagen werden und das Solidarsystem aufgelöst wird, Drogen zur Anpassung an das Persönlichkeitsideal des stets leistungsbereiten, flexiblen und mobilen Menschen unverzichtbar sind. Das hat mit Genuss nichts mehr zu tun. Drogen werden immer mehr zu Steuerungsinstrumenten, um den Anforderungen der permanenten Beschleunigung zu genügen. Ich beschreibe einen laufenden Prozess, der in den 60er Jahren mit der Einführung von Pharmadrogen, die auf das Zentralnervensystem zielen, einen enormen Sprung nach vorn vollzogen hat, und dessen Ende nicht absehbar ist. In diesem Prozess werden die Drogen, um die sich

Praxishandbuch mit Checklisten und Arbeitsmaterialien



NEU

Ein praktisches Handbuch zur KVT im Allgemeinen und im Besonderen:

Was ist zu berücksichtigen, wenn Patienten im therapeutischen Prozess sich selbst oder andere gefährden, eine Straftat gestehen oder einen Anfall erleiden? Das KVT-Praxishandbuch gibt für den Normalfall wie für besondere Settings und Klienten (in Psychiatrie, Sucht- oder Psychosomatischer Klinik, in Beratungsstelle oder Strafvollzug) pragmatische Therapiestrategien und Anwendungsbeispiele. Die Kapitel folgen einem einheitlichen Aufbau, beschreiben therapeutisches Vorgehen und Strategien, Einsatz von Leitfäden und Arbeitsmaterialien und gehen auf phasentypische Probleme und Widerstände ein.

Die CD-ROM enthält alle notwendigen Arbeitsmaterialien.
2005. XX, 595 Seiten. Gebunden. Mit CD-ROM. € 49,90 D
ISBN 3-621-27546-0



Einführung in die Kognitive Verhaltenstherapie

Diese Einführung bietet eine Systematik zur Strukturierung emotionaler Turbulenzen – Schritt für Schritt und anhand fachlich kommentierter Fallbeispiele beschreibt der Autor das therapeutische Vorgehen in 5 Phasen. Gemeinsam mit dem Patienten werden krank machende Denkmuster aufgedeckt, durch neue funktionale Denkweisen ersetzt und trainiert.

3., vollst. überarb. Auflage 2003. X, 284 Seiten. Gebunden.
€ 32,90 D ISBN 3-621-27530-4

NEU ▶ Prospekt Psychotherapie ▶ www.beltz.de

die Drogendiskussion heute noch dreht, eine Nebenrolle spielen. Es geht längst nicht mehr um Heroin, Kokain oder Cannabis, sondern um synthetische Drogen aus den Labors der Pharmaindustrie, die für alle Altersgruppen und alle Lebenslagen bereitgestellt werden: Von Ritalin zur Steuerung hyperaktiver Kinder, über Antidepressiva und angstlösende Mittel zur Beruhigung der Modernisierungsverlierer, zu Aufputz- und Aufbaumitteln zur Stärkung der Leistungsträger. Ich spreche in diesem Zusammenhang von einer schleichenden Pharmakologisierung des Alltags. Man kann das auch Alltagsdoping nennen.

Für Sie als Sozialwissenschaftler ist Sucht ein Produkt, an dem mächtige Institutionen verdienen. Wer und für welchen Zweck?

Der Handel mit psychoaktiven Substanzen verfolgt ökonomisch den Zweck, Profite zu erzielen. Die psychische Stabilisierung der Subjekte ist der gesellschaftliche Zweck des Drogengebrauchs. An diesem Handel verdienen die Pharmakonzerne im legalen und halblegalen Sektor der Volkswirtschaft. Im illegalen Sektor verdient das Organisierte Verbrechen. Und in der Grauzone von Legalität und Illegalität verdienen legale Banken an der Geldwäsche. Drogen sind nicht nur Suchtmittel, sie sind auch Zahlungsmittel bei der Beschaffung von Waffen, beim Aufbau von Armeen und bei der Finanzierung von Milizen und Terrororganisationen. Aufgabe der Geheimdienste – allen voran der CIA – ist es, diese Mittel so einzusetzen, dass sie die Erreichung übergeordneter Ziele – wie etwa der Sicherung von Öl- und anderen Rohstoffquellen – garantieren. Der «war on drugs» ist dafür nur ein Vorwand, wie als jüngstes Beispiel Afghanistan zeigt. Um die Kontrolle über das Land zu gewinnen und die eingesetzte Regierung zu stabilisieren, verbünden sich die in Afghanistan stationierten Truppen mit Drogenbaronen, die ungehindert in einem bislang nicht gekannten Ausmaß Mohn anbauen und Opium ernten dürfen.

Es gibt aber auch Therapieprogramme für Suchtabhängige aller Art – eine chancenlose Auseinandersetzung?

Bezogen auf die politische, ökonomische und gesellschaftliche Dimension des Problems sind Therapieprogramme kein Beitrag zur Lösung. Die Summe aller Therapiemaßnahmen führt nicht zur Lösung des Suchtproblems. Wer daran glaubt, sitzt einer Illusion auf.

Hat die Psychotherapie überhaupt eine Möglichkeit der Intervention?

Bezogen auf die Konsumentinnen und Konsumenten von Drogen, die aus der Bahn getragen wurden und in einen Suchtkreislauf geraten sind, hat Psychotherapie vielfältige Möglichkeiten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es eine Drogentherapie im engen Sinne gar nicht gibt, denn der übermäßige Gebrauch von abhängig machenden Substanzen ist oft nur Symptom tiefer liegender Störungen, die es im therapeutischen Prozess zu bearbeiten gilt.

Nennen Sie bitte unter dem Gesichtspunkt globaler Prozesse Ihre Forderungen für eine Suchtprävention.

Suchtprävention in den Gesellschaften des reichen Nordens hat bereits in früher Kindheit bei der Entwicklung eines Körper- und Ernährungsbewusstseins anzusetzen. Es geht darum, Menschen gegen die Verlockungen des Konsumismus resistent zu machen. Suchtprävention muss zum Ziel haben, die Subjekte zu befähigen, die Risiken der am Markt angebotenen und zum Gebrauch vorgesehenen Substanzen zu kennen, zu benennen und abzuwägen zu können. Das ist mit der leicht pathetisch klingenden Forderung

nach einer Erziehung zur Drogenmündigkeit gemeint. Denn so viel ist klar: Wer, wie ich, für eine repressionsfreie Drogenpolitik eintritt, muss deutlich machen, dass damit auch die Selbstverantwortung der Subjekte für das wächst, was sie tun oder unterlassen.

Wenn Sie eine psychotherapeutische Organisation in dieser Frage motivieren könnten, was wäre Ihr Plädoyer?

Ich bin viel zu weit entfernt von der psychotherapeutischen Arbeit, um irgendwelche Ratschläge geben oder Plädoyers halten zu können. Ich kann nur sagen, was für alle gilt, die sich mit Drogen beschäftigen und zum Thema äußern. Nüchternheit sollte das oberste Gebot in der Auseinandersetzung mit Drogen und dem Drogenproblem sein: Die Bereitschaft, zu akzeptieren, dass das Problem nicht zu lösen ist im Sinne einer Nulllösung. Die Erkenntnis, dass Abstinenz legitimes Ziel einer individuellen Therapie sein kann, als gesamtgesellschaftliche Zielsetzung jedoch inakzeptabel und Ausdruck totalitärer Phantasien ist. Die Einsicht, dass das Drogenproblem ein politisches Problem ist, das nur dann entschärft werden kann, wenn ein Konsens darüber zu erzielen ist, in welcher Gesellschaft wir eigentlich leben wollen. Das berührt, man wagt es kaum auszusprechen, die Systemfrage.

Vielen Dank für das Gespräch.



„Adoleszenz zwischen Trauma und Jugendkultur“

Symposium vom 15.-17.07.2005 in Brixen (Italien) mit Vorträgen, Seminaren und Workshops

OPD – KJ

Der Grundkurs in operationalisierter psychodynamischer Diagnostik findet vom 15.-16.07.2005 statt.

Die Veranstaltung ist zum Erwerb von Fortbildungspunkten „In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer, Akademie für ärztliche Fortbildung“ zertifiziert.

Veranstaltungsort

Cusanus Akademie, Seminarplatz 2
I-39042 Brixen, Südtirol

Information und Anmeldung
Ärztliche Akademie für
Psychotherapie von Kindern
und Jugendlichen e.V.
Spiegelstr. 5, 81241 München
Tel 089 - 820 53 03
Fax 089 - 88 20 89
www.aerztliche-akademie.de
info@aerztliche-akademie.de

Das Lehrinstitut für Alternspsychotherapie (Prof. Dr. Radebold) bietet folgende Kurse 2005/2006 an:

Parallel zu dem 8. Kompaktkurs: „Grundlagenwissen/ tiefenpsychologisch fundierte/ psychoanalytische Psychotherapie“ werden folgende weitere Kurse in Modulform angeboten:

Grundkurs A: Tiefenpsych./ psychoanalytische Psychotherapie,

Grundkurs B: Psychosoziale Beratung Älterer,

Kurs: Kognitive Verhaltenstherapie,

Vertiefungskurse: „Die älter werdende Frau“, „Der älter werdende Mann“,

„älter werdende Paare“, „zeitgeschichtlich Denken und Einfühlen“,

„Supervision/Praxisanleitung“.

Zielgruppen: Psychotherapeutisch tätige Ärzte/ Psychologen, Fachkräfte für Beratung, Sozialarbeit, Pflege und Supervision

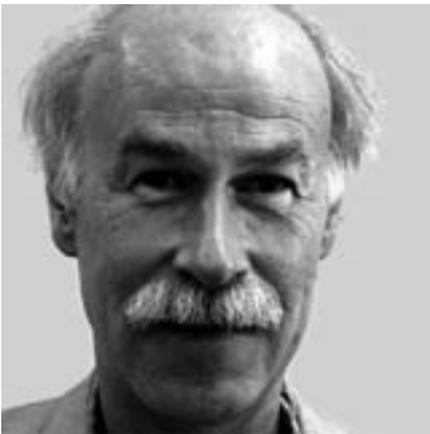
Die Kurse finden Kassel jeweils von Freitag 12.00 bis Samstag 16.00 Uhr (16 Unterrichtseinheiten) statt.

Nähere Informationen: www.alternspsychotherapie.de

Anmeldung/ Auskunft: Lehrinstitut f. Alternspsychotherapie,
34119 Kassel, Habichtswalder Str. 19, Tel./Fax: 0561-3162384.

Brauchen wir überhaupt ein Präventionsgesetz?

Fragen an Prof. Dr. Trojan



Alf Trojan

Mit einem Präventionsgesetz wollte die Bundesregierung eine flächendeckende und koordinierte Gesundheitsvorsorge initiieren. Am 27.05.2005 hat der Bundesrat das Präventionsgesetz nicht akzeptiert, sondern in den Vermittlungsausschuss verwiesen. Einer der Gründe war die geplante Bundesstiftung Prävention. Obgleich theoretisch eine Verabschiedung vor der Neuwahl möglich wäre, ist es wahrscheinlicher, dass das Gesetz in veränderter Form erst in der nächsten Legislatur-Periode kommt.

Ortwin Löwa hat Prof. Dr. Alf Trojan zu dem Gesetzesvorhaben befragt. Der Hamburger Medizinsoziologe ist auf deutscher und europäischer Ebene ein herausragender Fachmann für Gesundheitsförderungsprogramme.

Herr Professor Trojan, brauchen wir überhaupt ein derartiges Gesetz?

Eindeutig Ja. Für alle, die länger in diesem Bereich arbeiten, ist eines der größten Probleme gewesen, dass es kein Gesamtkonzept gibt, sondern viele Akteure, die aneinander vorbei arbeiten und sich z. T. auch Konkurrenz machen. Es gibt keine Koordination und auch keine vernünftige Arbeitsteilung. Grundsätzlich gibt es bei Prävention und Gesundheitsförderung bislang von der Programmatik her eine klare salutogenetische Herleitung der Notwendigkeit von *Verhältnisprävention*, aber in der Praxis gibt es dann ganz überwiegend nur Ansätze der *Verhaltenssteuerung*, d.h. keine Ansätze, die die Verhältnisse verändern, gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse, Arbeitsverhältnisse, Wohnverhältnisse schaf-

fen, sondern fast immer nur das Verhalten steuern wollen. Überspitzt gesagt: Jemand wohnt neben einer mit Lärm und Abgasen gesundheitsschädlich belasteten Strasse und man rät ihm, er könne ja weg ziehen. Das Gesetz bezieht deshalb auch eine auf Lebenswelten bezogene Prävention mit ein.

In der Tat wird der Zweck des Gesetzes in § 1 derart umfangreich und komplex definiert, dass man den Eindruck hat, hier solle die ganze Gesellschaft auf Gesundheit getrimmt werden. Ginge es nicht eine Nummer kleiner?

(amüsiert) Das ist eine sinnvolle Komplexität. Und zwar kann man an den Formulierungen und im Aufbau des Gesetzes erkennen, dass sich diese Vorhaben auf einzelne Träger unserer sozialen Sicherung beziehen, also u. a. auf die Pflegeversicherung, auf die Rehabilitation und auf das Krankenversicherungsgesetz, das Sozialgesetzbuch V. Alle diese Träger sind Einzahler in den Topf, aus dem die Prävention finanziert werden soll. Und sie haben jeweils auch einen Auftrag, was sie mit den Geldern ihrer Versicherten machen sollen und was nicht. Diese Aufträge finden sich wieder in dem umfangreichen Paragrafenwerk. Was noch nicht erfasst ist, ist die Arbeitslosenversicherung, wobei es dort auch bereits energische Bemühungen gibt, diese nachträglich mit einzubeziehen, weil natürlich bei Arbeitslosigkeit Krankheitsprobleme und Gesundheitsgefährdung zu beklagen sind. Es gibt dann im § 3 den Versuch, das Gesetz nach inhaltlichen Gesichtspunkten zu strukturieren und zwar unter der Überschrift: Gesundheitliche Prävention. Das ist sprachlich nicht geglückt, ist aber der Versuch, Dinge zusammen zu bringen, die bisher in Gesetzen in widersprüchlicher Nomenklatur vorkommen, sich in einer Vielfalt von Ausdrücken wieder finden und deshalb auch bei Praktikern und Politikern immer wieder Verwirrung gestiftet haben. Es geht also darum, das Gesamtfeld von Gesundheitsförderung und Prävention zu ordnen und mit einer einheitlichen Nomenklatur zu versehen. Deshalb hat das Gesetz – ein so genanntes Paragrafengesetz – ganz viele Paragrafen, einer davon ist das eigentliche Präventionsgesetz, die anderen umfassen die Anpassung der Sozialgesetzbücher an die neue Nomenklatur. Vorangegangen ist diesem Versuch der Neuordnung eine umfangreiche Diskussion in Wissenschaft, Praxis und Politik, sowie ein Gutachten von Prof. Ulla Walter in Hannover, die die Sozialgesetzbücher daraufhin durchgesehen hat, inwieweit präventive Aufgaben vorkommen, wie sie etikettiert und bezeichnet werden und ob diese Ausdrücke, die die Aufgabenstellung in der Prävention und Gesundheitsförderung beschreiben, definiert werden. Das Ergebnis war eine Vielzahl von Begriffen in den unterschiedlichen Gesetzen, wobei nicht einmal innerhalb eines Gesetzes dieselbe Nomenklatur in konsistenter Weise verwendet wurde. Insofern halte ich dieses Gesetz aus der Geschichte der Institutionalisierung von Prävention und Gesundheitsförderung heraus für einen ganz, ganz wichtigen Versuch. Was auch immer daraus wird: Das was kommt, ist besser, als das was war.

Von der Nomenklatur zur Praxis. Stichwort: Lebenswelten. Bekommen die Träger von Prävention und Gesundheitsförderung jetzt mehr Möglichkeiten, die Lebensverhältnisse der Menschen zu verbessern?

Grundsätzlich ja, indem dieser Bereich verstärkt und anerkannt wird. Auch da ein Blick in die Geschichte: Die Krankenversicherungen und auch die anderen Versicherungsträger haben sich ja bislang darum gekümmert, ihren Versicherten individuelle Angebote zu vermitteln: Wie lerne ich, mit Stress umzugehen, wie lerne ich, mit Rauchen aufzuhören, welcher Sportlehrer bringt mir ein vernünftiges Bewegungsprogramm bei usw. Mit diesen Angeboten hat man die erreicht, die es am wenigsten nötig haben, nämlich eine breite, gut aufgeklärte Mittelschicht, wobei die Kassen diese Angebote zugleich als Werbung nutzten. Da ist jetzt jede Entwicklung ein Fortschritt, in der es möglich wird, dass verschiedene Krankenkassen, etwa auf Landesebene, in einen Topf einzahlen, aus dem gesundheitsfördernde Maßnahmen in einem "Setting" durchgeführt werden können. Der Begriff Setting ist der Ursprung des deutschen Wortes Lebenswelt. Man kann Setting auch mit Schaubühne übersetzen, im übertragenen Sinne geht es um ein soziales System. Ganz konkret sind die Settings, für die sich die Gesundheitsförderung interessiert, Gemeinden und Städte, – die aber schon als Oberbegriff, weil es innerhalb von Gemeinden und Städten Unternehmen, Krankenhäuser, Kindergärten, Schulen usw. als Teil-Settings gibt. Der Ansatz bedeutet: ich gehe in diese Lebenswelten hinein und will die Menschen erreichen, die dort einen großen Teil ihres Lebens verbringen und sie für ein gesundheitsförderndes Klima gewinnen. Das heißt, die Organisationsstrukturen so verändern, dass, wie es die WHO sagt, die gesündere Wahl zur leichteren Wahl wird. Konkret zum Beispiel: dass es leichter ist, nicht zu rauchen, als zu rauchen, dass es leichter ist, in der Schule gesund zu frühstücken statt Süßigkeiten am Kiosk zu kaufen oder dass im Getränkeautomaten eines Betriebes Bier nicht das billigste Getränk ist. Solche strukturellen Veränderungen sind nachhaltiger als individuelle Überzeugungsarbeit.

Das klingt so ein bisschen wie eine Kampagne in Richtung Volksgesundheit.

Nun ja, der Begriff Volksgesundheit ist geschichtlich belastet. Aber Kampagnen für die Gesundheit der Bevölkerung haben einen festen Platz in diesem Konvolut, denn es soll ja eine Stiftung Prävention auf Bundesebene geben, mit unterschiedlichen Aufgaben. Für Aktionen auf Bundesebene soll jedoch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufgaben zuständig sein, die sich einen Namen etwa in der Aids-Aufklärung gemacht hat, nicht nur durch Werbespots in Kino oder Fernsehen, sondern auch mit aufklärenden Botschaften, die in die Gruppen der Hauptbetroffenen hinein reichten, Homosexuelle, Drogenabhängige, Prostituierte. Es ging dabei nicht um das Ziel eines "gesunden Volkskörpers" wie im Dritten Reich. Vielmehr ging es darum, Prävention in einem Bereich durchzusetzen, in dem das Gros der Bevölkerung wahrscheinlich auf Zwang und Kontrolle gesetzt hätte. Hier jedoch wurde erfolgreich auf Überzeugung und Aufklärung gesetzt gegen Vorschläge, Aidskranke zu isolieren oder zu bestrafen.

In diesem Sinne wird die Bundeszentrale in Zusammenarbeit mit der Stiftung auf die Qualität von Präventionsmaßnahmen achten. Von den Mitteln sollen dabei 40% von den Krankenkassen ausgegeben, weitere 40% auf Landesebene verteilt werden.

Gibt es zur Aufklärung eine Chance in einer Fernseh- und Konsumgesellschaft?

Ich glaube dann, wenn man nicht isoliert auf Verhaltensänderung setzt, sondern, wie gesagt, auch die Lebensverhältnisse ändert. Wir befinden uns, etwa im Hinblick auf Rauchen, auf dem Wege von einer permissiven Gesellschaft hin zu einer prohibitiven Gesellschaft. Noch sind wir in einer Mischform. Ich bin aber gerade auf einer Tagung zu gesundheitsfördernden Krankenhäusern in Irland gewesen, also dem Netzwerk eines spezifischen Settings. Und da habe ich gestaunt, dass man in Dublin in keinem Hotel oder Pub rauchen darf. Der Grundsatz ist dabei nicht die Verfolgung der Raucher, sondern der Schutz derer, die passiv mitrauchen. Prinzipiell rangiert die Schaffung von Anreizen für gesundheitsbewusstes Verhalten, etwa durch Bonussysteme der Kassen, vor dem Wunsch, Gesundheitsschädigung mit Strafgebühren zu belegen. Finge man z.B. mit einem Malus für Raucher an, käme man bald zu Übergewichtigen, zu Motorradfahrern, Risikosportlern – dazu würden auch Reiter und Skifahrer zählen, vielleicht sogar Arbeitswütige – also letztendlich wäre das eine Gesundheitspflicht, durchgesetzt mit hohen Geldstrafen. Deshalb setzen die Anbieter auf Belohnung für gesundheitsförderndes Verhalten. Die Diskussion um Strafen ist so gut wie tot.

Herzlichen Dank für das Gespräch.

EMDR ist eine von Dr. Shapiro (USA) entwickelte, wissenschaftlich anerkannte und weltweit erfolgreiche Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumafolgeerkrankungen.

Dr. Arne Hofmann ist der Leiter des EMDR-Institutes Deutschland, und der erste von Dr. Shapiro ausgebildete und autorisierte Trainer in Deutschland.

Die Ausbildung ist von den Landesärztekammern und den Psychotherapeutenkammern anerkannt und mit **Fortbildungspunkten** zertifiziert.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

30.06.-02.07. + 16.09.05 **Köln**
 01.-03.09.05 + 04.11.05 **Erfurt**
 22.-24.09.05 + 04.11.05 **Köln**
 07.-09.10.05 + 19.11.05 **München**
 07.-09.10.05 + 09.12.05 **Greifswald**
 21.-23.10.05 + 17.12.05 **Berlin**
 11.-13.11.05 + 21.01.06 **Königsutter bei Braunschweig**
 24.-26.11.05 + 14.01.06 **Oberursel bei Frankfurt**

Info und Anmeldung: **EMDR-Institut**
 D - 51427 Bergisch Gladbach Junkersgut 5a
 Telefon: +49 - (0)22 04 - 2 58 66 www.EMDR-Institut.de
 Telefax: +49 - (0)22 04 - 96 31 82 info@EMDR-Institut.de

EMDR-Institut Deutschland
 autorisierter Partner des EMDR-Instituts von Francine Shapiro PhD, USA



T-Shirts nähen für China

Manfred Spitzer zu seinem neuen Buch „Vorsicht Bildschirm!“



Manfred Spitzer

Fernsehen und Computerspiele – das muss ein zentrales Präventionsthema werden. Es lässt sich nicht länger als Horrorszenerario bildungsbürgerlicher Studienrätinnen abtun, dass die „neuen Medien“ die körperliche, geistige und seelische Gesundheit gefährden. „Die Gehirnrinde bildet erfahrungsabhängige Repräsentationen und verwendet diese bei zukünftigen Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozessen“ – dieser Satz Manfred Spitzers ist mindestens in Fachkreisen inzwischen Allgemeinplatz. Die daraus resultierenden individuellen und gesellschaftlichen Folgen des Fernsehkonsums belegt der Gehirnforscher und Mediziner mit einem Kompendium einschlägiger Studien: Was passiert in den Köpfen von Kindern, wenn sie einen beträchtlichen Teil ihrer Erfahrungen vor dem Fernseher machen, noch bevor sie in den Kindergarten gehen? Was wird gelernt, wenn in Videospielen tausendfach Gewalt aktiv trainiert und belohnt wird? Wie steht es mit dem Zusammenhang zwischen der Zeit vor dem Bildschirm und seelischer Gesundheit, schulischen Leistungen, Übergewicht und Nikotinabhängigkeit? Es geht nicht um altbackene Verteufelung „modernen“ Medienkonsums, sondern um Bestandsaufnahme und Bewertung der Fakten. Und es geht darum, ob uns die nächste Generation neben einer kaputten Umwelt auch kaputte Köpfe zu verdanken haben wird. Die Fragen stellte Ursula Neumann.

Dass ein Wissenschaftler ein eminent politisches Buch wie „Vorsicht Bildschirm“ schreibt, ist nicht die Regel. Wie kamen Sie dazu?

Die Antwort ist eigentlich ganz einfach: Zum einen bin ich Vater von fünf Kindern und habe lange Zeit zugeschaut, welche ungünstigen Auswirkungen das Fernsehen hatte. Irgendwann ist mir dann der Kragen geplatzt und ich habe das Fernsehen in der Familie abgeschafft. Dies gab zwar eine kleine „Palastrevolution“, wir haben das aber insgesamt sehr gut verkraftet. Mittlerweile sind die Kinder älter, und zum Teil habe ich auch schon Sätze wie „eigentlich ist es ja ganz gut, dass wir keinen Fernsehapparat haben“ von ihnen vernommen.

Natürlich gehen die Kinder manchmal in die Nachbarschaft zum Fernsehen. Aber dann müssen sie freundlich klingeln und sie lernen zumindest eines: freundlich zu klingeln. Weiterhin schicken die Nachbarn ihre Kinder natürlich im Gegenzug zu uns

und so reduzieren wir sogar den Fernsehkonsum in der Nachbarschaft!

Ein zweiter Motivationsstrang ergab sich durch meine Forschung: Wenn erst einmal klar ist, wie das Gehirn arbeitet, dass es sich nämlich um ein Stück Hardware handelt, die sich ständig an die Software, die auf ihr läuft – sprich die Erfahrungen, die man macht – anpasst, und wenn man sich dann überlegt, was im Fernsehen läuft, dann stehe ich als Neurowissenschaftler in der Pflicht zu sehr klarer Kritik.

Der Bildschirm mache dumm, dick, krank, unglücklich und gewalttätig. Wie begründet das die Hirnforschung?

Dass das Fernsehen dick macht, wird durch die Innere Medizin begründet. Wer fernsieht, isst das Falsche und bewegt sich deutlich weniger. Hieraus ergibt sich langfristig eine Erhöhung des Körpergewichts mit all den hinzukommenden Risikofaktoren: erhöhter Blutzucker und Cholesterinspiegel, ganz langfristig auch ein erhöhter Blutdruck, geringere körperliche Leistungsfähigkeit und natürlich das Übergewicht selbst.

Dass das Fernsehen „dumm“ macht, lässt sich durch die Untersuchungen zum Einfluss des Fernsehens auf Aufmerksamkeitsstörungen sowie auf Lese-Rechtschreibstörungen und auf das Sozialverhalten von Kindern ableiten. Hinzu kommt, dass wir eben das Gehirn besser verstehen und wissen, warum das Medium Fernsehen – ganz unabhängig vom Programm! – gerade für kleine Kinder ungünstige Auswirkungen hat: Wer die ersten Lebenserfahrungen am Bildschirm macht, der kann gar nicht richtig lernen, wie die Welt eigentlich funktioniert. Deswegen werden in seinem Kopf unschärfere Spuren dieser Welt entstehen, was sich langfristig auf die Fähigkeit der Person, sich selbst mittels dieser Spuren zu lenken, ungünstig auswirkt. Kurz: fernsehen in der frühen Kindheit führt zu Aufmerksamkeitsstörungen im Schulalter. Dieser Zusammenhang ist mittlerweile eindeutig in einer großen amerikanischen Untersuchung nachgewiesen. Deutsche und amerikanische Untersuchungen haben weiterhin nachgewiesen, dass sich Fernsehen im späteren Kindergartenalter (also mit 4 oder 5 Jahren) ungünstig auf die Sprachentwicklung und auf das Lesen und Rechtschreiben auswirkt.

Darüber hinaus ist es einfach nicht wahr, dass die Kinder Fernsehen müssen, um in ihrer Gemeinschaft Platz zu finden. Im Gegenteil: empirische Studien haben nachgewiesen, dass viel Fernsehen eher zum Außenseiter macht. Es ist gerade nicht der Fall, dass man durch das Fernsehen in die Gemeinschaft hinein kommt, wie immer wieder behauptet wird.

40 000 Todesfälle pro Jahr durch das Fernsehen – behaupten Sie. Wenn der Zusammenhang zwischen Fernsehen und krank machen dem Übergewicht oder Rauchen tatsächlich so eindeutig wäre, dann stünde doch längst „Bildschirm-Prävention“ auf der pädagogischen und politischen Agenda.

Die 40 000 Toten sind sogar noch vorsichtig geschätzt: Ich habe die besten verfügbaren Zahlen aus den besten hierzu vorliegenden Studien verwendet und sie auf Deutschland hochgerechnet. Man muss sich darüber im Klaren sein, dass es um den Effekt geht, der durch den Unterschied zwischen zwei und vier Stunden Fernsehen täglich hervorgerufen wird. Da man praktisch niemanden mehr findet, der überhaupt nicht fernsieht, kann man die gesundheitlichen Auswirkungen des Unterschieds zwischen gar nicht Fernsehen und zwei Stunden Fernsehen wissenschaftlich überhaupt nicht bestimmen. Man muss aber davon ausgehen, dass schon

zwei Stunden täglich Fernsehen einen Effekt haben. Auch alle anderen Annahmen habe ich eher vorsichtig gemacht, so dass die Zahl wahrscheinlich noch deutlich höher liegt.

Gewiss folgt daraus, das Fernsehen einzuschränken. Ich glaube jedoch nicht, dass es hier mit Verboten getan ist, sondern man muss vor allem Alternativen anbieten.

Die so genannte „Medienpädagogik“ bringt erwiesenermaßen nichts. Man soll also nicht „intelligent“ Fernsehen, man soll vielmehr den Konsum reduzieren, d. h. die Dosis verkleinern. Wer es schafft, statt drei Stunden am Tag nur noch eine Stunde fern zu sehen, der hat schon sehr viel für sich getan. Wenn Eltern dies für Ihre Kinder schaffen, haben sie im Grunde genommen das Wichtigste erreicht.

Die Forderungen, die Sie in Ihrem Buch aufgestellt haben, laufen auf staatliche Eingriffe zur Regulierung der Bildschirm-Medien hinaus. Sind Sie womöglich ein weltfremder Spinner im Elfenbeinturm, der nicht begriffen hat, dass dies in Zeiten des Primats des freien Marktes und der Meinungsfreiheit obsolet ist?

Wie schon gesagt, es geht nicht um Verbote. Um staatliche Eingriffe könnte es schon gehen, gerade in Zeiten des freien Marktes. Wir haben auch staatliche Eingriffe im Hinblick auf den Umweltschutz. Wir haben beispielsweise die Ökosteuer, die den bestraft, der sich umweltschädlich verhält. Nun sind verschmutzte Landkarten in den Gehirnen von Jugendlichen schwerer auszumachen als verschmutzende Schornsteine und verschmutzte Landschaften in der Umwelt. Letztlich geht es aber wirtschaftlich um das Gleiche: Wer aus Profitgier die Gehirne der nächsten Genera-

tion zumüllt, der muss dafür zur Kasse gebeten werden. Man kann sich eine Steuer auf jeden Gewaltakt im Fernsehen vorstellen, die dann dazu verwendet wird, gute Programme zu produzieren. Horrorfilme und Gewaltverherrlichung werden zwar oft mit der Freiheit der Meinung oder gar der Freiheit der Kunst gerechtfertigt, eigentlich geht es jedoch um etwas ganz anders. Hier wird aus ganz niederen Beweggründen, nämlich ganz einfach aus Profitgier, unserer nächsten Generation Schaden zugefügt. Dies hat mit Meinungsfreiheit nichts zu tun und es wird Zeit, dass wir die Verantwortlichen nicht mehr einfach nur machen lassen. Der Markt versagt hier. Den Markt einfach weiter bestimmen zu lassen, ist gleichbedeutend damit, die nächste Generation bereits abzuschreiben. Dies dürfen wir nicht tun! Wir dürfen nicht länger zuschauen! Die Gehirne der nächsten Generation sind der einzige Rohstoff, den wir in Deutschland haben. Wenn wir sie weiterhin so zumüllen, wie wir dies bisher tun, dann nähren wir in 20 Jahren die T-Shirts für China.

Herzlichen Dank für das Gespräch.

**Besuchen Sie auch die bvvp-Homepage
www.bvvp.de**

Während das bvvp-Magazin «fürs Grundsätzliche» zuständig ist, finden Sie dort die aktuelle Berichterstattung.

REGIONALVERBÄNDE DES BVVP

BVVP-BAYERN, RV BAYERN

Nußbaumstr. 4
80336 München
Tel.: 089-41768601, Fax: -41768602
E-Mail: info@bvvp-bayern.de

VVP-BERLIN, RV BERLIN

Dipl.-Psych. Michael Grunert
Dr. Frank Horzetzky
Heinrich-Roller-Str. 20
10405 Berlin
Tel.: 030-44051561, Fax: -44047111
E-Mail: vvp-berlin@gmx.de

RV BRANDENBURG

Dr. med. Hans Kerber
Dessauer Str. 12
14943 Luckenwalde
Tel.: 0 33 71-62 24 26, Fax: -62 24 27
E-Mail: dr.kirchner@batap.de (Dr. Kirchner)

VVPH, RV HAMBURG

Dipl.-Psych. Beate Glüsing
Klapperhof 2
21033 Hamburg
Tel.: 040-72692778, Fax: -72692778
E-Mail: bvvp-hamburg@bvvp.de

VHVP, RV HESSEN

c/o Dr. med. Meinhard Korte
Adalbert-Stifter-Str. 5

63452 Hanau
Tel.: 06181-982186, Fax: -982187
E-Mail: vhvp@bvvp.de

RV MECKLENBURG-VORPOMMERN

Dr. med. Ronald Zabel
Knieperdamm 7
18435 Stralsund
Tel.: 03831-304959, Fax: -304951
E-Mail: info@zabel.uhlenhaus.de

VVPNDs, RV NIEDERSACHSEN

Dr. med. Jörg K. Merholz
Bombergallee 1
31812 Bad Pyrmont
Tel.: 05281-151172, Fax: -151171
E-Mail: merholz@bvvp-nds.de

VVPN, RV NORDBADEN

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

RVN, RV NORDRHEIN

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

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

VVPNW, RV NORDWÜRTTEMBERG

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

BVVP RHEINLAND-PFALZ

Dr. Jörg Ebert
Am Sportfeld 6
55124 Mainz
Tel.: 06131-943191, -151575924
E-Mail: dr.joerg.ebert@t-online.de

VVPSa, RV SAARLAND

Dipl.-Psych. Rita Marzell
Neugrabenweg 18
66123 Saarbrücken
Tel.: 0681-3904580, Fax: -93815307
E-Mail: ritamarzellsaar@t-online.de

RV SACHSEN

Schmitt-Drees, Sabine
Zum Weißiger Kirchsteig 12,
01454 Ullersdorf

Tel.: 03528-410 016, Fax: -410 016
E-Mail: s.schmitt-drees@12move.de

BVP, RV SCHLESWIG-HOLSTEIN

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

VVPS, RV SÜDBADEN

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

VVPSW, RV SÜDWÜRTTEMBERG

Geschäftsstelle: Elisabeth Bosch
Blücherstraße 10
89547 Gerstetten
Tel.: 07323-96160, Fax: -3691
E-Mail: vvpsw@bvvp.de

AGVP, RV WESTFALEN-LIPPE

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

DAS FINDEN WIR GUT

„Saglik“ heißt Gesundheit

Gesucht wurde: ein pfiffiges Präventionsprogramm, das wenig kostet, viel bringt und keine Eintagsfliege ist.

Gefunden haben wir: „Migrantinnen als Gesundheitsmanagerinnen in der Familie“, ein Gemeinschaftsprojekt, das 2003/2004 von „Gesundheit Berlin e.V.“ (Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung) und dem BKK Bundesverband durchgeführt wurde. Was bei diesem „kultursensiblen“ Pilotprojekt erarbeitet wurde, darf nicht nur, sondern es soll bundesweit in Stadtteilen, Kindergärten, Kulturzentren usw. nachgeahmt werden.

Acht türkische Frauen nahmen an dem Kurs „Zevk ile Saglikli Yemek – Gesund essen mit Freude“ teil. Dabei wechselten sich Abende, an denen gemeinsam gekocht wurde, mit Info/Gesprächs-Abenden über Ernährungsfragen ab. Themen waren: Grundwissen über (ausgewogene) Ernährung, die gesunde Ernährung der Kinder, Informationen über Übergewicht und seine Folgen. Schließlich wurden Essstörungen thematisiert – wie ihnen vorgebeugt werden kann, wie man sie erkennt, und welche Therapiemöglichkeiten es gibt. An den Kochabenden wurden die eigenen Rezepte der Frauen ausprobiert und gegebenenfalls „modifiziert“ – entsprechend dem, was in den Gesprächsrunden erlernt worden war. Am Ende des Kurses stand nicht nur ein Festbuffet für die Familien der Kurs-



teilnehmerinnen, sondern auch ein ansehnliches Kochbuch (deutsch-türkisch), das neben den Rezepten die wichtigsten Informationen zur gesunden Ernährung enthält.

Türkinnen und Türken bilden mit 1,9 Millionen die größte Gruppe der AusländerInnen in Deutschland. Aber der Kurs lässt sich problemlos auch mit Migrantinnen aus anderen Nationen durchführen. Spezielle Gesundheitsförderung von AusländerInnen macht schon allein deshalb Sinn, weil sie im Durchschnitt kränker sind als die Deutschen. Die Ursache dafür sind eine Reihe von gehäuft auftretenden gesundheitlichen Risikofaktoren:

niedriger sozialer Status und unterdurchschnittliches Einkommen, schlechte Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen, vermehrte psychische Belastungen aufgrund von Isolation, kulturellen Barrieren, Diskriminierung, Heimweh. Sprachprobleme verringern die Informationsmöglichkeiten, was sich gerade im Bereich Gesundheit und Prävention negativ auswirkt.

Es sind die Frauen, die die Verantwortung für Gesundheitsfürsorge und -versorgung in der Familie tragen. Was generell gilt, trifft für Türkinnen aufgrund der familiären Rollenzuschreibung erst recht zu: Der Gesund-





heitszustand der Familienmitglieder hat viel damit zu tun, ob die häuslichen „Gesundheitsmanagerinnen“ für ihren Job gut oder schlecht qualifiziert sind. Wenn türkische Frauen aufgrund von Isolation und mangelnder Sprachkenntnisse keinen oder nur unzureichenden Zugang zu den hiesigen Informationsquellen haben, so bleibt ihr „Gesundheitswissen“ auf dem tradierten Stand.

**„Die türkische Küche ist eigentlich gesund, denn wir kochen wirklich mit viel Gemüse. Aber ich glaube, wir benutzen zu viel Fett und essen zu viel Süßes.“
(Kursteilnehmerin)**

Für ihre Rolle als „Ernährerinnen der Familie“ bedeutet das: Sie kochen weiter so, wie es unter den früheren Lebensumständen, die durch Kargheit und schwere körperliche Arbeit geprägt waren, sinnvoll war, hier aber problematisch werden kann, besonders weil bei an und für sich gesunden türkischen Rezepten in Deutschland z.B. Milch durch Sahne ersetzt wird; zusätzlich fällt die Werbung für Dickmacher (Kinderjoghurt, Milchschnitte) auf fruchtbaren Boden.

Dass es sich nicht um vernachlässigbare Effekte handelt, zeigt die Statistik: doppelt so viele türkische Kinder wie deutsche sind übergewichtig – Tendenz steigend. Das ist die Konsequenz einer falschen Ernährung und leibhaftige Folge des „wohl meinenten Denkens“: meinem Kind soll es an nichts fehlen!

Die „Wohlgelährtheit“ eines Kindes weist die Mutter als „gute Mutter“ aus und zeigt allen, dass „man es sich leisten kann“, ähnlich wie hierzulande häufig gerade die schlecht situierten Eltern ihren Kindern „In“-Klamotten, „In“-Spielzeug usw. kaufen.

**„Wenn ich mit weniger Fett koche, denkt die Familie, ich bin geizig oder ich gönne ihr nichts.“
(Kursteilnehmerin)**

Dieses Projekt schlägt mehrere „Präventionsfliegen“ mit einer Klappe:

- Es stärkt das Selbstbewusstsein, weil es nicht nach dem Motto konstruiert ist: „wir, die Wissenden – ihr, die Unwissenden“. Die Frauen erleben, dass ihre Mei-

nung wichtig ist und das Gelingen des Projektes von ihnen abhängt. Die eigenen Rezepte weiterzugeben, ja gedruckt zu sehen, bedeutet die Erfahrung einer Wertschätzung, die stolz und aktiv macht. Die Förderung der eigenen Aktivität ist ein Antidepressivum, das nur positive Neben- und Nachwirkungen hat.

- Es befreit ein wenig aus der Isolation, die ein großes Gesundheitsrisiko ist. Türkischen Frauen fehlt in Deutschland häufig ein ihrer Kultur entsprechender „frauenspezifischer“ Raum, um sich auszutauschen. Wenn der einzige Kontakt der zu Familienmitgliedern ist, muss vieles ungesagt bleiben. Die Folgen kennen gerade PsychotherapeutInnen.
- Es fördert das Kohärenzgefühl, weil das, was diese Frauen von ihren Müttern und Großmüttern gelernt haben, nicht naserümpfend für obsolet erklärt wird. Angepasst und umgeformt erweist es sich als Bereicherung.
- Es fördert die Integration. Wer sieht, dass die „fremde Kultur“ vom Wissensschatz der eigenen profitiert und neugierig darauf ist, öffnet sich eher und wird selbst an Neuem interessiert.

Das sind die „soften“ Präventionsfaktoren, die bei dem Projekt „so nebenbei“ anfallen. Im engeren Sinn präventiv ist „Saglik“ durch die Vermittlung von Gesundheitswissen und Gesundheitspraxis. Wer gesünder isst, bleibt



gesünder. Wer als „Schlüsselperson“ gesünder kocht, macht gesünder.

Appetit bekommen?
Nicht nur das Kochbuch, auch das Kursmanual lässt sich unter www.saglik-berlin.de herunterladen oder bei

Gesundheit Berlin e.V.
Friedrichstraße 231
10969 Berlin
(Tel.: 030 443 19060)
bestellen.

URSULA NEUMANN

UND NOCH 'N TIPP

Der Kongress „Armut und Gesundheit“

1995 fand in Berlin erstmals die Tagung „Armut und Gesundheit“ statt. Initiatoren waren die Ärzte Gerhard Trabert und Jenny de la Torre, beide engagiert in der medizinischen Betreuung von Obdachlosen. Es glückte etwas Seltenes: aus dem Häuflein „Gutmenschen“, die „weitgehend unter Ausschluss der Öffentlichkeit“ (Raimund Geene) tagten, wurde die größte Public-Health-Veranstaltung in Deutschland. Bemerkenswerter als die Zahl von regelmäßig über tausend TeilnehmerInnen ist die gelungene Vernetzung der PraktikerInnen und TheoretikerInnen des Gesundheitsbereichs mit Politik, Verwaltung, Sozialversicherungen usw. Dass die Bundesgesundheitsministerin und der Regierende Bürgermeister von Berlin die Schirmherrschaft übernommen haben, putzt ungemein. Wichtiger ist, dass neben Krankenkassen auch Forschungseinrichtungen wie das Deutsche Institut für Urbanistik (Difu) zu den Mitveranstaltern zählen. Das bedeutet: nicht allein notwendige, aber letztlich nur „symptomatische“ Projekte wie „Zahnprophylaxe bei Obdachlosen“ haben ihren Platz, sondern es geht um die strukturellen Voraussetzungen für Gesundheit. Solche Foren sind unabdingbar im täglichen Nebeneinander-her-Wurschteln. Es gibt ja gar nicht so wenig wohlmeinende Leute – nur überblicken sie oft nicht die weit reichenden Folgen ihres Tuns – wie z.B. im Städtebau oder in der Sozialpolitik – ,wenn sie es nicht gesagt bekommen. Ähnliches gilt für den Austausch zwischen PraktikerInnen und „der Wissenschaft“ – beide müssen sich von der anderen Seite was sagen lassen. Und schließlich: wie oft wird mühselig das Rad neu erfunden, obwohl es anderswo längst Projekte gibt, von denen man abkupfern könnte.

Ein Ziel der alljährlichen Veranstaltung ist das Empowerment und die Vernetzung benachteiligter sozialer Gruppen. Damit das gelingt, haben die HelferInnen vernünftigerweise bei sich selbst angefangen.

Der 11. Kongress steht unter dem Motto „Präventionsziele gegen Armut: gesunde Lebenswelten gemeinsam gestalten“ und findet am 18. und 19. November im Rathaus Schöneberg in Berlin statt. (www.armut-und-gesundheit.de). Ich glaub, ich geh hin. Vielleicht treffen wir uns?

URSULA NEUMANN

FÜR UNS GELESEN

AHRENS, GÜNTERT, (Hg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung

Dieses Buch zeigt: Gesundheitsökonomie kann etwas anderes sein als die Jagd nach (häufig vermeintlichen) Einsparmöglichkeiten zu Lasten der Kranken und Pflegebedürftigen. Es ist auch kein Naturgesetz, dass sie sich von den monomanen „Visionen“ und behaupteten „Notwendigkeiten“ der Medizinindustrie einen Ring durch die Nase ziehen lässt. Das (wirtschaftlich) Vernünftige erweist sich als das ethisch Gebotene und umgekehrt. Vorausgesetzt, Ökonomie wird nicht kurzatmig verstanden, berücksichtigt möglichst alle Faktoren des multikausalen Zusammenspiels und reflektiert die eigene Begrenztheit. Das tun die AutorInnen. Sie analysieren das Missverhältnis der Ausgaben: obwohl kurative Medizin lediglich einen 30%-Beitrag zu unserer Gesundheit leistet, fließen ihr 95% der Mittel zu; für Gesundheitsförderung und Prävention bleiben 5% (wenn man alles zusammenkratzt). Das ist nicht nur der Dominanz der (naturwissenschaftlichen) Medizin geschuldet. Gesundheitsförderung ist nicht „sexy“, weil unspektakulär.

Die Botschaft des Buches ist „für uns Psychos“ wichtig, gerade auch in der (berufs-)politischen Auseinandersetzung: Wer Gesundheit nicht ganzheitlich denkt, denkt sie gar nicht, denn sie ist „überwiegend sozial determiniert“, hat mit Selbstvertrauen und emotionaler wie sozialer Stabilität zu tun. Das Selbstbewusstsein unserer Zunft stärkt auch, dass bei den Theorien zur Gesundheitsförderung und ihrer Evaluation der (Evaluations-) Ansatz der evidenzbasierten Medizin neben den dargestellten komplexen Modellen alt aussieht. Der konkreten Gesundheitsförderung in der Kommune, im Betrieb und in Pflegeeinrichtungen ist jeweils ein Kapitel gewidmet.

Mir rauchte beim Lesen der Kopf. Aber das Buch hat mich froh und gewaltig gescheiter gemacht.

URSULA NEUMANN

Dieter Ahrens, Bernhard Güntert (Hg.) (2004): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung, Nomos Verlagsgesellschaft, ISBN 3-8329-0454-9, 49 €

ROSENBRÖCK, BELLWINKEL, SCHRÖER (Hg.): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit

Seit 2000 haben die Krankenkassen (wieder) den Auftrag zur Durchführung von Prävention. Sie sollen – so der Gesetzgeber – „insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“. Dies den Betriebskrankenkassen schmackhaft zu machen, ist der Zweck der in diesem Band zusammengefassten Gutachten. Ein bisschen Quadratur des Zirkels – denn Krankenkassen müssen um die besten Risiken und nicht um die Palme in Sachen Ethik konkurrieren. Warum sollten sie sich um ein für sie unattraktives Klientel bemühen – und das noch unabhängig von der Kassenzugehörigkeit. Autogenes Training für gestresste Berufstätige und Nordic Walking für Damen der Mittelschicht scheinen werbeträchtiger. Die AutorInnen leisten fundierte Überzeugungsarbeit:

- Dass „unspezifische Interventionen“ und „Kontextbeeinflussung“ – z.B. Maßnahmen zur Stärkung von Selbstwirksamkeit und zum Aufbau sozialer Netze - Erfolg versprechender sind als solche, die einer simplen Input-Output-Kausalität folgen.
- Dass es notwendig ist, sich bei Initiativen und Trägern einzuklinken und unterzuordnen, die schon gute Projekte am Laufen haben (einige werden als appetizer ausführlich vorgestellt).
- Dass Partizipation der Betroffenen mühselig aber für den Erfolg unabdingbar ist.
- Dass Projektausschreibung, QS und Evaluation im Bereich Gesundheitsförderung nicht den üblichen Trampelpfaden folgen dürfen.

Den Webfehler von § 20 Abs. 1 SGB V – den marktwirtschaftlich ausgerichteten Kassen wird eine gesundheitspolitische Aufgabe übertragen – können die AutorInnen nicht beseitigen. Genauso wenig können sie ändern, dass die Wirklichkeit komplexer ist, als man es sich wünscht. Die AutorInnen gehen von der löblichen Devise aus „man nehme, was man hat“ und lösen die gestellte Aufgabe mit Bravour: den BKK's (und allen LeserInnen)

Wissen, Ratschläge und Ideen an die Hand zu geben, um beim Abbau ungleicher Gesundheitschancen sinnvoll aktiv zu werden.

URSULA NEUMANN

Rosenbrock, Rolf; Bellwinkel, Michael, Schröer, Alfons (2004): Primärprävention im Kontext sozialer Ungleichheit. Wissenschaftliche Gutachten zum BKK-Programm „Mehr Gesundheit für alle“, Wirtschaftsverlag NW, ISBN 3-86509-226-8, 24,50 €

FRANKL: Ärztliche Seelsorge

Der Hamburger jüdische Künstler und Schriftsteller Arie Goral wurde von der Frage umgetrieben: Wo war Gott in Auschwitz? Der Naturwissenschaftler Hoimar von Ditfurth meinte in seinem letzten Interview, er wolle nur noch gerne wissen, was der Sinn des Universums sei. Der Nestor der österreichischen Psychotherapie, Viktor E. Frankl, hat versucht, in seinem Lebenswerk darauf eine Antwort zu geben: Der letzte Sinn ist nicht zu ergründen. Der Mensch hat jedoch ein Vorwissen, das sich aus seinem Leben ergibt. Seine Existenz wird nicht nur vom Zusammenspiel von Körper und Seele geprägt, sondern auch von einer geistigen Macht, die ihn zu einer unverwechselbaren Person mit eigener Würde macht. In diesem Sinne kann er sich in einem Glauben an den Sinn, ja in einem Willen zum Sinn von der Transzendenz her begreifen.

Was hier quasi auch als religiöse Position erscheint, ist Ergebnis der Auseinandersetzung Frankls mit der tiefen Sinnkrise des 20. Jahrhunderts, von der er als jüdischer Häftling im KZ – seine Eltern und Ehefrau wurden ermordet – besonders betroffen war. Die Sinnsuche ist demnach ein therapeutisch unterstützter Prozess, gegen die Zerstörung durch Leid und Verzweiflung die Unversehrtheit der Menschenwürde wieder her zu stellen.

In den zehn Thesen über die Person, die das klassische Werk ergänzen, wird deutlich, dass es Frankl nicht um eine individuelle Heilsbotschaft geht, sondern dass der Wille zum Sinn zugleich Verpflichtung zum gegenseitigen Beistand in sich trägt.

ORTWIN LÖWA



Victor E. Frankl (1925), *Ärztliche Seelsorge*, Deuticke im Zsolnay Verlag, ISBN 3-352-06601-4, 17,90 €

HURRELMANN ET AL.: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung werden in diesem ausführlichen, gut gegliederten Lehrbuch mit einem ersten allgemeinen Teil über ihre Inhalte und Systematik vorgestellt und mit dem folgenden speziellen Teil unter vier Gesichtspunkten spezifiziert: Ihre Aufgaben und Schwerpunkte im Lebenslauf (leider – bei der Behandlung von Prävention im Alter - ohne Blick auf das Lebensende), aus der Sicht von epidemiologisch relevanten Störungen und Krankheiten (wobei seelische Störungen weitestgehend unberücksichtigt bleiben), aus (Medizin-) fächer-spezifischer Sicht und mit dem Blick auf Zielgruppen und Settings. In den letzten Kapiteln wird die hiesige nicht ausreichende gesundheitspolitische Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung zwar dargelegt, möglichen „tieferen“ Ursachen indes nicht nachgegangen.

So lässt auch die mehr quantifizierende Darstellung des heutigen Ist-Zustandes den Blick auf das „innere“, qualitative Funktionieren von Prävention und Gesundheitsförderung unberücksichtigt. Bis auf Ansätze dazu bei den „Zielgruppen und Setting“ fehlt die psychologisch-soziale Sicht, die über die Motivation zur Prävention und Gesundheitsförderung und ihre Bedingungen und Widerstände „beim Menschen“ Auskunft gibt.

Ein Paradigmenwechsel ist notwendig, der Prävention und Gesundheitsförderung als eigenständige, vielfach bedingte gesamtgesellschaftliche Aufgaben ansieht und beschreibt. Um diesen Teil sollte dieses „Standardwerk“ erweitert werden.

RÜDIGER HAGELBERG

Klaus Hurrelman et.al. (Hg.) (2004): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, Verlag Hans Huber, ISBN 3-456-84070-5, 29,90 €

JERUSALEM, WEBER: Psychologische Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung und Prävention sind keine „Einbahnstrassen“ und nützen wenig, wenn ihre Maßnahmen an den Adressaten vorbei gehen, weil sie oder ihre Lebenswelt nicht berücksichtigt wurden.

Diesem Gedanken folgend beschreibt das Buch die psychosozialen und psychischen

Bedingungen von Krankheit und Gesundheit aus der Sicht des „Adressaten“. Gesundheitsförderung und Prävention werden aus der Begrenzung einer medizinisch-organisatorischen Sichtweise gelöst, begrifflich aber nicht immer klar unterschieden.

Das erste Kapitel gibt einen Überblick über die Psychologie von Krank- und Gesundheit. Es geht um gesundheitsrelevante Persönlichkeitsmerkmale und subjektive Theorien von Krankheit und Gesundheit, die mitbestimmen, ob präventive Maßnahmen ihre Zielgruppe und deren Motivation erreichen.

Im zweiten Kapitel werden Methoden zur Evaluation von Präventionsmaßnahmen dargestellt, um ihre wissenschaftlich-methodische Anwendung zu sichern.

Das dritte Kapitel beschreibt gesundheitspsychologische Prävention unter vier Gesichtspunkten: bei bestimmtem Risikoverhalten, in verschiedenen Lebensaltern, in Gruppen und Organisationen und angesichts schwerer Erkrankungen. Möglichkeiten und Grenzen von Prävention werden als eine vielfältige gesellschaftliche Aufgabe und psychosoziale Herausforderung gut dargestellt.

Risiken der „Verhältnisprävention“, z.B. Armut, stehen entsprechend dem verhaltenspsychologischen Ansatz des Buches nicht im Vordergrund seiner Untersuchungen.

RÜDIGER HAGELBERG

Matthias Jerusalem, Hannelore Weber (Hg.) (2003): *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Hogrefe. ISBN 3-8017-1003-3, 59,95 €

Links zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention

Gerade zum Schwerpunktthema dieses Heftes gibt es viele interessante Internetseiten. Eine kleine Auswahl:

Über die homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung www.bzga.de kommt man zum Beispiel zu „Gesundheit und Schule“: www.bzga.de/?uid=2b9e0548fd680b60234148a2218c0715&id=Seite100

Mit www.gesundheitsziele.de sind Sie auf der Plattform von „gesundheitsziele.de,“ einer Kooperation des Gesundheitsministeriums mit der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft. Hier gibt es Informationen über Projekte wie Möglichkeiten, sich zu beteiligen

www.datenbank-gesundheitsprojekte.de

enthält eine Liste mit über 2000 Projekten zur Gesundheitsförderung in Deutschland

Um sich über die zahlreichen Projekte von „Die soziale Stadt“ zu informieren, tippen Sie www.sozialestadt.de ein.

Das „opus-NRW“ ist ein Netzwerk zur Gesundheitsförderung von Schulen und Kindertageseinrichtungen. Sie finden es unter www.learn-line.nrw.de/angebote/gesundids/index.html

Das Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Essen-Duisburg, ist eine Gemeinschaftsinitiative zwischen der Universität und dem Verband der BKK's: www.ipg-uni-essen.de

Hinter www.enwhp.org verbirgt sich das European network for workplace health promotion

Das E&C-Modellprogramm (Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten) hat die Web-Adresse www.eundc.de/seiten/global/home.html www.los-online.de/content/index_ger.html ist das Link von „Lokales Kapital für soziale Zwecke – LOS“. Hier werden (auch) Projekte der Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene gefördert – man kann Anträge stellen.

Zum deutschen Präventionspreis geht es mit www.deutscher-praeventionspreis.de

Über dessen ersten Preisträger „Monheim für Kinder“ informierte der WDR ausführlich www.wdr.de/tv/service/familie/inhalt/20050216/b_1.phtml

Mit www.kompetenznetz-depression.de kommen Sie zu Links für Projekte die speziell für die PsychotherapeutInnen von Interesse sind.

Und auch eine private homepage soll nicht fehlen. Die von Dr. Thomas Walser aus der Schweiz www.dr-walser.ch ist nicht nur zum Thema Salutogenese sehr informativ.

Die Stellungnahme der Expertenkommission zur betrieblichen Gesundheitspolitik (gemeinsames Projekt der Hans Böckler und der Bertelsmann-Stiftung) gibt es anscheinend nicht mehr zum Runterladen, sondern man muss sie als Buch kaufen:

Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler Stiftung (HG.) (2004): *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik* (mit CD-ROM), Vorschläge der Expertenkommission, ISBN 3-89204743 X, 16 €

Aber wenigstens das, was die Kassen und Unfallversicherer zur betrieblichen Gesundheitsförderung beitragen können ist unter www.boeckler.de/pdf/fof_versicherer.pdf einzusehen

URSULA NEUMANN

NEUERSCHEINUNGEN

UND BÜCHER ZUM SCHWERPUNKT

Antipsychiatrie Verlag

Bedarf oder Bedürfnis?! Alternative (zur) Psychiatrie. Mit dem Kommentar des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BPE) e.V. zu «25 Jahre Psychiatrie-Enquete - Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform» und dem Grusswort zur 12. Jahrestagung des BPE 2003. SPIEKER, S. (*Edition Libera*). ISBN: 3925931325. 19.90 €

Lebensqualität und Krankheitsverständnis. Die Auswirkung des medizinischen Krankheitsmodells auf die Lebensqualität von chronisch psychisch Kranken. HEUER, B.; SCHÖN, R. (*Edition Libera*). ISBN: 3925931309. 38.90 €

Psychiatrische und antipsychiatrische Vorstellungen von Hilfe im Wandel der Zeit. KAMPMANN, H.; WENZEL, J. (*Edition Libera*). ISBN: 3925931392. 39.90 €

Wohnin mit dem Wahnsinn?. Ausgewählte Aspekte der Kontroverse um Anstaltspsychiatrie und mögliche Alternativen. BRÜGGE, C. (*Edition Libera*). ISBN: 3925931295. 29.90 €

Auditorium Netzwerk

Das limbische System – Sitz des Psychischen. Chancen der Psychotherapie aus neuwissenschaftlicher Sicht. ROTH, G. 2 DVDs. Best.Nr.: 659D. 60.00 €

Lernen - Vernetztes Denken. SPITZER, M. 1 DVD. BEST.NR. 627D. 22.00 €

Gehirnforschung für die Schule – Transfer ins Klassenzimmer. SPITZER, M. 1 DVD. Best.Nr.: 637D. 22.00 €

ADHS und Gehirnentwicklung. HÜTHER, G. 1 DVD. Best.Nr.: 668D. 18.00 €

Wie aus Erfahrungen Strukturen werden. HÜTHER, G. 1 DVD. Best.Nr.: 665D. 18.00 €

Beltz

Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch. VAITL, D.; PETERMANN, F. ISBN: 3621275207. 49.90 €

Positive Psychologie. Anleitung zum «besseren» Leben. AUHAGEN, A. ISBN: 362127555X. 29.90 €

Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Anstiftung gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen. SCHIFFER, E. (*Beltz Taschenbuch 4*). ISBN: 3407220049. 10.90 €

Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. SCHIFFER, E. (*Beltz Taschenbuch 90*). ISBN: 3407220901. 12.90 €

DGVT-Verlag

Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive. OTTO, U.; BAUER, P. (*Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung (FGG) 11/12 Bd 1*). ISBN: 3871596116. 37.00 €

Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. BAUER, P.; OTTO, U. (*Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung (FGG) 11/12 Bd 2*). ISBN: 3871596124. 29.00 €

Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Band 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive / Band 2: Institutionelle Netzwerke in Steuerungs- und Kooperationsperspektive. OTTO, U.; BAUER, P. (*Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung (FGG) 11/12*). ISBN: 3871596000. 64.00 €

EHP Verlag

Andreas Kohlhage

Gestalt und Prozess. Eine psychotherapeutische Diagnostik oder: Der gesunde Mensch hat wenig Charakter. DREITZEL, H. ISBN: 3897970317. 30.00 €

Vernetzte Opferhilfe. Handbuch der Psychologischen Akutintervention. LÜDKE, C.; CLEMENS, K. ISBN: 3897970287. 38.00 €

Kein Trauma muss für immer sein. Überfälle, Unfälle, Schicksalsschläge und das tägliche Unglück. Hilfreiche Informationen zum Verständnis und zur Bewältigung von Krisen, extrem belastenden Erfahrungen und außergewöhnlichen Lebensereignissen. LÜDKE, C.; CLEMENS, K. (*EHP-Hilfe-Kompakt*). ISBN: 3897973006. 17.90 €

Existenzielle Psychotherapie. YALOM, I. ISBN: 3926176199. 40.00 €

Hogrefe

Ausbildung in Verhaltenstherapie.

LAIRETTER, A.; WILLUTZKI, U. ISBN: 3801713369. 49.95 €

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

Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. PETERMANN, F.; REINECKER, H. (*Handbuch der Psychologie Bd 1*). ISBN: 3801718999. 59.95 €

Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. DEGENER, G.; KÖRNER, W. ISBN: 3801717461. 79.95 €

Visuelle Wahrnehmungsstörungen. NIEDEGGEN, M.; JÖRGENS, S. (*Fortschritte der Neuropsychologie 5*). ISBN: 3801717364. 19.95 € 15.95 €

Juventa

Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. BELARDI, N.; AKGÜN, L.; GREGOR, B.; PUTZ, T.; NEEF, R.; SONNEN, F. (*Edition Sozial*). ISBN: 3779920034. 19.90 €

Coaching. Ausbildungs- und Trainingskonzeption zum Coach in pädagogischen und sozialen Arbeitsfeldern. PALLASCH, W.; PETERSEN, R. (*Pädagogisches Training*). ISBN: 3779903784. 18.00 €

Kindern spielend helfen. Eine personzentrierte Lern- und Praxisanleitung. WEINBERGER, S. (*Edition Sozial*). ISBN: 3779920611. 22.00 €

Kindheit und die Ordnung der Verhältnisse. Von der gesellschaftlichen Macht der Unschuld und dem kreativen Individuum. BÜHLER-NIEDERBERGER, D. (*Kindheiten 26*). ISBN: 3779902281. 22.00 €

Pubertät. Konzepte und Arbeitsmaterialien zur pädagogischen Elternschulung. PENTHIN, R.; BISCHOFF, K.; MEYER, A.; WILDE, N. (*Pädagogisches Training*). ISBN: 3779903792. 39.00 €

Mabuse

Deutsch-jüdische Geschichte und Hirnforschung. Ludwig Edinger und sein Neurologisches Institut in Frankfurt am Main. KREFT, G. ISBN: 3935964722. 39.00 €

Gesundheit bewegt. Wie aus einem Krankheitswesen ein Gesundheitswesen entstehen kann. GÖPEL, E. ISBN: 3935964587. 19.80 €

Gesundheit gemeinsam gestalten 2. Kommunale Gesundheitsförderung. GÖPEL, E.; SCHUBERT-LEHNHARDT, V. ISBN: 3935964617. 19.80 €

Schöne neue Pflegewelt. Pflege und Gerontopsychiatrie. NÜBEL, G.; KUHLMANN, H. ISBN: 3935964706. 17.80 €

Pabst Science

Fit for Family - Das etwas andere Sportbuch. KESSLER, J. ISBN: 389967135X. 9.00 €

Implizite Religiosität - Zur Psychologie des Lebenssinns. SCHNELL, T. ISBN: 3899671848. 20.00 €

Kinderverhaltenstherapie. ZUMPF, H.; KÖNNING, J. ISBN: 3899672119. 11.00 €

Manual zur Kognitiven Verhaltenstherapie von Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Verkehrsunfallopfern. ZÖLLNER, T.; KARL, A.; MAERCKER, A.; HICKLING, E.; BLANCHARD, E. ISBN: 3899671112. 20.00 €

Von der Gesprächspsychotherapie zur Klärungsorientierten Psychotherapie: Kritik und Weiterentwicklung eines Therapiekonzeptes. SACHSE, R. ISBN: 3899672127. 20.00 €

Psychiatrie-Verlag

Aufgehoben in der Gemeinde. Entwicklung und Verankerung einer offenen Psychiatrie. KRISOR, M. (*Fachbuch*). ISBN: 3884143875. 19.90 €

Bildung als Chance. Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen. LAZARUS, H.; BOSSHARD, M. (*Fachbuch*). ISBN: 3884143832. 19.90 €

Irrer ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. DÖRNER, K.; PLOG, U.; TELLER, C.; WENDT, F. (*Fachbuch*). ISBN: 3884144006. 19.90 €

Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. RAHN, E.; MAHNKOPF, A. (*Fachbuch*). ISBN: 3884143786. 46.00 €

Tätig sein. Jenseits der Erwerbsarbeit. WEBER, P. (*Rat/schlag*). ISBN: 3884143867. 12.90 €

Psychologen Verlag

Psychologische Berufsfelder zur Förderung von Gesundheit. Neue Chancen entdecken. RIELÄNDER, M.; SCHARNHORST, J. ISBN: 3931589668. 19.80 €

Rehabilitation und sozialer Kontext. Psychologische Konzepte für Klinik und Nachsorge. ARBEITSKREIS KLINISCHE PSYCHOLOGIE IN DER REHABILITATION BDP. ISBN: 3931589676. 25.00 €

Psychosozial-Verlag

Blindes Vertrauen. Grossgruppen und ihre Führer in Krisenzeiten. VOLKAN, V. (*Bibliothek der Psychoanalyse*). ISBN: 3898062910. 36.00 €

Frieda Fromm-Reichmann. Pionierin der analytisch orientierten Psychotherapie von Psychosen. SIEBENHÜNER, G. (*Bibliothek der Psychoanalyse*). ISBN: 3898064042. 29.90 €

Psychoanalytische Neurosenlehre Band I-III. Studienausgabe. FENICHEL, O. (*Bibliothek der Psychoanalyse*). ISBN: 3898064689. 49.00 €

Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung. (*Psyche und Gesellschaft*). ISBN: 3898064069. 29.90 €

Zur Erkenntnis des Unbewussten. Schriften zur Psychoanalyse III. FERENCZI, S.; DAHMER, H. (*Bibliothek der Psychoanalyse*). ISBN: 3898064085. 28.00 €

Reinhardt Verlag

Angehörigenberatung bei Depression. BISCHKOPF, J. (*Personzentrierte Beratung*

& Therapie 3). ISBN: 3497017590. 14.90 €

Jugendliche begleiten und beraten. LANGER, I.; LANGER, S. (*Personzentrierte Beratung & Therapie 1*). ISBN: 3497017604. 18.90 €

Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung. GAHLITNER, S. (*Personzentrierte Beratung & Therapie 2*). ISBN: 3497017639. 18.90 €

Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegefachwissenschaftler. LORENZ, R. ISBN: 3497016977. 24.90 €

Schattauer

Das Spektrum der Medizin. Illustriertes Handbuch von den Grundlagen bis zur Klinik. BÜNTE, H.; BÜNTE, K. ISBN: 3794523741. 99.00 €

Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken. Mit einem Geleitwort von Ulrich Gottstein und einem Gespräch mit Bernard Lowin auf CD. Deutsche Übersetzung von Helga Drews. Lowin, B. ISBN: 3794523474. 34.95 € 29.00 €

Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. LAUTERBACH, K.; SCHRAPPE, M. ISBN: 3794522877. 99.00 €

Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration. KLAUBER, J.; ROBRA, B.; SCHNELLSCHMIDT, H. ISBN: 379452408X. 49.95 €

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. WÖLLER, W.; KRUSE, J. ISBN: 3794522753. 49.95 €

Schwabe Verlag

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

Kinderverträglich denken und handeln. Vorträge und Stellungnahmen in Texten und Tondokumenten. HERZKA, H. ISBN: 3796521274. 33.50 €

Mit Leib und Seele – Wege der Körperpsychotherapie. HOFFMANN-AXTHELM, D. (*SGBAT 1*). ISBN: 3796520766. 38.50 €

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

Springer

Prüfungsfragen Psychotherapie. Fragen-sammlung mit kommentierten Antworten. ISBN: 3540254587. 19.95 €

Psychiatrie und Psychotherapie. MÖLLER, H.; LAUX, G.; KAPFHAMMER, H. ISBN: 3540250743. 99.95 €

Spielsucht. Ursachen und Therapie. MEYER, G.; BACHMANN, M. ISBN: 3540237313. 44.95 €

Therapieresistente Depressionen. Aktueller Wissensstand und Leitlinien für die Behandlung in Klinik und Praxis. BAUER, M.; BERGHÖFER, A.; ADL, M. ISBN: 3540406174. 39.95 €

Wegweiser Verhaltenstherapie. Psychotherapie als Chance. KANFER, F.; SCHMELZER, D. ISBN: 3540233873. 22.95 €

Thieme

Das Drogentaschenbuch. PARNEFIJORD, R. ISBN: 313118034X. 19.95 €

Depressionstherapie. Pharmakotherapie - Psychotherapie - Soziotherapie - Ergänzende Therapien. LEHOFER, M.; STUPPÄCK, C. ISBN: 3131365811. 29.95 €

Praktische Epilepsiebehandlung. Praxisorientierte Diagnose und Differenzialdiagnose, rationale Therapiestrategien und handlungsorientierte Leitlinien. SCHMIDT, D.; EIGER, C. ISBN: 3131168234. 79.95 €

Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. SENF, W.; BRODA, M. ISBN: 313106093X. 119.95 €

Psychotherapie der Angsterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. BASSLER, M.; LEIDIG, S. (*Lindauer Psychotherapie-Module*). ISBN: 3131412313. 39.95 €

UTB

Einführung in die Gesundheitspsychologie. KNOLL, N.; SCHOLZ, U.; RIECKMANN, N. (*UTB M (Medium-Format) 2650*). ISBN: 3825226506. 24.90 €

Vandenhoeck & Ruprecht

Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. HÜTHER, G. (*Sammlung Vandenhoeck*). ISBN: 3525014392. 15.90 €

Depression - Pluralismus in Praxis und Forschung. LEUZINGER-BOHLEBER, M.; HAU, S.; DESERNO, H. (*Schriften des Sigmund-Freud-Instituts Bd 1*). ISBN: 3525451644. 38.90 €

Depression - zwischen Lebensgefühl und Krankheit. HAU, S.; BUSCH, H.; DESERNO, H. (*Schriften des Sigmund-Freud-Instituts Bd 2*). ISBN: 3525451636. 27.90 €

Der kundige Patient. Wie bekomme ich die optimale Behandlung? KUNATH, U. ISBN: 3525461984. 14.90 €

Möglichkeiten der Gewaltprävention. CIERPKA, M. ISBN: 3525462093. 26.90 €

CG Jung Institut Zürich

Küsnachter Woche in Jungscher Psychologie

19. – 24. September 2005

Dieser jährlich im September stattfindende Kurs stellt ein Studienprogramm bereit, das Interessierten aller beruflichen Richtungen einen vertieften **Einblick in die Analytische Psychologie C.G. Jung** gewährt.

Neben Fragen zu Psychologie und Psychotherapie im engeren Sinne werden diesmal vor allem Bereiche wie Religion, Philosophie, Kunst und Traum berücksichtigt.

Detaillierte Kursprogramme und weitere Informationen zu unserem Ausbildungsprogramm:

fueter@junginstitut.ch / www.junginstitut.ch

Tel. +41 44 914 10 42 (13.30 – 17.00 h)

Fax +41 44 914 10 50

C.G. Jung-Institut Zürich, Hornweg 28, 8700 Küsnacht

VERANSTALTUNGEN – Weiterbildung, Kongresse, Reisen

von/bis	Veranstaltung	Kontakt
2005-07-15 2005-07-17	Adoleszenz zwischen Trauma und Jugendkultur: Symposium mit Workshops, sowie OPD-KJ Grundkurs.	info@aerztliche-akademie.de 089 820 53 03
2005-07-15 2005-07-17	Familienstellen: Familienaufstellung in Freiburg	www.rabenbauerj.de rabenbauer@t-online.de
2005-09-15 2005-09-17	ÖKONOMIE OHNE MENSCHEN ? Tagung in Berlin: ZUR VERTEIDIGUNG DER KULTUR DES SOZIALEN mit: Prof. O. Negt Prof. C. Morgenroth Prof. K. Dörner u.a.	DGSP, Tel: 0221 511002 www.psychiatrie.de/startseite
2005-09-16 2005-09-20	65. Verhaltenstherapiewoche in Freiburg: Thema der Eröffnungsveranstaltung: Die biographische Perspektive. IFT, Parzivalstr. 25, 80804 München	www.vtwoche.de www.ift.de
2005-09-17 2005-10-15	Qualitätsmanagement: QM in der ambulanten psychotherap. Versorgung. Angemessenes, auf die eigene Praxis abgestimmtes QM-System soll entwickelt werden.	Fortbildungsstelle Stuttgart 0711 / 6781 421
2005-09-17 2005-09-18	12. Heilpraktikerkongreß Düsseldorf: Große Industrieausstellung Qualitative Weiterbildung Beratung, Information und professionelle Pressearbeit	Freie Heilpraktiker e.V. www.heilpraktikerkongress.de
2005-09-19 2005-09-24	Küsnachter Woche in Jungscher Psychologie: Kurs der Interessierten Einblick in die Analytische Psychologie C.G. Jung gewährt.	Irene Fueter Tel. 01 914 10 42 www.junginstitut.ch
2005-09-24 2006-11-26	Curriculum Psychotraumatheorie in Hamburg: zertifiziert, 9-teilig mit EMDR-Kurs, gesamte Fortbildung 2.295 €, pro Block 255 ? info@traumatheorie.de	Institut für Traumatherapie Carmerstr. 10, 10623 Berlin
2005-10-29 2005-10-29	Führung zwischen Transparenz & Diskretion: Internationales Fairness-Forum der Fairness-Stiftung in Frankfurt/M mit Top-Managern und Unternehmensberatern	www.fairness-stiftung.de kontakt@fairness-stiftung.de
2005-11-17 2005-11-20	TranceFormation-Hypnose integrieren: Kongress der DGH, Vorträge / Seminare zu Hypnose u. Hypnotherapie	DGH-Geschäftsstelle www.hypnose-dgh.de
2005-11-18 2005-11-20	Scham ? Beschämung ? Anerkennung: Für Ärzte, Psychologen u.a.+11 Fortb.-Pkte. www.scham-erkennung.de	marks@ph-freiburg.de rabenbauer@t-online.de
2005-11-21 2005-11-25	Profess.Gruppenleitg. in soz.u.päd.Arbeitsfeldern: Rollenklärung, Entwicklung eines persönl. Leitungsstils, Verstehen u. Steuern der Dynamik in Gruppen.	info@burckhardthaus.de (06051) 890, Fax 89240
2005-11-24 2005-11-26	Systemische Kinder- und Jugendlichenstherapie: Teil 1/12, 2jähr. Weiterbildung. Zertifizierung beantragt. Leiter: Dr. med. Helmut Bonney	www.syshd.de , Tel.06221-162224 dr.bonney@t-online.de