

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

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

## ***Psychotherapie als Feigenblatt***

- *Psychotherapierichtlinien-Änderung  
in der Diskussion*
- *Welche Zukunft haben KVen und KBV?*
- *Leitbild heile Welt –  
Psychotherapeuten in der Kitschfalle*
- *Therapie in politischer Verantwortung –  
Gespräch mit Prof. Peter Riedesser*

*5. Jahrgang  
Ausgabe 3/2006*





Praxis

Verkauf

**Praxisabgabe** PP-Kassensitz Erwachsene AP/TF gesucht von Dipl.-Psych. ab November 2007 in den Regionen Rhein-Main, Lahn, Rhein-Neckar, Spessart, Südpfalz oder dazwischen. Auch Jobsharing in der Übergangszeit. 0611-184 3990; 0179-5903 297; rschz@gmx.de

Gründung/Ankauf

**PP-Kassensitz Erwachsene AP/TF gesucht** von Dipl.-Psych. ab November 2007 in den Regionen Rhein-Main, Lahn, Rhein-Neckar, Spessart, Südpfalz oder dazwischen. Auch Jobsharing in der Übergangszeit. 0611-184 3990; 0179-5903 297; rschz@gmx.de

**Psy. PT (Erw., VT) sucht KV-Sitz in Berlin** Dipl.-Psych. Martin Strobel, Schönhauser Str. 16b, 12169 Berlin, 79783625, m\_strobel@yahoo.de

Räume

Angebote

**Freiburg: kleiner Praxisraum** in psychotherapeutischer Praxisgemeinschaft, 13 qm, Miete 290.- Tel/Fax 0761/60304, email tilmann.moser@gmx.de. *echiffre: www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-03/06-123*

**Freiburg-Stadtmitte:** Psychotherapeut (TP) vermietet 2 helle, ruhige Praxisräume (16 + 14 qm) ab Aug. 06 an ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten. Tel. 0761-2025926 *echiffre: www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-03/06-125*

Reise

**Schöne Ferienhäuser und -wohnungen** in der südlichen Toskana. Günstige Angebote für Gruppen, Seminare und Kurse. Erholungsthermalkuren in der Nähe von Pignigliano! [www.casa-toscana-vermittlung.de](http://www.casa-toscana-vermittlung.de)

Verschiedenes

**Dobermann Welpen** Dobermann puppies black for sale. [www.lexus.dobermann.pl](http://www.lexus.dobermann.pl) *www.cosis.net/ads/ch.php?e=bvvp-Magazin-03/06-119*

**Weiterbildung in Integrativer Gestalttherapie** Neue Ausbildungsgruppen in München, Würzburg/Nürnberg, Freiburg, Zürich und Wien. [www.igw-gestalttherapie.de](http://www.igw-gestalttherapie.de) fon 0931/354550 [info@igw-gestalttherapie.de](mailto:info@igw-gestalttherapie.de)



# KLEINANZEIGEN BUCHEN

Kleinanzeigen bequem buchen mit unserem Online-Anzeigensystem!

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

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

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

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



## VORWORT

Vorwort .....	4
---------------	---

## BUNDESVORSTAND

Was ist los auf Bundesebene? .....	6
Psychotherapie-Richtlinien-Änderung in der Diskussion .....	6
bvvp-online-Newsletter – schon bekannt? .....	9
Waren und sind unsere ICD-10-Schulungen überflüssig? .....	9
Welche Zukunft haben KVen und KBV? .....	10
Was bringt uns das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz? .....	12

## REGIONALVERBÄNDE

BAYERN: Warum missbrauchtes Vertrauen in der Psychotherapie so schwer wiegt. ....	14
BADEN-WÜRTTEMBERG: Der bvvp in Baden-Württemberg .....	17

## SCHWERPUNKT

### PSYCHOTHERAPIE ALS FEIGENBLATT

Liebe bvvp-Mitglieder, liebe LeserInnen des Schwerpunktes! .....	18
Eigentlich ... ..	18
Psychotherapie als „Feigenblatt“ in der Praxis und der Öffentlichkeit .....	19
Feigenblätter auf unserem Gesundheitswesen .....	21

## INTERVIEW

mit Prof. Dr. Peter Riedesser .....	29
-------------------------------------	----

Gegendarstellung .....	30
------------------------	----

## LESERBRIEFE

Leserbrief Karlheinz Bayer zur Umfrage unter Ärzten Hamburgs über Integration .....	31
--	----

## DIENTSTLEISTUNGEN

Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung .....	35
---	----

## GELESEN

Für uns gelesen .....	34
-----------------------	----

## SERVICE

Neuerscheinungen .....	35
Veranstaltungen .....	36

## IMPRESSUM + ADRESSEN

Impressum .....	17
Adressen .....	33

# VORWORT

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Vertragsarztänderungsgesetz hat das Stadium des Referentenentwurfs verlassen und ist in wesentlichen Teilen verändert worden. Sehr wichtig ist, dass

- nicht mehr allein die Krankenkassen die Definitionsmacht erhalten eine Unterversorgung festzustellen um dann zu Lasten der Gesamtvergütung zweiseitige Verträge mit Leistungserbringern abschließen zu können. Der Versorgungsgrad soll jetzt weiterhin vom Landesausschuss Ärzte-Krankenkassen, also von der gemeinsamen Selbstverwaltung geregelt werden
- der inzwischen auf 2009 verschobene Termin für die Einführung des Morbi-RLV aufgehoben wird. Damit müsste das Morbi-RLV wie im Gesetz vorgesehen oder eine analoge Regelung bereits 2007 eingeführt werden, allerdings nur auf der Ebene Krankenkasse-KV, nicht auf der Ebene KV-einzelner Arzt.

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hat der KBV auf dem Deutschen Ärztetag angeboten, bis Ende des Jahres noch ein Konzept für eine vernünftige Gestaltung der Honorare vorzulegen. Die KBV arbeitet mit Hochdruck daran. Die Aussicht auf eine Vergütung der Ärzte mit festen Preisen hat die Ministerin ebenfalls nochmals bekräftigt, allerdings auch darauf verwiesen, dass dies nur in Kombination mit einer sinnvollen Mengensteuerung denkbar seien.

Zuvor hatte sie bei einer anderen Veranstaltung das Konzept des Hausarztverbandes als vernünftigen Vorschlag bezeichnet. Der BDA fordert zukünftig im Hausärztlichen Bereich eine Pauschale in Höhe von ca. 75 Euro/Patient plus ca. 13 Euro für bestimmte Zusatzqualifikationen plus 25 Euro als DMP-Multimorbiditätszuschlag unabhängig vom Leistungsaufkommen.

Hausärzte behandeln je nach Standort und Praxisausrichtung ca. 800-1200 Patienten im Quartal, so dass ein nicht zu verachtender Jahresumsatz die Folge wäre. Der BDA, laut seinem flyer der „schlagkräftigste Berufsverband des deutschen Gesundheitswesens“, setzt sich als ein wesentliches Ziel, „die Schlüsselposition der Hausärzte zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung zu festigen und auszubauen“ und „den Hausarzt als unverzichtbare Größe in der ambulanten Versorgung zu verankern“.

Dafür will der BDA auch noch die Weiterentwicklung frei vertraglicher hausarztbasierter Versorgungsformen außerhalb der KV'en forcieren. Das ist bereits mit dem Barmer-Vertrag als auch z.B. in Baden-Württemberg mit einem ähnlichen AOK-Vertrag geschehen. Ein eigener Honoraranteil, der ausschließlich durch Hausärzte in den KVen in der Vertragspartnerschaft mit den Krankenkassen weiterentwickelt werden soll, soll gesetzlich verankert die hausärztliche Vergütung absichern. Diese Forderung hat sich aufgrund eines absolut kurzfristig eingebrachten Leitantrags der hausärztlichen Vorstandsmitglieder der KVen die KBV-VV am 22.05.06 erstaunlicherweise zu eigen gemacht. Vorausgegangen waren interne Querelen



*Birgit Clever*

zwischen dem BDA und den hausärztlichen KV-Vorsitzenden, die diese Forderungen des BDA heftig kritisierten. Wieso dann die hausärztlichen KV-Vorsitzenden, die gerade noch den Zusammenhalt aller KV-Mitglieder beschworen hatten, einen Leitantrag in die KBV-VV brachten, in dem sich genau die zuvor kritisierten zentralen BDA-Forderungen wiederfinden, bleibt ihr diplomatisches Geheimnis. Und warum die fachärztlichen und psychotherapeutischen KBV-Mitglieder diesem Antrag auch noch zugestimmt haben, das ihre. Möglicherweise haben viele der fachärztlichen und psychotherapeutischen Delegierten die Tragweite nicht erfasst oder weiterhin ihrerseits versuchen wollen, den Laden zusammenzuhalten. Eine bessere Unterstützung für die hausärztlichen Belange als diesen Antrag hätte sich der BDA jedenfalls gar nicht wünschen können.

Dabei kann man jenseits der Finanzfragen auch über manch andere Idee des BDA schon nachdenklich werden. Im AOK-Vertrag steht z.B., engagierte Hausärzte könnten in der zweiten Phase des Vertrages mit dem Label „Mein Arzt, mein Vertrauen“ ausgestattet werden. Ist das nicht merkwürdig? Diese Zuschreibung, die wenn überhaupt nur von den Patienten ihrem Arzt gegenüber vorgenommen werden könnte, wird hier zwischen Kassen und Hausarztverband vereinbart. Die Patienten sprechen das Vertrauen gar nicht aus, sondern es wird ihnen suggeriert. Merkwürdig auch, wenn Pauschal- und Einzelvergütungen für Leistungen vereinbart werden, die eigentlich zu den ganz normalen vertragsärztlichen Pflichten und zur ganz normalen Honorierung nach EBM gehören, wie z.B. Beratung und Information des Versicherten, Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der Behandlungsdaten, Befunde usw., rationale Pharmakotherapie, tägliche Akutsprechstunde, Hausbesuche.

Ob solche Verträge wirklich mehr hergeben als die bisherige hausärztliche Versorgung und obendrein noch kostengünstiger sind? Auf die Evaluation bin ich gespannt. Dem BDA muss man jedenfalls neidlos/-voll zugestehen, dass er tatsächlich in den letzten Jahren enorme Verbesserungen für die Hausärzte erreicht hat, mag man dem einen oder anderen skeptisch gegenüberstehen oder nicht nicht und für wie utopisch man die aktuellen Honorarforderungen auch halten mag.

Die Stärkung der Hausärzte und die Flexibilisierung des Vertrags-

arztrechtes wird trotzdem nicht reichen, unser Gesundheitssystem zukunftsfest zu machen. Über die Finanzierungsgrundlagen wird in der Politik auch noch heftig gerungen.

Nach Überzeugung der KBV lebt die GKV schon heute auf Pump. Um die medizinischen Leistungen allein auf dem heutigen Niveau zu halten, müssten schon jetzt sofort

- 10 Mrd. Euro mehr ins System.
- die GKV-Einnahmen müssten von den Erwerbseinkommen abgekoppelt werden
- Leistungen ausgegrenzt werden,
- Selbstbehalte und Kostenerstattung eingeführt werden.

Ulla Schmidt dagegen stellt Einkommenszuwächse für die Ärzte nur in Aussicht unter der Bedingung, dass anderswo Einsparungen erzielt würden. Einfach mehr Geld ins System, das sei so wie mehr Wasser in den Bodensee zu kippen. Kostenerstattung lehnt die Ministerin ab, sowohl aus Sicht der Patienten, die das Sachleistungsprinzip weiter wollen als auch aus Fürsorge für die Ärzte. Sie ist sich sicher, dass ein reines Kostenerstattungssystem die Hälfte der Ärzte ihre Existenz kosten würde.

Angesichts der zunehmenden gesellschaftlichen Spreizung der Einkommen ist eine Lösung schwer vorstellbar. Die armen Kinder von heute sind die teuren Patienten von morgen. Dagegen kommt auch keine Prävention an. Und in ca. 10 Jahren werden die Probleme erst so richtig beginnen. Dann nämlich werden die jetzigen geburten-schwachen Jahrgänge als Erwerbstätige fehlen und die jetzt gesunden, erwerbstätigen Erwachsenen der Baby-Boomer-Generation berentet und kränker werden.

Bis im Herbst will sich die Politik auf Eckpunkte zur Finanzierung des Gesundheitswesens geeinigt haben und das Vertragsarztänderungsgesetz wird sich im Anhörungsverfahren befinden. Der aktuelle Schwerpunkt unserer Berufsverbandsarbeit ist es wieder einmal, durch vielfältige Kontakte zur Regierung, zu Politikern, KBV und den Krankenkassen zu erreichen, dass wir trotz der starken Interessensblöcke in der Ärzteschaft den Platz der Psychotherapie und der Psychotherapeuten im Gesundheitssystem wahren.

Obwohl die Psychotherapie mit ihren ausnahmslos zeitgetakteten Leistungen am allerwenigsten die Gefahr unüberschaubarer Mengenausweitung oder unabsehbarer Kostensteigerung aufgrund medizinischen Fortschritts in sich trägt, gibt es aus unterschiedlichen Lagern und Motiven immer wieder Begehrlichkeiten, die Honorarsituation der Fachärzte auf Kosten der Psychotherapeuten zu verbessern. Jüngstes innerärztliches Beispiel ist die in der bereits erwähnten KBV-VV völlig unvermittelt erhobene Forderung, gleich noch die Psychotherapeutenhonorare von den Honoraren der Fachärzte abzukoppeln. Diese Idee war mit den Psychotherapeuten in der KBV weder besprochen, geschweige denn Konsens gewesen. Wir Psychotherapeuten müssen also klar erkennen, dass so mancher Kollege die Psychotherapeuten gerne wieder los wäre – auch wenn man bei klarem Verstand merkt, dass auch daran die fachärztlichen Honorare nicht gesunden würden.

Mit einer durch das Vertragsarztänderungsgesetz mittels der zukünftig möglichen Teilung von Vertragsbehandlersitzen verbesserten, aber natürlich auch teurer werdenden Versorgung werden sich die innerärztlichen Konflikte um das Geld kaum entspannen. Also bleibt uns auch hier viel zu tun.

Ich wünsche Ihnen einen schönen Sommer nicht ohne das neueste bvvp-Magazin im Reisegepäck,

Ihre BIRGIT CLEVER

## Und noch ein Vorwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier möchte ich mich einer wichtigen bvvp-internen und magazinbezogenen, aber vor allem persönlich ganz wichtigen Angelegenheit zuwenden. Es geht um Ursula Neumann, sozusagen die Begründerin und Urmutter unseres Magazins.

Sie hat – die ersten Jahre unterstützt von Ursula Stahlbusch – die Existenz unseres Magazins geschaffen. Ohne sie gäbe es das Magazin nicht. Mit unglaublicher Schaffenswut und leidenschaftlicher Streitbarkeit hat sie die Bedingungen geschaffen, die für die Ausgestaltung, so wie wir es jetzt haben, notwendig waren. Sie hat mit nichts gespart, nicht mit Zeit, nicht mit Ideen, nicht mit technischer Bearbeitung, nicht mit Auseinandersetzung, nicht mit einem enormen Willen und nicht mit umsichtiger Planung, das Magazin, ihr Baby, wenn es laufen gelernt hat, in die Obhut einer in der Zwischenzeit eingespielten „Schwerpunkt-Redaktion“ zu übergeben. Dazu muss man sich klar machen, dass das Magazin ja aus zwei Teilen besteht, dem berufspolitischen Teil mit den Artikeln des Bundesvorstands über meist etwas anstrengende Themen und den Schwerpunktteil, in dem Ursula und ihr Team schalten und walten. Planvoll wollte unsere Ursula dieses Jahr noch dem Magazin widmen und als letztes „ihr“ Abschiedsheft Anfang nächsten Jahres gestalten. Nun ist es anders gekommen. Sie hat jetzt schon – ganz plötzlich – die Schwerpunktreaktion an Ortwin Löwa und das Redaktionsteam übergeben. Bei allen will ich mich an dieser Stelle bedanken. Für Ursula für ihre reichhaltige Arbeit und bei Ortwin Löwa und dem Team für die beherzte Übernahme. In den Schwerpunktseiten sprechen Ursula und Ortwin Löwa über die Hintergründe dieses Wechsels.

Dir, liebe Ursula, wünsche ich im Namen des bvvp-Vorstands ganz viel Kraft!

HERZLICHE GRÜSSE,  
DEINE BIRGIT

# AUS DER GESUNDHEITSPOLITIK UND DEM BUNDESVORSTAND

## Was ist los auf Bundesebene?



Frank Roland Deister

Der bvvp ist z. Zt. mit mehreren wichtigen Problemfeldern gleichzeitig beschäftigt, über die er z.T. schon im bvvp-Magazin berichtet hat und auch weiter berichten wird. Ein ganz wichtiges Feld ist weiterhin die kommende Änderung der Psychotherapie-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (s. dazu auch die Homepage [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)). Unmittelbar nach dem großen von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) ausgerichteten Symposium zu diesem Thema hatte die BPtK – ebenso wie die BÄK – als angefragte Institution ihre Stellungnahme dazu abgegeben.

Der bvvp hatte noch vor dem Symposium zusammen mit den meisten GKII-Verbänden die Herstellung der Öffentlichkeit und eine breite Diskussion gefordert, die der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aber verweigert hat. Der erste Entwurf seines Unterausschusses zu dem Thema war geheim, und die Stellungnahmen der Kammern mußten ebenfalls geheim bleiben, wenngleich diese Papiere allen berufspolitisch Aktiven bekannt geworden sind.

Während wir der Ansicht sind, dass die Stellungnahme der BPtK, auf die wir über unsere Aktiven in den verschiedenen Funktionen durchaus Einfluss nehmen konnten,

dann in den meisten Punkten akzeptabel geworden ist, sind leider die – in Kenntnis der Stellungnahme – endgültig beschlossenen Regelungen des Unterausschusses des G-BA, die jetzt am 20. Juni durch den Ausschuss definitiv abgesegnet wurden, nach wie vor unbefriedigend und entwickeln die Richtlinien in eine ungünstige Richtung fort. Die BPtK hat daher diese Entscheidung des G-BA auch umgehend öffentlich kritisiert (s. [bvvp-Hompage](http://bvvp-Hompage)).

Wer letztlich für diese Richtlinienpolitik verantwortlich ist, ist bisher aufgrund der Geheimhaltung leider auch nicht ganz klar. Es sind sicher Krankenkasseninteressen im Spiel, aber natürlich auch sehr eigene Vorstellungen der Verbände der psychosomatisch-psychotherapeutischen Mediziner und Psychiater. Auch kann man sich fragen, ob alle der dort sitzenden Vertreter der PP und KJP wirklich die Interessen aller Psychotherapeuten vertreten. (Leider ist der bvvp in dieser Legislaturperiode aufgrund des KV-Wahlergebnisses dort nicht mehr beteiligt, bitte denken Sie bei der nächsten Wahl daran...). Wir werden weiter darüber berichten.

Die nächste Baustelle war das von der Regierung geplante und durchgepeitschte Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG). Der bvvp war im Grunde eigentlich die einzige Gruppierung, die gegen die damit beabsichtigte Flexibilisierung und Aufteilung der Arztsitze in halbe und ganze war, weil wir durch solche Regelungen nur Einengungen, Reglementierungen und Mengenausweitungen erwarteten, aber keine Verbesserungen für unsere Berufsgruppe oder die Versorgung (s. dazu auch S. 12).

Die wichtigsten Neuerungen auf Bundesebene sind aber das Anfang Juli bekannt gewordene Konzept zur großen Gesundheitsreform der Regierung und auch das jüngste Gebührenordnungs-Modell der KBV, das ganz gut dazu zu passen scheint. Da beides jedoch erst kurz vor Redaktionsschluss bekannt wurde, müssen wir uns eine ausgiebige Würdigung fürs nächste Heft aufheben (s. auch [bvvp-Hompage](http://bvvp-Hompage) und [bvvp-newsletter](http://bvvp-newsletter)).

Nur soviel wollen wir dazu an dieser Stelle sagen: Im Rahmen der Gesundheitsreform kommt auch die Gebührenordnung für Privat-

behandlungen auf den Prüfstand. Die BÄK sitzt an einer Novellierung ja schon länger, und wir haben seinerzeit versucht, dort und bei der BPtK unsere Position einzubringen. Die Eckpunkte der Reform sehen aber jetzt vor, die Gebührenordnungen EBM und GOÄ/GOP anzugleichen.

Schon lange vorher gab es Signale aus dem BMG, die Steigerungssätze der GOÄ/GOP bei Beihilfepatienten nach oben strenger zu begrenzen. Eine Begrenzung z.B. auf den 1,7fachen Satz wäre allerdings für uns ziemlich katastrophal geworden, denn dann hätte eine Therapiesitzung mit einem Privatpatienten nur noch maximal 68,37 – und damit weniger als in der GKV – erbracht. (Die anderen Arztgruppen würde so etwas wesentlich weniger treffen, denn auch in der GOÄ/GOP sind die psychotherapeutischen Leistungen nicht adäquat eingestuft.) Wenn es jetzt eher "nur" um eine Angleichung geht, bei der Abweichungen nach oben möglich sein könnten (Steigerungssätze), wäre das vielleicht nicht mehr ganz so schlimm, aber immer noch schlimm genug. Der bvvp ist hier aber weiter aktiv, die zuständigen Stellen für unsere besondere Situation zu sensibilisieren.

FRANK ROLAND DEISTER 1. STELLVERT.  
VORSITZENDER BVVP

## Psychotherapie- Richtlinien-Änderung in der Diskussion

Die Psychotherapie-Richtlinien sind das Grund-Regelwerk der ambulanten Psychotherapie, sie definieren Rahmen und Raum für die Behandlungen von seelischen Störungen mit Krankheitswert. Innerhalb dieser Grenzen besteht ein relativer Schutz der therapeutischen Beziehung, so dass Patient und Therapeut sich ihrer schwierigen Arbeit widmen können.



Notbert Bowe

Wenn mit einer Änderung dieses Regelwerks auch die Rahmenbedingungen jeglicher ambulanter psychotherapeutischer Tätigkeit verändert werden sollen, dann erscheint geboten, sich fundiert darüber innerhalb der betroffenen Profession im Detail auseinanderzusetzen. Erst recht, wenn es um eine Profession geht, für die sprachliche Auseinandersetzung das Rüstzeug schlechthin darstellt. Doch wie berichtet, geschah das krasse Gegenteil. Selbst unter formaljuristischer Betrachtung anhand der selbst gestrickten Verfahrensordnung erscheint beispielsweise die Terminierung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) auf vier Wochen für die Stellungnahmen der beiden Bundeskammern (Bundespsychotherapeutenkammer und Bundesärztekammer) in diesen zentralen Fragestellungen höchst angreifbar: bereits bei schlichteren Änderungsvorhaben gelten 4 Wochen als Mindestfrist. Mindestens ebenso inadäquat erschien allerdings, die Inhalte der geplanten Psychotherapie-Richtlinienänderungen unter Verschluss zu halten. Man kann sich dabei zwar formal auf die Verfahrensordnung berufen, der Sache nach hätte der Ausschuss aber die Öffentlichkeit – allerdings nur einstimmig – beschließen können, um der notwendigen Auseinandersetzung mit der Profession über Implikationen, Folgen und Alternativen in geeigneter Weise Raum zu geben. Schließlich geht/ging es nicht um irgendetwas, sondern um Grundstrukturen und Grundverständnis ambulanter Psychotherapie.

### **Gemeinsamer Bundesausschuss – ein allzu abgehobenes Organ**

Wenn man den bisherigen Fortgang der Entscheidungsprozesse mit den Regeln des Qualitätsmanagements zu beurteilen hätte, dann bekäme der GBA die Note unzureichend. Es kommen – über Monate bis Jahre – nur Rauch-

zeichen wie bei der Papstwahl aus abgeschoteter Runde: So deuteten die Rauchzeichen darauf hin, dass sozialrechtlich neu zuzulassende Verfahren beweisen müssten, dass sie mehr können als die in der GKV Anerkannten, und es schien so, als ginge an der Einführung der indikationsbezogenen Psychotherapie kein Weg mehr vorbei. Die „eigenen“ Mitglieder im GBA wirkten dabei z.T. wie Vertreter, die sich bereits in das Unvermeidliche gefügt hatten oder gar diese schöne neue Welt schon herbeireden wollten – ohne inhaltliche Auseinandersetzungen zu befördern.

Dabei beschwört eine allzu rigide interpretierte Verpflichtung zur Verschwiegenheit – die v.a. im Hinblick auf den Schutz eines unabhängigen Abstimmungsverhaltens im GBA ihre Berechtigung hat – die Gefahr herauf, dass dieses Gremium sich immer mehr von den Notwendigkeiten der Profession und der dort vertretenen Pluralität entfernt und sich zu einem abgehobenen Machtorgan ausbaut, das selbstdefinierte „Realitäten“ von oben diktiert, statt der Weiterentwicklung des Faches zu entsprechen und dieser mit notwendigen Reformierungen begleitend gerecht zu werden.

### **Vorbildliche Diskussionskultur der Bundespsychotherapeutenkammer**

Demgegenüber hat der Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) unter Qualitätsmanagement-Gesichtspunkten beste Noten verdient. Er hatte – gottseidank – schon vor der völlig inadäquaten Terminsetzung eine Expertengruppe eingesetzt und ein Symposium geplant gehabt zu wichtigen Aspekten der angedachten Neuerungen (Definition von Anwendungsbereichen der Psychotherapie, Versorgungsrelevanz und Vorschlag zu Entscheidungsregeln zur Verfahrenszulassung). Die BPTK war zu einem wahren Eierdanz gezwungen, da sie einerseits dem Verschwiegenheitsgebot des GBA unterworfen war, andererseits ernsthaft interessiert und bemüht war, die erforderliche Transparenz und Diskussionsoffenheit so weit wie möglich herzustellen.

Der Gesprächskreis II (GK II) und der bvvp waren daran beteiligt, dass der Stellungnahme-Termin der BPTK wenigstens auf ein Datum nach dem Symposium verschoben wurde. Wir konnten die Diskussion im GK II soweit intensivieren, dass auf dem mit dem BPTK-Vorstand vereinbarten gemeinsamen Treffen am 25.03. der GK II in einer sehr konstruktiven Atmosphäre konkrete Vorstellungen zu den Psychotherapie-Richtlinien-Ver-

änderungen an den Vorstand herantragen konnte. Als hilfreich erwies sich dabei, dass innerhalb des GK II bereits im Juni letzten Jahres auf einem gemeinsam veranstalteten Richtlinien-Symposium über einige grundlegende Aspekte ein Konsens hergestellt worden war, wie über die notwendig beizubehaltende ätiologische Orientierung der Psychotherapie, die sich deutlich von einer paradigmatischen Aufgliederung in symptombezogene Definitionen seelischer Störungen und in entsprechende therapeutische Vorgehensweisen abgrenzt.

Auf dem Symposium selber fand in den Vorträgen wie in den zahlreichen qualifizierten Diskussionsbeiträgen eine fachliche Auseinandersetzung auf hohem Niveau statt.

Einleitend wies Prof. Dr. Richter, Präsident der BPTK darauf hin, dass „in Anbetracht der Tragweite und Komplexität der Entscheidungen die Zeit zur Beratung im aktuellen Anhörungsverfahren unzumutbar knapp bemessen gewesen sei“..., dass ... „darüber hinaus auch die Vertraulichkeit der Beschlussvorlage des GBA eine breite, informierte Debatte (beeinträchtigt).“ Hiermit griff er auch die vom GK II und vom bvvp vorgetragene Kritikpunkte inhaltlich adäquat auf. Auch wurde als notwendiger Weg zu einer fundierten Überarbeitung der Richtlinien benannt, dass „einmal der wissenschaftliche Sachstand zu klären“ sei, zum anderen die „professionsspezifische Perspektive einzubeziehen sei (über die Landespsychotherapeutenkammern und die Berufs- und Fachverbände)“. Dem konnte nur zugestimmt werden.

### **(Mono-)symptomorientierte Wirksamkeitsforschung reicht nicht**

Bereits mit dem ersten Vortrag konnte Prof. Dr. Schmacke verdeutlichen, dass – neben den derzeit propagierten Studien mit randomisierten (= Patienten werden zufällig den Vergleichsgruppen zugeteilt) Kontrollgruppen – der qualitativen Feldforschung im realen Versorgungsalltag eine wichtige Bedeutung zukommt, wobei auch Randomisierung und Feld-Untersuchungen unter realen Versorgungsbedingungen sich nicht ausschließen müssen. Damit wurde schon die Einseitigkeit der derzeitigen Ausrichtung an reiner Wirksamkeitsforschung verdeutlicht sowie der noch rudimentär entwickelten Stand der wissenschaftlichen Forschung, die bisher der Komplexität psychotherapeutischer Behandlungstätigkeiten noch nicht gerecht werden kann. Auch in den folgenden Beiträgen wurde dargelegt,

wie ergänzungsbedürftig die (bisherige) Wirksamkeitsforschung ist. Prof. Schulte berichtete darüber, dass man auch im Wissenschaftlichen Beirat sich damit auseinandersetze, wie die „externe Validität“ die „Effectivness-Forschung“, d.h. die Versorgungsforschung unter Beachtung der Zugangswege (und Selektionsprozesse) zukünftig stärker berücksichtigt werden könne.

### **Eine wichtige Klarstellung zum Indikationsbezug**

Eine geradezu hörbar entlastende Klarstellung brachte Herr Dr. Hess, der Vorsitzenden des GBA, in seinem Vortrag mit dem Hinweis, dass der GBA keine (generell) indikationsbezogene Zulassung von Psychotherapieverfahren anstrebe, es also weiterhin Verfahren mit umfassender Anwendungsbreite geben solle, sondern („nur“) die Überprüfung zur Zulassung indikationsbezogen anhand von Wirksamkeitsstudien erfolgen solle. Natürlich kann diese Botschaft nur begrenzt beruhigen, zumal die Möglichkeit vorgesehen ist, Psychotherapieverfahren innerhalb des Zulassungsverfahrens dann doch noch zu einer nur indikationsbezogen begrenzt zuzulassenden „Methode“ herunterzustufen. Der seit Jahren im Anerkennungsverfahren feststecken gelassenen Gesprächspsychotherapie könnte somit der unbegrenzte sozialrechtliche Zugang doch via Indikationsbezug verwehrt werden. Entsprechend empört reagierten – verständlicherweise – die Vertreter der um sozialrechtliche Zulassung der GT kämpfenden Verbände.

Einen breiten Raum nahm die kontrovers geführte Diskussion der Ergebnisse der Ex-

pertenkommission der BPTK ein. Der bvvp stimmte keineswegs inhaltlich mit allen Vorschlägen der Expertenkommission der BPTK überein, fand aber die Herstellung der offenen Auseinandersetzung darüber innerhalb der Profession beispielhaft. Mitgehen konnten wir mit dem Vorschlag, die Breite der Anwendung eines Verfahrens nicht an völlig festgelegt definierten ICD-10-Diagnosegruppen zu überprüfen (und damit auch einer symptom-spezifischen Störungsdefinition in den Richtlinien indirekt Vorschub zu leisten), sondern die Überprüfung der Versorgungsrelevanz eines Verfahrens mit Studien in unterschiedlichen diagnosebezogen definierten Anwendungsbereichen zuzulassen.

Aber schon an der Auswahl der „Hauptanwendungsbereiche“ schieden sich die Geister: uns schien – wenn man schon nicht den bisherigen Weg des Wissenschaftlichen Beirats (Studien aus 5 von 12 Anwendungsbereichen oder 4 von 8 Hauptanwendungsbereichen sind vorzulegen) übernehmen wollte – eine weiter gefasste Anzahl von Hauptanwendungsbereichen unter Einschluss der Gruppe der „Posttraumatischen Belastungsstörungen/Anpassungsstörungen“ und der Persönlichkeitsstörungen dringend erforderlich. Erstere, weil deren versorgungspolitische Bedeutung anhand von Versorgungsdaten aus Bayern untermauert werden konnte, letztere, weil sie ein wichtiges Versorgungssegment unter qualitativen Gesichtspunkten (komplexe Störungen mit hohen Anforderungen an Behandlungskompetenzen) darstellt.

Indirekt bekamen wir Unterstützung mit dem Vortrag von Prof. Uwe Koch, der erläuterte, dass Versorgungsrelevanz weniger an

der epidemiologisch nachgewiesenen Häufigkeit von Störungen als viel mehr am psychotherapeutischen Behandlungsbedarf festzumachen sei und dass Nachfrage und Inanspruchnahme sowie komplexere Fragestellungen bzgl. Schweregrad zu berücksichtigen seien. Auch Prof. Fydrich warnte vor der Gefahr einer eingegengten Ausrichtung von Versorgung und Forschung auf „häufige Störungen“ (i.S. der Epidemiologie).

Der bvvp setzte sich auch sehr dafür ein, bei der anstehenden Überarbeitung der Richtlinien endlich auch eine Weichenstellung für die Neuropsychologie in die PT-Richtlinien einzubauen. Neuropsychologische Psychotherapieverfahren, die bei psychischen Störungen aufgrund von hirnrorganischen Erkrankungen eingesetzt werden, stellen aufgrund der speziellen therapeutischen Interventionen und Techniken ein abgegrenztes Verfahren sui generis dar, das ohne Beeinträchtigung der bisherigen Richtlinien-Architektur implantiert werden kann. Dies um so mehr, als inzwischen die Delegiertenversammlung der BPtK die Musterweiterbildungsordnung mit Weiterbildungsmöglichkeit in Neuropsychologie verabschiedet hat. Die Offenheit für das Anliegen schien sich allerdings sehr in Grenzen zu halten.

### **Gefahr gebannt? –Keineswegs!**

Wenn auch gemäß Herrn Hess vom GBA keine störungsspezifische Psychotherapie derzeit angestrebt wird, erscheint die Gefahr keineswegs gebannt. Neu sich bewerbende Verfahren können eben auch jetzt schon über den Indikationsbezug außen vorgelassen werden. Und al-

**www.selignow.de**

**wir machen Ihr buch**

**geben sie uns ihr manuskript, wir kümmern  
uns um alles**

**schnell, preiswert, gute beratung**

**++49-[0]30-6090296-0 andreas@selignow.de**



lenthalben spürbar war eine Einstellung, diesen partiellen Verzicht auf Indikationsbezug als nur vorläufig zu betrachten.

Der grundsätzliche Denkfehler besteht u.E. darin, nur weil es leichter ist, unter „Laborbedingungen“ (mono-)symptomatisch ausgerichtete Wirksamkeitsstudien durchzuführen und Wirkung nachzuweisen, die Tatsache des Fehlens von Effektivitätsnachweisen unter realen Versorgungsbedingungen glauben vernachlässigen und den Teil für's Ganze erklären zu können (wie es durch einseitige Kriterien der Verfahrensanerkennung geschieht). Auf den Bereich der Arzneimittelforschung übertragen hieße ein solches Vorgehen, Medikamente nur danach zu beurteilen, ob Wirkungen nachzuweisen sind, nicht aber, ob sich Kontraindikationen, unerwünschte Nebenwirkungen, Einschränkungen der Anwendbarkeit bei verschiedenen Subpopulationen des Indikationsbereiches sowie unerwünschte Wechselwirkungen bei Vorliegen anderer Störungen/Komorbiditäten ergeben.

Konsequenterweise forderte Prof. Kächele auch, man solle – wie bei der Arzneimittelforschung üblich – mehrphasige Forschungsvorhaben anstreben, in der die Wirksamkeitsforschung lediglich die Eingangsstufe darstellt. Und Prof. Kriz betonte, es sei unverzichtbar, ätiologische Kategorien und die typisch anzutreffende sog. Multimorbidität psychischer Störungen bei der Beforschung zu berücksichtigen. Wenn aber so wichtige Aspekte der Verfahrensbewährung unter Versorgungsbedingungen noch nicht hinreichend schlüssig wissenschaftlich beforscht worden sind und damit befriedigend beantwortet werden können, dürfen u. E. die sozialrechtlichen Zulassungskriterien nicht konkretistisch einengend auf „Laborstudien“ zur Wirksamkeit an monosymptomatisch definierten Störungen allein abstellen. Absehbar wird diese Position auch juristisch kaum zu halten sein. Denn bei einer so weit reichenden Regelungswirkung wie (Nicht-) Zulassung zur sozialrechtlichen Versorgung dürfen die Bestimmungen weder unsachgemäß konkret einengend noch zu beliebig offen sein. Dass der dabei zwingend zu berücksichtigende Stand der Wissenschaft (s. Verfahrensordnung des GBA) nicht so eingengt (wie die bisher angedachten Beurteilungskriterien) gefasst werden kann, davon legte auch die Pluralität der Stimmen aus der Wissenschaft auf dem BPTK-Symposium ein beredtes Zeugnis ab.

Die Übergabe von 2500 Unterschriften zur „Bonner Erklärung“ (die auch von bvvp unterstützt wurde) während des Symposiums war auch ein Ausdruck dieser Pluralität. Die

se Resolution (s. Homepage) wandte sich gegen die Aufsplitterung und Einengung von Psychotherapieverfahren und vom Verständnis der Störungen der Patienten durch einseitigen Symptombezug und lehnte die Zulassung von Psychotherapieverfahren ausschließlich von auf der Grundlage von nach ICD 10 – Kategorien einzuordnenden Wirksamkeitsnachweisen ab.

Ein absoluter Querschläger kam dann – leider wieder einmal – aus der Ecke der (ehemaligen) Vereinigung (s. Homepage DPTV). Während alle anderen Beteiligten die Brisanz der Situation verstanden hatten und die Problematik hinsichtlich Terminierung und Diskussionsbedürftigkeit bestätigten, setzte ausgerechnet deren namhaftes GBA-Mitglied zwei Duftmarken der besonderen Art in die Welt: Er versuchte, der diesbezüglichen engagierten und jederzeit kritikoffenen GK II – öffentlichen Arbeit des bvvp den Geschmack einer „populistisch vorgetragenen Kritik“ anzuhängen und kanzelte die Verfasser der „Bonner Erklärung“ als weltfremde Sektierer (deren Denkweise „jegliche Form von Wissenschaft (beendet)“ und zur „Glaubenskongregation“ wird) ab. Mit diesem diffamierenden Rundumschlag werden einfachste Regeln der Kollegialität und sachlichen Korrektheit verletzt und in manipulativer Weise die Neutralitätspflicht im Amt verletzt – und das während des noch laufenden Anhörungsverfahrens.

### Wie wird es weitergehen?

Am 20.06. wurde der Entwurf zur Richtlinien-Änderung, dessen Inhalt und dessen im Anhörungsverfahren erfahrenen Veränderungen nicht öffentlich bekannt sein durften, im Gesamtausschuss des GBA behandelt und praktisch unverändert verabschiedet. Es wird nun zu prüfen sein, ob ein Einspruch gegenüber dem Gesundheitsministerium Sinn macht, das allerdings nur aufgrund handfester rechtlicher Einwände einschreiten kann. Es lässt sich auch schon vermuten, dass wesentliche Korrekturen noch über die Sozialgerichtsbarkeit erstritten werden. Und abgesehen davon ist nicht einmal rechtlich erwiesen, welcher Entscheidungsraum dem GBA überhaupt zusteht, wenn ein Psychotherapieverfahren bereits vom Wissenschaftlichen Beirat zur Anerkennung empfohlen und von den Ländern berufsrechtlich zur vertieften Ausbildung zugelassen worden ist. Die rechtliche Expertise der BPTK hatte jedenfalls ergeben, dass dann auch die sozialrechtliche Zulassung als Verfahren zu erfolgen habe – eine Position, die besonders durch die GWG zuvor schon ausgearbei-

tet worden war und nach neueren Gerichtsurteilen keineswegs aussichtslos erscheint. Und ob es rechtlich haltbar ist, im laufenden sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie die Prüfbedingungen zum x-ten Mal zu verändern, erscheint mehr als fraglich. Der bvvp wird jedenfalls wie bisher die GPT in ihren berechtigten Anliegen unterstützen.

Auch inhaltlich betrachtet hat das BPTK-Symposium deutlich vor Augen geführt, dass die Auseinandersetzung in der Profession um die Fragen der Beforschung der Psychotherapie und deren Ausrichtung und Bewertung im Versorgungszusammenhang dringend fortgesetzt werden muss. Viele der bisher vorgeschlagenen Kriterien zur Verfahrensbeurteilung erscheinen allzu kurzschlüssig gefolgt, höchst angreifbar, nicht hinreichend wissenschaftlich konsentiert und daher korrekturbedürftig. Dass der Prozess der Auseinandersetzung darüber weitergeht, dafür wird sich der bvvp und auch der Gesprächskreis II einsetzen – denn es geht um das grundsätzliche Selbstverständnis der Psychotherapie und um ihre Weiterentwicklung. Im GK II ist geplant, mit einem Symposium sich weiter mit diesen zentralen Fragen auseinanderzusetzen.

NORBERT BOWE, VORSTANDSREFERENT BVVP

## bvvp-online-Newsletter – schon bekannt?

Es gibt zwar bereits die bvvp-Homepage mit aktuellen Nachrichten für alle, auch für Nicht-Mitglieder. Und es gibt das bvvp-Magazin nur für Mitglieder, das relevante gesundheitspolitische Themen aufgreift und zudem über die Aktivitäten des bvvp und wichtige Entwicklungen auf Bundesebene informiert. Das Magazin kann aber aus produktionstechnischen Gründen nicht so sehr aktuell sein und beschränkt sich somit mehr auf das Grundsätzliche, das nicht-nur-Tagesaktuelle.

Daher hatten wir die Idee einer zeitnäheren berufpolitischen Information für Sie als Mitglied eines bvvp-Landesverbandes, eben den „bvvp-online-Newsletter“. Wir haben vor, diesen Newsletter ca. 10 mal jährlich – d.h. ungefähr monatlich mit Ausnahme der Ferien – in die bvvp-Homepage zu stellen, und er ist jetzt bereits zum dritten

Mal erschienen. Sie haben die Möglichkeit, ihn dort abzurufen. (Einzelne Landesverbände senden ihn zukünftig auch ihren Mitgliedern per Mail unaufgefordert zu, sofern die Mailadresse bekannt ist.)

Zu einem späteren Zeitpunkt soll es zusätzlich die Möglichkeit für Sie als Mitglied geben, sich nur einmal in der Homepage anzumelden und ihn dann als Abonnent automatisch immer zugemailt zu bekommen.

Um als Mitglied zum Newsletter gelangen, müssen Sie in der Homepage ([www.bvvp.de](http://www.bvvp.de), dort Button „Service“ und dann „Newsletter“) „Username“ und „Password“ eingeben, genauso wie Sie dies bisher für den Zugang zu den internen Seiten machen mußten. Wer Username und Password noch nicht hat, kann als Mitglied eines bvvp-Landesverbandes jederzeit beides bei der bvvp-Geschäftsstelle anfordern (z.B. per Mail unter: [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de)).

Wir hoffen, dieser Service gefällt Ihnen. Über Rückmeldungen würden wir uns freuen.

FRANK ROLAND DEISTER, 1. STELLV.  
VORSITZENDER BVVP

## Waren und sind unsere ICD-10-Schulungen überflüssig?

In einigen Mitgliederrundbriefen anderer Verbände, z.B. dem der DGPT Hessen oder der DPV wird zum Thema Morbi-RLV dargelegt, dass „einige Verbände“ „im Vorgriff auf vermutete Regelungen bereits Schulungen zur Beeinflussung des eigenen morbiditäts-(ICD-10-)bezogenen Regelleistungsvolumens angeboten“ haben. Es sei „jedoch nicht nötig, diese Schulungen zu besuchen, den zwischenzeitlich ist klar, dass unter statistischen Gesichtspunkten von Reliabilität (Verlässlichkeit) und Validität (Gültigkeit) einzig die Variablen Alter und Geschlecht infrage kommen können und auch werden“.

Ist das tatsächlich so? Die „Eckpunkte für ein Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts sowie anderer Vorschriften“ die das BMG anfangs des Jahres veröffentlichte, kündigten eine große Reform an, später entschloss man sich, die Vertragsarztrechtsänderung erst mal vorwegzunehmen und die anderen Reformen später folgen zu lassen. Es enthält folgende Passagen wörtlich:

*...Die inhaltlichen Vorgaben zur Vergütungsreform werden so weit wie möglich vereinfacht: Dies kann z.B. dadurch geschehen, dass die regionalen Vertragspartner auf der Gesamtvertragebene nur noch den gesamten morbiditätsbezogenen Behandlungsbedarf der Versicherten sowie die Punktwerte vereinbaren und nicht mehr die (weit komplexere) Aufteilung dieses Behandlungsbedarfs auf die einzelnen Arztgruppen. Eine weitere Vereinfachung kann durch die Klarstellung erfolgen, dass die Morbidität der Versicherten auf der Arzzebene im Rahmen der Honorarverteilung nicht zwangsläufig mit Hilfe von Diagnosen gemessen werden muss, sondern dies auch mit Hilfe der „einfachen“ Kriterien Alter und Geschlecht gemessen werden kann. Vorteil ist insbesondere, dass diese Daten wesentlich einfacher zu ermitteln sind und sie vom abrechnenden Arzte nicht beeinflusst werden können...*

Das ist zwar nur eine Absichtserklärung von Frau Schmidt, aber es ist zu absehen, dass einige dieser Vorgaben mit der großen Gesundheitsreform, deren Grundkonzeption jetzt im Juli vorgelegt wurde, umgesetzt werden. Die KBV hat jedenfalls in aller Eile ihrerseits ein budgetfreies Konzept für feste Preise entwickelt, das Anfang Juli ebenfalls bekannt wurde und das mit dem vorgelegten Regierungskonzept weitgehend kompatibel zu sein scheint, in dem Morbidität ebenfalls eine Rolle spielt. (Wir werden an anderer Stelle darüber später ausführlicher berichten.) Aber auch wenn streng diagnosebezogene Mengensteuerungsmaßnahmen nicht kommen sollten, ist angemessene Diagnostik in unserem Bereich sehr notwendig und sinnvoll, um die wahre Schwere und Bandbreite der Krankheiten der von uns behandelten Patienten darzustellen. Wir kriegen ja immer vorgeworfen, wir würden oft nur leichtere Befindlichkeitsstörungen (z.B. F 43.2) behandeln – die per definitionem von allen verschwinden! – oder unklare Störungen (z.B. F 48.9), und nur die Psychiater würden die richtig schweren Fälle behandeln.

Dies ist übrigens den KV-Statistiken tatsächlich zu entnehmen. Damit kommen wir auch immer schnell in die Nähe von „Wellness“, „Luxus“ und letztlich Verzichtbarkeit. Insbesondere die Analytiker könnten sich einen Gefallen tun, wenn zukünftig deutlicher als bisher würde, dass sie z. B. in den teuren Langzeitbehandlungen auch viele Persönlichkeits- und schwere Störungen behandeln.

Im Übrigen ist ja alles durchaus noch of-

fen. Die KVen erheben jedenfalls weiter aus unseren aktuellen Quartals-Abrechnungen ihre Daten, und die KBV betreibt -unseres Wissens- nach wie vor und unbeirrt die Berechnungen zum Morbi-RLV mit Hochdruck.

FRANK ROLAND DEISTER, 1. STELLVTR.  
VORSITZENDER BVVP

## Welche Zukunft haben KVen und KBV?

Das Jahr 2006 steht ganz im Zeichen der Ärzteproteste – jedenfalls wünschen sich das die Organisatoren und mehrere zehntausend Ärzte, die – teilweise mehrfach – an den Kundgebungen in Berlin und an dezentralen Protesten teilgenommen haben. Seite an Seite marschieren die angestellten und die niedergelassenen Ärzte und versichern der Politik, dass sie mit ihren Protesten nicht nachlassen werden, ohne Wesentliches erreicht zu haben. Weitere Proteste sollen folgen, Praxissschließungen in der letzten Juniwoche, eine weitere nationale Kundgebung am 22. 09.05.

### Referendum als Ventil

Unter dem Druck der Basis hatte sich die KBV-Vertreterversammlung am 24.03.06 auf den sehr unvermittelten Vorschlag ihres 1. Vorsitzenden Herrn Dr. Köhler hin zu einem Referendum entschlossen. Die niedergelassenen Kollegen sollen befragt werden, ob die KVen weiterhin das Mandat zum Erhalt des derzeitigen ambulanten vertragsärztlichen Systems haben, das auf der Basis der von KVen und Kassen geschlossenen Kollektivverträge beruht, wenn folgende Grundbedingungen erfüllt sind:

- Schutz des Arzt-Patient-Verhältnisses
- Erhalt der Freiberuflichkeit
- Feste Vergütung für ärztliche Leistungen
- Abbau der Bürokratie

Ulla Schmidt, die sich im ersten Moment gegen die Berechtigung der KBV wandte, überhaupt ein solches Referendum in Auftrag zu geben, ist inzwischen einverstanden mit diesem Schritt. Was hat das zu bedeuten? Hofft die Politik vielleicht, dass die von Köhler vorgestellte „klare Positionsbestimmung“ der Basis ergeben könnte, dass das KV-System mit Pflichtmitgliedschaft und Kollektivvertragssystem vielleicht gar nicht mehr von der Mehrheit gewünscht wird, weil der Frust über EBM, Abrechnungen, schlechte Punktwerte und viele Vorschriften den Blick für die Vor-

teile der KVen verstellen könnte? Böse Zungen behaupten, dass 80% der Ärzte und Psychotherapeuten nicht definieren können, was „Kollektivvertrag“ heißt.

Das Referendum und der Kurs, den die KVen und die KBV insgesamt steuern, ist jedenfalls ohne eine vorhergehende offene Auseinandersetzung innerhalb der Körperschaften auf Landesebene entschieden worden. In zum Teil spontanen Aktionen unter dem Druck der Basis werden Aktionen wie das Referendum gestartet, ohne dass die Akteure ausreichend geklärt haben, was sie damit erreichen wollen und ob die Art des Vorgehens von der eigenen Basis für gut befunden wird. Manche Kollegen vor Ort sagen, dass plötzlich von KBV und KVen ihr eigenes Ende mehr provoziert wird als von äußeren Gegenspielern.

### *Hauptamt, Aufsichtsrat, Vertrauen und Kontrolle – die neue Welt der KV*

Die Ärzteschaft hat die Strukturänderung der KVen Richtung Hauptamtlichkeit durch das GMG nicht gewollt und dies bei jeder Gelegenheit betont. Inzwischen haben sich fast überall die hauptamtlichen Vorstände in die neuen Verhältnissen gut eingefunden um nicht zu sagen sich in ihnen gut eingerichtet und die gesetzliche Rollenverteilung auf ihre Weise ausgelegt. Leider wird oft nicht die sinnvolle Aufgabenteilung und Balance zwischen Vorstand und Vertreterversammlungen hervorgehoben und belebt, sondern die Vorstandspolition wird gegenüber den Vertreterversammlungen kompetitiv verstanden und durchgesetzt. Die Generation der Ärzte, die jetzt die KV-Vorstände bilden, gehört zur Generation der Einzelkämpfer, der kleinen und großen Könige in Weiß. Teamorientierung ist ihnen nicht in die Wiege gelegt. Die sich fast allüberall in ihrer neuen Hauptamtlichkeit sehr potent erlebenden Vorstände der KVen und der KBV schreiben sich mit Hinweis auf ihre Verantwortung ein implizites Definitionsrecht bezüglich der Ausrichtung der KVen und der KBV zu, aber eben häufig ohne den angesichts solch weitreichender Weichenstellungen von grundsätzlicher Bedeutung notwendigen Rückversicherungsprozess und Meinungs-austausch mit den Vertreterversammlungen.

Zukunftsvisionen und Ziele werden statt dessen seitens der Vorstände festgelegt und nur teilweise explizit kommuniziert.

### *Die KV als Dienstleister*

Ein Beispiel für eine Zukunftsvision, die explizit kommuniziert wird und auf den ersten Blick auch erst mal völlig unproblematisch erscheint:

KBV und KVen haben sich als Dienstleister entdeckt. Ein wichtiges Ziel sei, für ihre Mitglieder, die Ärzte und Psychotherapeuten, moderne Ansprechpartner sein zu wollen – serviceorientiert, freundlich, schnell, zuverlässig und vor allem kompetent. Wer wäre da abgeneigt? Die KVen können sich mit dieser Ausrichtung der Zustimmung der Niedergelassenen erst mal sicher sein. Jeder freut sich über die Aussicht, seine KV demnächst anders zu erleben als bisher allzu oft, nämlich als einengender, kontrollierender Moloch. Aber ist „Dienstleister“ alles, was von den KVen übrig bleibt, oder wie sieht die Zukunft darüber hinaus aus?

### *Der Röntgenblick in die Zukunft: Realismus – Horrorvision – Genial?*

In KBV-Klartext vom April 2006, einem Mitteilungsorgan der KBV, kann man unter „X-Ray, der Durchblick von Dr. Andreas Köhler“ wirklich Interessantes über die Vorstellungen eines nicht geringeren als dem KBV-Vorsitzenden über die nicht allzu ferne Zukunft lesen. Herr Köhler wagt mit Blick auf die nächsten 10 Jahre die Vorhersage, dass

- Der Kollektivvertrag die Versorgungsform der Zukunft bleiben und mit besonderen Versorgungsformen, die 5 % des Leistungsvolumens nicht übersteigen, kombiniert werden wird. Da bis dahin die Elektronische Gesundheitskarte längst etabliert sei, sei das gar kein Problem: für die Ärzte wird dann leicht ersichtlich, in welche Versorgungsformen ihre Patienten eingebettet seien. Die Telematik sei patientenzentriert. Die Patienten entscheiden, was in ihrer elektronischen Patientenakte eingetragen werde. Der Arbeitssalltag der Ärzte sei erleichtert durch elektronische Dokumente, die einer serverbasierten elektronischen Datenquelle entstammen.

■ *Es darf angesichts solch schneller Setzungen bezweifelt werden, ob wirklich eine ausreichende Auseinandersetzung in den Gremien der KVen und KBV zur E-Card stattgefunden hat und ob diese so selbstverständlich akzeptiert ist.*

- Die freie Arztwahl bleibe erhalten, da die Bürger unseres Landes darauf nicht verzichten wollen. Trotzdem werde es strategische Allianzen zwischen Krankenhäusern und Praxen geben, die in Verbindung mit dem neuen Vertragsarztrecht dem Ärztemangel erfolgreich begegnen werden. Deshalb werde dann keine Bedarfsplanung mehr stattfinden, sondern eine Versorgungssteuerung durch eine zentra-

le Stelle, die dafür sorgen werde, dass in unterversorgten Gebieten genügend monetäre Anreize gesetzt werden.

*Es muss gefragt werden: Was ist das für ein Konstrukt – die zentrale Sicherstellungsbehörde? In wessen Kopf existiert sie? In dem des KBV-Vorsitzenden oder in dem der Politik oder in beiden? Warum wird nicht diskutiert, was dies für die regionale Vernetzung der KVen bedeutet?*

- Fachärzte würden entweder in Gemeinschaftspraxen oder MVZ's und/oder mit Zweigpraxen arbeiten. Oder sie bieten in spezialisierten Teilgemeinschaftspraxen hochspezialisierte Leistungen an, gruppiert um Krankenhäuser, in denen sie gleichzeitig arbeiten würden.

*Wollen das „die“ Fachärzte so? Hat eine ausreichende Auseinandersetzung in den Gremien der KVen zu den entsprechenden Veränderungen der Berufsordnung durch die BÄK stattgefunden, um diese Konkretisierungen als so selbstverständlich hinzustellen?*

- Die KVen würden bundesweit den Notdienst organisieren, den die Patienten über eine überall gleich Rufnummer nachts und an Wochenenden erreichen könnten.

*Dies scheint ganz unproblematisch in die Dienstleistungsorientierung zu passen, aber auch in eine unübersehbare Tendenz der Zentralisierung.*

- Die KVen haben Kunden-Center eingerichtet, die rund um die Uhr geöffnet haben. Außerdem gebe es persönliche Kundenbetreuer, die den beruflichen Werdegang eines Arztes begleiten sollen.

*Schöne neue Welt? Oder soll nun wenigstens in Zukunft der Arzt seinen lebenslangen persönlichen Betreuer haben, wenn schon die Patienten ihren Arzt kaum mehr antreffen, weil der halbtags im MVZ, vierteltags in seiner Zweigpraxis und außerdem noch in einer weiteren Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist?*

- Im Bereich der ärztliche Vergütung herrsche Planungssicherheit.

*Hier in diesem zentralen Bereich steht nur dieser schlichte Satz. Alles bleibt offen, und das, wo doch die Honorare das absolute Kerngeschäft der KVen und der KBV bisher zumindest waren. Kein Thema mehr für eine zukünftige KV/KBV.*

- Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung werden als Fördermaßnahmen ohne Sanktionen verstanden und durch-

gänglich angewandt.

*Das ist Wunschenken: alle Erfahrungen sprechen dafür, dass es besser ist zu kontrollieren, ob die Gerätschaften für eine Darmspiegelung vorschriftsmäßig gereinigt sind. Und QM? Vielleicht wird es nicht mehr von der KV kontrolliert aber von den Kassen, die daran bestimmte Vergütungsdetails knüpfen.*

- Der demographische Wandel und die Sicherung des Solidaritätsprinzips wird offensiv angegangen. Der GBA beschließt Rationierungsmaßnahmen, die von den Krankenkassen dann ihren Mitgliedern kommuniziert werden.

*Das heikelste Thema. Der GBA sind auch wir! Ärzte und Psychotherapeuten erlassen zusammen mit Kassen und im Beisein von Patientenvertretern Regelungen, bei denen berufsethische Fragen von uns und für uns alle berührt sind. Wer diskutiert denn mit unseren Vertretern dort?*

### *Die Selbstverwaltung wird abgewickelt*

Diese Visionen sind sicher nicht weit entfernt von Herrn Köhlers eigenen Vorstellungen. Will sich die Mehrheit der Ärzte und Psychotherapeuten die Zukunft auch so vorstellen und teilt die Ausrichtung der KBV? Zusammen mit weiteren Äußerungen dazu, rundet sich das Bild der Zukunftsvision ab, das der KBV-Vorstand und KV-Vorstände wahrscheinlich selbst für ihre eigenen Tätigkeit haben:

Schon Anfang 2005 überraschte Herr Köhler mit der Aussage, die KBV zukünftig nicht mehr vorrangig auf dem Feld der Honorare aktiv zu sehen. Das Thema der Zukunft sei die Qualitätssicherung. Was für eine bis gerade noch unvorstellbare Umorientierung! Die KBV entäußert sich des Herzkstücks der kassenärztlichen Interessensvertretung mal eben so nebenbei und verändert damit radikal ihr Profil, ohne dass dies je explizit diskutiert und für gut befunden worden wäre. Sollten die Honorare der Ärzte ab nächstem Jahr hauptsächlich in Form von Pauschalen ausgeschüttet werden, wäre tatsächlich ein erheblicher Schritt in diese Richtung getan.

Herr Köhler betonte auf der letzten KBV-VV, dass die KBV sehr viele Änderungen in das Vertragsarztänderungsgesetz hineingebracht habe. Die KBV müsse politikfähig bleiben um Einfluss nehmen zu können, er setze auf Gespräche mit den Politikern. Proteste liefen sich dagegen tot. Das große Thema der Honorare taucht nachgeordnet auf, z.B. bei der Überarbeitung des EBM, bei der

Arbeit am Morbi-RLV, bei der Kritik an den 140er Verträgen der Hausärzte.

In den Vertreterversammlungen der KBV wird kaum diskutiert. Der Bericht der Vorstände wird im Wesentlichen zur Kenntnis genommen. Es erschließt sich nicht, ob und wie eine Meinungsbildung und Einflussnahme dieses Gremiums auf die KBV-Vorstandsarbeit stattfindet. Eine Einbeziehung der KBV-VV in Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung findet wie bei der Abstimmung des Referendums – wenn überhaupt, dann unvorbereitet und aktionistisch – statt.

Ebenso wenig erscheint es der Tragweite solcher Beschlüsse angemessen, wenn in der letzten KBV-VV auf Initiative der hausärztlichen KV-Vorsitzenden mit einer Vorlaufzeit von 2–3 Tagen für Beratungen dieses Themas der Beschluss gefasst wird, den KBV-Vorstand aufzufordern, gegenüber der Politik u.a. die Position der VV zu vertreten, dass gesetzlich verankert werden soll, bis zu einer Aufhebung der pauschalierten Gesamtvergütung diese auf Euro-Basis in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil zu trennen. Diese Honoraranteile beider Versorgungsbereiche sollen voneinander unabhängig weiterentwickelt und von den KVen verhandelt werden können. Nun muss man sich klarmachen, dass in der KBV-VV die ersten und zweiten Vorsitzenden der KVen als geborene Mitglieder qua organschaftlicher Stellung in ihren Heimat-KVen sitzen und als solche verpflichtet sind, die Interessen aller Ärzte und Psychotherapeuten ihrer KV zu vertreten. Sie stimmen dann über ein so grundlegendes Thema ab, ohne dass das jemals in den Heimat-KVen erörtert worden wäre.

Es zeugt schon von einem gerüttelt Maß an Selbstvertrauen, die Anliegen der Heimat-KV ohne Rückfrage so eben mal zu vertreten. Besondere Erwähnung verdient für uns Psychotherapeuten die hessische KV-Vorsitzende, Frau Bert, die gleich noch nachschob, man solle nicht nur haus- und fachärztlichen Honoraranteil voneinander abkoppeln, sondern auch noch den psychotherapeutischen vom fachärztlichen. Locker vom Hocker werden da weitreichende Empfehlungen ausgesprochen, in diesem Fall ohne jede Rückkoppelung mit den hessischen Psychotherapeuten oder den Psychotherapeuten in der KBV-VV.

In den Landes-KVen wollen die gleichen Leute auch möglichst ungestört von der „Selbstverwaltung“ ihre Geschäfte bestimmen. Vertreterversammlungen sind notwendige Übel, die man möglichst auf zwei Sitzungen pro Jahr beschränken sollte, Haupt-

ausschüsse so überflüssig wie ein Kropf und nur lästig.

Immer wieder betonen die Vorstände, die Selbstverwaltung sei ja gar nicht mehr relevant, habe ja gar nichts mehr zu sagen, habe das nur noch nicht gemerkt. Der Nenner ist klar: Die Vorstände von KBV und KVen wollen gleichermaßen ungestört agieren und dürfen sich deshalb auch gegenseitig nichts ins Gehege kommen. Eine von den Delegierten der Landes-KVen und auch erst recht der niedergelassenen Ärzte vor Ort abgehobene Definition dessen, was und wie angegangen werden sollte scheint sich zu verselbstständigen. In vorausseilendem Gehorsam exekutieren auf diese Weise die KV-Vorstände das, was die Politik sich zum Ziel gesetzt hat: Die Entmachtung und Entmarkung der KVen. Zahnlose Tiger werden sie werden, dafür hoffentlich geduldet von der Politik und von den Ärzten und Psychotherapeuten als Verwaltungsinstitutionen zur Qualitätssicherung und Notdienstorganisation. Sollen sich doch Parallelorganisationen mit dem anstrengenden Interessensvertretungsgeschäft rumschlagen, Allianzen bilden, Kostenerstattung fordern, was kümmert's die dienstleistend verwaltenden KV-Vorstände, die alles tun, um engagierte Ärzte zu entmutigen, im Rahmen der KVen eine Interessensvertretung realisieren zu wollen, die diesen Namen verdient.

Ich finde das sehr schade und vor allem sehr ernüchternd. Noch sind die meisten KV-Vorstände „welche von uns“ – Ärzte und Psychotherapeuten. In der nächsten Wahlperiode wird sich das vermutlich ausdünnen: Welche Ärzte sollen noch nachkommen für diese Ämter? Da die nachfolgende Generation in bisher nicht da gewesenen Umfang systematisch außen vor gehalten wird, wird es auf dieser Schiene kaum noch Nachwuchs geben.

Die jetzt schon stattfindende Entfremdung der Vorstände von denen, die sie eigentlich zu vertreten hätten, der beliebte Verweis der KV-Vorstände auf die Krankenkassenstrukturen, in denen die Aufsichtsräte für die Arbeit der Vorstände so gut wie keine Rolle spielen, kombiniert mit dem Verdruss der Basis an den KVen, lässt den Niedergang seit über Jahrzehnte erfolgreicher kollektiver und schließlich körperschaftlicher Interessensvertretung der Ärzteschaft befürchten.

BIRGIT CLEVER, 1. VORSITZENDE BVVP

## Was bringt uns das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz?

Das Bundeskabinett hat den Gesetzentwurf zum Vertragsarztrecht am 24. Juni beschlossen. Das Gesetz soll ab dem 1. Januar 2007 gelten. Der Entwurf bedarf aber noch der Zustimmung des Bundesrates, die aber – mit geringen Änderungen – zu erwarten ist. Die Regierung hofft, mit dieser Liberalisierung des Vertragsarztrechts v.a. den Ärztemangel zu lindern. Ob dies gelingt, wird man sehen. In der Psychotherapie jedenfalls werden u.E. damit keine Versorgungsengpässe beseitigt. Im Vergleich mit dem ursprünglichen Entwurf fällt auf, dass v.a. zwei kritische Punkte entfallen sind. So wurde die zunächst vorgesehene Verschiebung der Honorarreform bis zum Jahr 2009 gestrichen. Damit gilt die alte Gesetzeslage, dass ab dem 1.1.2007 morbiditätsbezogene Regelleistungsvolumina kommen sollen, wieder. Da die Gesundheitsministerin aber nicht glaubte, dass die Selbstverwaltung bis dahin tatsächlich ein Konzept vorgelegen kann, hatte sie angedroht, dass dann die Politik schnell handeln will. Die KBV hingegen nahm den Fehdehandschuh auf und legte schon Anfang Juli ein Honorarmodell vor, das auf festen Eurobeträgen fußt. (Wir werden darüber berichten.).

Die zweite wesentliche Änderung gegenüber dem Vorentwurf ist, dass die geplante Möglichkeit wieder entfällt, dass der Sicherstellungsauftrag an die Krankenkassen übergehen kann, wenn in einem Planungsbereich bedeutsame Versorgungslücken existieren und die zuständige KV nicht in der Lage ist, diese zu füllen. Die Streichung ist wohl auf hartnäckigen Druck der KBV vorgenommen worden, die den Kassen so viel Macht nicht zubilligen wollte – vielleicht waren aber auch die Kassen unsicher, ob sich diese Verantwortung wirklich übernehmen wollen.

Der unveränderte Kern des Gesetzes ist die Möglichkeit, statt einer ganzen Zulassung, wie bisher, nur eine „Teilzulassung“ mit hälftigem Versorgungsauftrag zu beantragen oder bei einer bisherigen Vollzulassung einen halben Sitz abzugeben und sich dann auf eine Teilzulassung zu beschränken. Es wird auch möglich sein, seine Zulassung auf zwei Orte, z.B. zwei Praxen an verschiedenen Orten und in verschiedenen KVen, aufzuteilen. Wenn man einen halben Sitz abgegeben hat, gibt es durchaus die Möglichkeit einer späteren Aufstockung, aber nur, wenn ein Sitz im Rahmen der Bedarfplanung zur Verfügung steht und der Antrag in einem erneuten Zulassungsverfahren genehmigt wird. Hier sieht man schon, dass eine solche Reduzierung bei nicht dauerhaften, sondern nur vorübergehenden Gründen für eine Arbeitseinschränkung (z.B. Kindererziehung) sehr gut überlegt werden muss. In dem vom Gesundheitsausschuss des Bundesrats modifizierten Entwurf steht jetzt zudem – was wir immer schon befürchteten –, dass man bei zu geringer Auslastung auch zur Reduzierung gezwungen werden kann.

Weiter wichtige, damit zusammenhängende Regelungen betreffen die medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Zukünftig wird es auch möglich sein, hälftig niedergelassen zu sein und sich hälftig in einem MVZ anstellen zu lassen oder dort seinen Teilarztstuhl einzubringen. Die MVZ sollen auch z.B. von Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten gemeinsam geleitet werden können, aber eben nicht allein von einem Psychotherapeuten, wenn unter ihm Ärzte tätig werden sollen. Diesbezügliche Kritik der Bundespsychotherapeutenkammer wurde nicht berücksichtigt.

Die Altersgrenze liegt für einen Arzt oder Psychotherapeuten, der neu zugelassen werden will, bisher bundesweit bei 55 Jahren. Mit spätestens 68 Jahren muss er seine Kasentätigkeit aufgeben – ein ernstes Problem für unsere älteren Kollegen, deren Therapien naturgemäß nicht immer genau mit Ende des Quartals, in dem sie 68 wurden, been-

det sind. In unterversorgten Gebieten werden diese Altersgrenzen jetzt aufgehoben, weil man hofft, so regionale Versorgungsprobleme zu lindern.

Die Honorar-Abschläge, die in den ost-deutschen Bundesländern auf die privatärztlichen Leistungen bisher vorgenommen wurden, werden abgeschafft – und das gilt auch für Psychotherapeuten. Damit wird endlich wenigstens eine formale Gleichstellung erreicht, auch wenn sich das wohl aus Mangel an Privatzählern finanziell kaum auswirken wird.

Es gibt noch viele weitere kleine Änderungen der derzeitigen Gesetzeslage durch dieses neue Gesetz, die aber für uns nicht so relevant sind. So werden Patienten, die trotz Aufforderung dauerhaft die Zahlung der Praxisgebühr verweigern, künftig Gerichtsgebühren von rund 150 Euro tragen müssen. Oder es werden die zahlenmäßigen und fachgebietsbezogenen Begrenzungen bei Anstellungen von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten aufgehoben – aber welcher Psychotherapeut freut sich schon darauf, dass er jetzt endlich Kollegen in unbegrenzter Zahl anstellen darf, wo er sich bisher kaum die Schreibkraft leisten konnte?

Die für uns wesentlichen Änderungen sind sicher die Teilzulassungsmöglichkeiten. Wir hoffen sehr, dass das Gesetz mit Bedacht auf der Selbstverwaltungsebene umgesetzt und weiterentwickelt wird, denn Druckausübung zur Praxisauslastung kann sich keiner wünschen: die KVen unter Budgetbedingungen nicht und die Kassen bei festen Preisen nicht, denn entweder würde ein solcher Druck zu Maßnahmen zur Rettung der Vollzulassung führen oder aber zu stärkerer Ausfüllung von zwei halben Sitzen. In jedem Fall käme es zu ungewollten Mengenausweitungen, die irgendeiner bezahlen muss.

FRANK ROLAND DEISTER, 1. STELLVERTR.  
VORSITZENDER BVVP

## Aufmerksamkeit

erlangen Sie hier schon ab 120,- €\*

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

\* So viel kostet nämlich eine Anzeige in der Größe von 1/6 Seite. Oder 1000 Beilagen Eine ganze Seite kostet 640 €. Eine Beilage nur 120 € pro 1000 Stück. (Preise zzgl. MwSt.)

Damit erreichen Sie über 4000 niedergelassene Psychotherapeuten und zahlreiche weitere Mitglieder der Szene. Also pro Leser schon ab 3 Cent. Weitere Informationen in unseren Mediadaten unter:

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

# AUS DEN REGIONALVERBÄNDEN

## BAYERN

### Warum missbrauchtes Vertrauen in der Psychotherapie so schwer wiegt.

#### Bericht über das Symposium des BVVP-Bayern „Ethik und Psychotherapie: Ein unmöglicher Dialog zwischen Patienten und Institutionen?“

Anlässlich seines 10-jährigen Bestehens hat der BVVP-Bayern ein Symposium zum Thema „Ethik und Psychotherapie“ in München ausgerichtet. Die gute Abstimmung von Referenten und Podiumsteilnehmern sicherte der Veranstaltung nicht nur interessante Vorträge, sondern auch rege Diskussion. Es wird vor allem klar, dass das Thema „Grenzverletzendes Verhalten von Psychotherapeuten“ mehr Aufmerksamkeit als bisher bedarf.

**1. Zunächst legt Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr**, Vorsitzender des BVVP-Bayern, in seinem Eingangsreferat dar, dass etwa 10% aller Behandler im Gesundheitswesen im Laufe ihres Berufslebens sexuelle Beziehungen zu ihren Patienten eingehen.

Sexuell missbrauchtes Vertrauen existiert in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Bei Schweizer Psychiatriepflegern ergab sich übergriffiges Verhalten bei 16,8% der befragten Pfleger, in der Anglikanischen Kirche bei 37% der befragten Seelsorger. Etwa 10% der Psychiater in den USA begehen mindestens einmal während ihres Berufslebens sexuelle Übergriffe an Patienten. Ein Studie von Ehlert-Balzer ermittelt unter deutschen Psychotherapeuten etwa bei 10% der Kollegen und bei 3% der Kolleginnen sexuelle Übergriffe gegenüber Patienten. Dagegen ist der Anteil grenzüberschreitenden Verhaltens unter Frauen-, HNO-, sowie Allgemeinärzten mit 4 bis 6% deutlich unter dem der P-Fächer. Diese weisen einen deutlichen An-



Veronika Hillebrand

teil weiblicher Täter auf, auch homosexuelle Übergriffe sind bekannt. Die hauptsächliche Konstellation in annähernd 90% der Fälle ist jedoch ein männlicher Täter und ein weibliches Opfer.

Ein besonderes Problem in allen Untersuchungen ist die hohe Zahl der Wiederholungstäter. Dieses trifft vor allem auf männliche Täter zu, von denen 80% Übergriffe wiederholen.

**2. Dr. med. Andrea Schleu**, langjährige Vorsitzende des BVVP-Bayern (1997 bis 2002,) macht in ihrem anschließenden Referat klar, worin das Kernproblem aus neurobiologischer und psychotraumatologischer Sicht zu sehen ist. So zeigt sich, dass bei sexuell traumatisierenden oder retraumatisierenden Grenzüberschreitungen besonders das Sprachverarbeitungssystem der Betroffenen in seiner Funktionsfähigkeit eingeschränkt wird. Nach van der Kolk et. al. 1996 findet sich eine Minderdurchblutung des gesamten präfrontalen Cortex bei traumatisierten bzw. retraumatisierten Patienten. Diesen Patienten ist es in unterschiedlichem Maße erschwert, bei den bekannten psychophysiologischen Mechanismen von Gehirnstoffwechsel, Durchblutung und der daraus resultierend erschwerten Verarbeitung von Erinnerung über das ihnen widerfahrene Leid zu sprechen.

Konkret wird das Broca-Areal, das motorische Sprachzentrum, unter Traumatisierung durch z.B. erhöhte Cortisol - Ausschüttung in seiner Funktionsweise eingeschränkt.



Benedikt Waldherr

Auch die geordnete Verarbeitung von Erinnerungen im tiefer liegenden Hippocampus wird behindert. Es entwickeln sich fragmentierte, unzusammenhängende Gedächtnisbruchstücke. Die Bildung narrativ abrufbarer kohärenter Gedächtnisspuren wird so gestört. Deshalb erscheinen uns Berichte solcher betroffener Patientinnen häufig verwirrend, emotional widersprüchlich und deshalb oft nicht glaubhaft. Auch wenn sich die Patientinnen verzweifelt bemühen, über das Erlebte zu berichten, genügt so ihr eingeschränktes Sprach- und Erinnerungsvermögen weder den Erfordernissen einer kohärent und konsistent erzählten Geschichte, erst recht nicht einer juristisch korrekten Aussage. Die widersprüchliche Ausdrucksweise und das Schweigen der Betroffenen ist neben den hirnbioologischen Gegebenheiten auch eine Folge von Schuldübernahme für die Täter und Scham, das Geschehen zu verraten.

Wenn wir, als zuerst Angesprochene, den Patientinnen mit Zweifel und Unglauben begegnen, verlieren die Betroffenen noch mehr das Vertrauen in ihre Wahrnehmung und Erinnerung. Dann „sprechen“ die Opfer in aller Regel „nur noch“ über eine signifikante Zunahme ihrer somatischen und psychischen Beschwerden.

So sind Schweigen und Tabuisierung die besten Verbündeten der Täter.

**3. Aus der Beratung von geschädigten Patienten berichtet Dr. med. Veronika Hillebrand**, Gründungsvorsitzende des BVVP-Bayern und aktuell Vorsitzende des

Vereins „Wenn Psychotherapie schadet“, in ihrem „Einstiegsfall“. Sie gibt ein Beispiel, wie Patienten von Therapeuten sukzessive in missbräuchliche Beziehungsstrukturen geführt werden können. Grenzverletzendes Verhalten in Psychotherapien hat stets besonders schwerwiegende Konsequenzen für Patienten. Ein PT-Patient soll gerade in der therapeutischen Beziehung auf übliche Selbstschutzmechanismen weitestgehend verzichten und zur Offenlegung seiner intimsten Angelegenheiten bereit sein, um dem Therapieziel näher zu kommen. Daraus resultiert eine besondere Verletzlichkeit und Schutzbedürftigkeit eines jeden Patienten, der ein Psychotherapeut mit angemessener Sorgfaltspflicht begegnen muss. Nur so kann verhindert werden, dass Patienten, die ja mit entsprechender Vorschädigung eine Therapie wahrnehmen, durch diese zusätzlichen Schäden nehmen.

Der geringere Teil der missbrauchende Kollegen gerät tatsächlich aus Unerfahrenheit in unklare Situationen mit Patientinnen. Dies sind in aller Regel Kollegen, die am Berufsanfang stehen und sehr gut von unterstützenden Angeboten wie Supervision und zusätzlicher Eigentherapie profitieren können. Die Hauptgruppe der Täter unter uns spricht auf diese korrektiven Angebote wenig an. Hier müssen andere Maßnahmen ein verändertes Klima schaffen, angefangen bei Ethikunterricht während der Ausbildung, deutlicher Thematisierung der Problematik in Ausbildungsinstituten, Berufsverbänden und Kammern. Wenn all das nicht greift, muss es auch strafende Maßnahmen geben, wie die Entziehung von Zulassung und Approbation, Rückforderung des zu unrecht erhaltenen GKV-Honorars und zivilrechtliche Schritte.

Hillebrand berichtet mit dem Einstiegsfall aus der täglichen Arbeit des Vereins „Wenn Psychotherapie schadet“. Dieser Verein, der aus dem BVVP-Bayern vor 2 Jahren hervorging, wurde gegründet, um die Diskussion über Ethik in der Psychotherapie voranzubringen und konkrete Hilfestellungen unabhängig vom Mutterverband zu ermöglichen. In der Ethik-Anlaufstelle dieses Vereins wurden schon etliche missbrauchte Patientinnen soweit beratend unterstützt, dass sie ihre Stimme wieder fanden und sich so aus der Traumatisierung herausarbeiten konnten.

Die Sprechfähigkeit ist die zentrale Kompetenz, um aus den Folgen des Missbrauchs herauszufinden und wieder eine stabile Identität erlangen zu können. Auch als Zugang zum Rechtssystem ist die Sprache eine unabdingbare Voraussetzung. Erst wenn sie wie-

der funktioniert, kann eine betroffene Frau sich an Berufsaufsicht oder Einrichtungen der Rechtspflege wenden.

**4. Dipl.-Psych. Monika Holzbecher**, Delegierte der GWG zum bundesweiten Ethik-Verbandetreffen, referierte sehr anschaulich über die verschiedenen Rechtfertigungsstile der Täter und der Kollegenschaft. Meist erfahren nämlich Kollegen und Kolleginnen als erste über Umwege, dass ein bestimmter Kollege „etwas mit einer Patientin haben soll“. Die ersten Reaktionen dieser Kollegen reichen von Ungläubigkeit, Fassungslosigkeit, Verharmlosung und Bagatellisierung bis zur Zurückweisung des Themas.

Dass es oft bekannte und angesehene Kollegen sind, trägt zur Tabuisierung der Problematik bei. Für die Patienten sind diese Reaktionen von Fachkollegen des Täters schwer verständlich bis erneut retraumatisierend. Der Teufelskreis von Traumatisierung und Verstummung setzt sich so weiter fort.

Um das eigene Weltbild zu schützen, kommen als Erklärung des Unglaublichen häufig Entlastungsargumente zu Gunsten des Täters. Die Patientin habe provoziert, die private Beziehung zum Therapeuten sei selbst von ihr gewollt gewesen. Sie übertreibe maßlos, sei sie nur auf Schadensersatz durch den Kollegen aus, sind gängige Rechtfertigungsmuster, nicht selten auch von hinzugezogenen Institutionen. Selbst wenn in einzelnen Fällen Kollegen zu Unrecht beschuldigt werden, so ist doch das Gros der Fälle im fehlerhaften Therapeutenverhalten begründet.

Besonders der Erklärungsversuch, der Täter sei vom Opfer verführt worden, verwirrt die Patientinnen zusätzlich. Große Ratlosigkeit auf Seiten der angefragten Kollegen und ergänzend Schweigepflichtsprobleme erschweren angemessene Schritte für den jeweiligen Schadensfall. Die Bereitschaft, mit zu schweigen, ist in unserer Berufsgruppe hoch, leider zu hoch. Es scheint vielfach tatsächlich leichter zu sein, mit zu schweigen, denn angemessen zu handeln. Hier, so Monika Holzbecher weiter, ist jeder von uns gefragt, die Mechanismen von Verleugnung und Nicht – Wollen haben - Wollen anders zu reflektieren.

**5. PD Dr. jur. Thomas Gutmann**, Privatdozent am Münchner Juristischen Seminar, erläutert in seinem Referat zunächst, dass das Strafrecht mit dem § 174 c leider nicht die gewünschten Wirkungen entfaltet. In den acht Jahren seit dem Bestehen dieses Strafrechtsparagrafen ist nur ein einziges Verfahren, was sogar mit einem Freispruch endete, bekannt geworden. Das Kernproblem der neuen gesetzlichen Regelung liegt darin, dass der Missbrauch während des Beratungs-

, Betreuungs- und Behandlungsverhältnisses geschehen muss. Dieser Tatbestand ist bei einer abgebrochenen Therapie, die in einem solchen Fall von Täterseite gerne für beendet erklärt wird, nicht mehr gegeben.

Insofern, so Gutmann, ist die wesentlich stärkere juristische Waffe das Zivilrecht. Dort ist die Vorgabe, dass der Therapeut für Schäden, die er am Patienten hinterlässt, haftbar gemacht werden kann und dieses Haftungsrecht gilt auch über das Ende der Therapie hinaus. Aus dem zugrunde liegenden Behandlungsvertrag des BGB leitet sich ab, dass ein Behandler auch nachdem Abschluss der Behandlung alles zu unterlassen hat, was den Behandlungserfolg gefährden könnte. Die zivilrechtliche Durchsetzung von Ansprüchen gegen einen Täter setzt allerdings voraus, dass der Patient überhaupt in der Lage ist, ein Verfahren anzustreben und durchzuhalten. An dieser Hürde scheitern bisher die meisten Patientinnen und Patienten.

Auch im Bereich des Berufsrechtes wird deutlich, dass den Patienten durch die zuvor beschriebenen Folgeschäden der sexuellen Grenzüberschreitungen die Fähigkeit, sich Zugang zum Rechtssystem zu verschaffen, verloren geht. Jeder Mensch, der Opfer eines Taschenraubes oder eines Verkehrsunfalls wird, kann hinterher darüber meist leichter sprechen und sich beschweren.

Die Pflicht zur Ausübung der Berufsaufsicht der Kammern habe die Spezifität des Faches mehr zu berücksichtigen als bisher. Es sei deshalb, so Gutmann weiter, dringend indiziert, niedrig-schwellige Angebote durch diese Institutionen vorzuhalten. Eine reine Kommstruktur mit passivem Abwarten, wer sich, wann, worüber beschwert, sei deshalb bei grenzverletzendem Verhalten in Psychotherapien nicht länger ausreichend.

Um der gesetzlichen Aufgabe gerecht zu werden, müssen die Kammern in Richtung der Institutionalisierung von Ombudstellen und Opferanwälten also weiter denken als bisher.

**6. Dipl.-Psych. Dr.jur. Giulietta Tibone** berichtet aus ihren Erfahrungen bei der Arbeit in der Schlichtungsstelle eines großen Ausbildungsinstituts in München. Frau Tibone arbeitet dort seit fünf Jahren in der Schlichtungskommission und fasste die wichtigsten Aspekte aus 38 in dieser Zeit bearbeiteten Fällen zusammen.

Das Schuldanerkenntnis durch den Täter und damit die klare Zuordnung seiner Verantwortlichkeit ist eine der wesentlichsten Voraussetzungen für geschädigte Patienten, um ihre psychische Stabilität Schritt für Schritt wieder aufzubauen. Insofern wä-

re es wichtig, für Patientinnen, deren Täter sich dieser wichtigen Aufgabe entziehen, Ersatzmöglichkeiten für ein Unrechtsanerkennnis zu schaffen. Auch sie sieht hier die beteiligten Institutionen wie das Ausbildungsinstitut oder die Berufskammern in der Pflicht, dem Patienten zu versichern, wer der Täter ist und wer das Opfer.

### Zusammenfassende Diskussion mit dem Auditorium

Im Auditorium, das ca. 80 Kollegen und Kolleginnen sowie Fachleute anderer Disziplinen wie Richter, Rechtsanwälte, Ausbildungsleiter oder Gremienmitglieder der Berufskammern umfasst, gelingt es, ein vertieftes Bewusstsein für den vorhandenen Handlungsbedarf zu schaffen. Den spezifischen Erfordernissen des Missbrauchs in Psychotherapien gerecht zu werden und bestehende Strukturen weiter zu entwickeln, um den Patienten aus ihrer verstummten Not herauszuhelfen, ist Gegenstand der dann folgenden beherzten Diskussion.

Es kann, so der Tenor der Podiumsdiskussion, nicht ausreichen, nur darauf zu warten, dass sich geschädigte Patienten bei den Kammern melden. Die Kammern als Berufsaufsichten würden gut daran tun, aktiv dafür Sorge zu tragen, dass die durch Übergriffe und Missbrauch traumatisierten Patientinnen und Patienten ihre Stimme zurück-erlangen und sich in einem hochentwickelten Rechtssystem artikulieren können. Dafür müssten zusätzliche Angebote entwickelt werden.

Ein Rechtssystem ist nur so gut, wie es allen Betroffenen den Zugang zu Rechtshilfemaßnahmen ermöglicht. Verkörpert es nur hohe Werte, aber trägt nicht dafür Sorge, dass diese auch eingelöst werden, verliert es seinen Wert. Auch wenn ein demokratisches Rechtssystem in jedem Fall Sorge dafür tragen muss, dass keinen unrechtmäßigen Anschuldigungen und Vorwürfe entsprochen wird, so muss es auf jeden Fall auch einem ausgewogenen Interessensausgleich zwischen Täter- und Opferbelangen entsprechen.

Auf Grund spezifischer historischer Gegebenheiten der deutschen Geschichte, z.B. im Dritten Reich, schützt das deutsche Rechtssystem vielfach die Täter mehr als die Opfer. Aber, so wandte Richter Heinze ein, haben die Richter begonnen, umzudenken und umzulernen.

Die bestehenden berufsrechtlichen Strukturen wie die Kammern erfassen bisher nur diejenigen Patienten, die aus verschiedens-

ten Gründen ihre Sprache wiedergefunden haben.

Der Großteil der Fälle gelangt bisher überhaupt nicht zu den für die Berufsaufsicht zuständigen Institutionen. Deshalb plädierte Gutmann nochmals dafür, bei den Kammern Ombudsstellen einzurichten, die dafür sorgen, dass die Kammern ihren berufsaufsichtsrechtlichen Pflichten nachkommen, in dem sie dafür sorgen, dass die verstummten Patienten wieder zum Sprechen zurückfinden können.

Kontrovers diskutiert wurde die Frage, ob es wirklich gut wäre, diese Ombudsstellen an die zwei Kammern anzubinden. Zum einen mache es Sinn, eine einzige Stelle landesweit vorzuhalten, weil es ein berufsgruppenübergreifendes Problem sei.

Als positives Beispiel wurde hier die Stelle für Vergewaltigungsoffer im Polizeipräsidium München genannt, wo zentral von speziell geschulten Beamtinnen einfühlsame Beweisaufnahmen und Anhörungen der Opfer sexueller Straftaten durchgeführt würden.

Viele der anwesenden Psychotherapeuten hielten es dagegen für notwendig, niedrigschwellige Angebote, wie z.B. Ombudsstellen mit Opferanwälten und Psychotherapeuten, verankert im System der Berufsaufsicht, vorzuhalten. Zum einen sei der gesetzliche Auftrag an die Berufskammern, die Berufsaufsicht im Staatsauftrag durchzuführen, nicht so einfach zu umgehen. Die Kammern müssen diese Aufgabe unmittelbar selbst erfüllen. Deshalb kommt nach gegenwärtiger Rechtslage eine Delegation an anderen Stellen nicht in Frage. Zum anderen müsse eine langfristige Basis solcher Opferanlaufstellen auf Dauer finanziell gesichert sein. Auch das spreche für eine enge Anbindung an die Kammern.

Eine Anbindung an die bestehenden Berufskammern wurde aber von den anwesenden Richtern und Rechtsanwälten des BVVP-Symposiums kritisch eingestuft, weil die Kammern immer auch ihre Mitglieder vertreten müssen und ein Interessenskonflikt vorprogrammiert scheint. Deshalb wäre die Schaffung einer unabhängigen, von den beiden großen Kammern finanzierten Ombudsstelle, die landesweit und unabhängig tätig ist, die empfehlenswerteste Variante.

Auch non-punitive Ansätze der Bewältigung des Problems, so **Richter Heinze**, können nur funktionieren in einer nicht unmittelbar kammergebundenen Einrichtung. Insbesondere der Umgang mit dem Teil des Täterspektrums, der einmalig in grenzverletzendes Verhalten abgeleitet, erfordere keine reine Sanktionierung. Hier sollten weitere geeig-

nete Maßnahmen, wie Eigentherapie, Supervision, „Boundary Training“ nach Tschan greifen können. Wenn aber, so Heinze, ein Fall erst einmal bei der Kammer angekommen sei, müsse diese von Rechts wegen alle ihr gebotenen Mittel anwenden und ausschöpfen.

Eine aktive Aufklärung der Patienten, wofür sie sich bei Problemen mit ihrem Psychotherapeuten wenden können, ist dringend zu empfehlen. Die unprofessionell arbeitenden Psychotherapeuten dürfen nicht länger das Gefühl haben, in einem tabugeschützten Dunkelfeld ungeschoren zu bleiben und oben-dreien auf den Schutz der berufsständischen Organisation zu hoffen.

Schließlich muss auch die Zusammenarbeit der Institutionen der Berufsaufsicht und des Sozialrechtes, also zwischen Kammern und KVen verbessert werden. Es kann nicht sein, dass unprofessionell arbeitende Therapeuten auch noch das GKV-Honorar für nicht sachgemäß erbrachte Psychotherapien behalten und damit ihren Anwalt bezahlen können. Es liegt unmittelbar im Patienteninteresse, dass die Gelder zurückgeführt werden, um den Betroffenen eine rasche Anschluss-therapie zu ermöglichen. Bisher scheitert die zügige Bewilligung der Folgebehandlung noch zu oft an der Zweijahresfrist erneuter Bewilligung gemäß den Psychotherapierichtlinien.

**Dipl.-Psych. Mayr**, Lehranalytikerin, weist am Ende der Diskussion auf die durch den EBM bisher mögliche gleichzeitige körperliche Untersuchung bei psychotherapeutischer Behandlung durch PT-tätige Ärzte hin. Dieses führe zu Unsicherheiten bei den Ausbildungskandidaten, die auch somatisch tätig sind: Dürfen sie nun parallel somatisch untersuchen und psychotherapeutisch behandeln? Nimmt man die Abstinenzregel ernst, so Mayr, stelle die körperliche Untersuchung während einer psychotherapeutischen Behandlung auf der Symbolebene eine Grenzüberschreitung dar. Wie ein fachgerechter, die Grenzen wahrer Umgang, auch z. B. die Medikation betreffend, gefunden werden kann, bedarf im Einzelfall stets einer präzisen Reflexion, die der Situation des Patienten gerecht wird. Auch dieses etwas andere Thema zur Wahrung der professionellen Grenzen ist bislang in unserem fachlichen Dialog zu wenig berücksichtigt.

*Literatur: Tschan W (2005), Missbrauchtes Vertrauen, Karger, Basel. Rauch S, van der Kolk B, Fissler R et al (1996). A symptom provocation study using PET and script driven imagery. Archives of General Psychiatry 53, 380-378.*

VERONIKA HILLEBRAND, VORSITZENDE DES VEREINS „WENN PSYCHOTHERAPIE SCHADET“ UND BENEDIKT WALDHERR, VORSTANDSMITGLIED BVVP



## BADEN-WÜRTTEMBERG

### Der bvvp in Baden-Württemberg

Die Zusammenlegung der 4 Kassenärztlichen Vereinigungen Südbaden, Südwürttemberg, Nordbaden und Nordwürttemberg zu einer KV Baden-Württemberg mit Sitz in Stuttgart ab 01.01.2005 war für die 4 Regionalverbände (RV) Anlass über eine neue Zukunft und eine engere Zusammenarbeit nachzudenken. Nach anfänglichen Bedenken um gewachsenen Strukturen sowie der Sorge, die Mitgliedernähe in den Regionalverbänden (RV) könne verloren gehen, zeigte ein erstes gemeinsames Treffen im Juni 2005, dass eine Zusammenarbeit auch Vorteile verspricht und sinnvoll Kräfte bündeln kann.

Bei einer weiteren Sitzung im Oktober 2005 schlossen sich dann die vier Regionalverbände in einem ersten Schritt zu einer Arbeitsgemeinschaft bvvp-Baden-Württemberg zusammen. Aus den Gesamtvorständen wurde eine 5-köpfige Sprechergruppe gewählt. Dieser gehören an: Regine Simon (Südbaden), Hermann Mezger (Südwürttemberg), Birgitt Lackus-Reitter, Hans Hirsch (beide Nordbaden) und Helga Ströhle (Nordwürttemberg). Als Vorsitzende der Sprechergruppe wurde Regine Simon bestimmt.

Die politischen Vorgaben hatten diesen Beschluss mitbeeinflusst. Der Vorstand der KV-Baden-Württemberg hatte eindeutig verlauten lassen, dass er bei den verschiedenen Berufs- und Fachverbänden nur einen Ansprechpartner und nicht vier akzeptieren werde.

Beim Sozialministerium wie bei der Landesregierung und den Parteien haben wir als bvvp-Baden-Württemberg, in dem etwa 1300

Vertragspsychotherapeuten organisiert sind, eine gewichtige Stimme.

Bei möglichen Verhandlungen mit den psychiatrischen Kollegen bezüglich einer künftigen sinnvollen Zusammenarbeit sowie als Ansprechpartner für eventuelle IV-Verträge vertritt der bvvp-Baden-Württemberg eine breite Basis in der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft.

Im ersten dreiviertel Jahr darf auf eine effiziente und kollegiale Zusammenarbeit zurückgeblieben werden. Sowohl beim Kampf um die Nachzahlung wie bei der aktiven Unterstützung der Ärzteproteste gab es eine gute Informationsübermittlung, einen kompetenten Austausch sowie eine gemeinsame strategische Richtung, die zielgerichtet und oft kämpferisch verfolgt wurde. Das gute kollegiale Klima, auch bei durchaus kontroversen Diskussionen, gilt zunächst für die Sprechergruppe. Aber auch bei breitem Austausch im Gesamtvorstand sowie bei der letzten erweiterten Sitzung im April diesen Jahres in Karlsruhe waren Kollegialität und gemeinsame Richtung der wichtigste Wegweiser.

Der bvvp-Baden-Württemberg hat in Freiburg seinen Geschäftsstellensitz, den Frau Stöckel betreut. Als Schatzmeister konnten wir Herrn Reinhold Hildmann gewinnen.

Der KV-Vorstand, der uns mit der Formulierung des neuen gemeinsamen HVV ab 1.1.2007 eine große Aufgabe geben wird, fordert eine gemeinsame Ausrichtung. Als bvvp-Baden-Württemberg haben wir auch eine zahlenmäßig und inhaltlich gewichtige Stimme beim Sozialministerium wie bei den politischen Gremien.

Diese Aufgabenstellung fordert eine Bündelung aller Kompetenzen und Kräfte aus den vier Regionalverbänden. Die Stimmung ist gut!

DR. HELGA STRÖHLE, 1. VORSITZENDE VVPNW,  
MITGLIED DER SPRECHERGRUPPE DES BVVP-BAWÜ

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

**Redaktion Schwerpunkt, Rezensionen und Sonstiges:** Ortwin Löwa, Hermann-Behn-Weg 20, 20146 Hamburg, Tel. u. Fax: 040-448429, E-mail: oloewa@gmx.de Dr. med. Rüdiger Hagelberg, Alte Rabenstr. 14, 20148 Hamburg, ruediger\_hagelberg@yahoo.de, Dipl.-Psych. Marianne Funk, Fürststr. 17, 72072 Tübingen; Tel.: 07071-36333; MarianneFunk@swol.de

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

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

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

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

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

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

Kleinanzeigen, Neuerscheinungen und Veranstaltungenanzeigen: Online-Buchungssystem **www.bvvp-magazin.de**  
Es gilt Anzeigenpreisliste Nr. 7, Erscheinungsweise: vierteljährlich

Das nächste Heft erscheint am 18.10.06 (Redaktionsschluss: 30.08.06)

ISSN-Nummer: 1683-5328

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

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

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.

Besuchen Sie auch unsere Homepage:

**www.bvvp-magazin.de**

- Kleinanzeigen aufgeben und lesen
- alte Ausgaben downloaden
- Veranstaltungen gratis ankündigen

## SCHWERPUNKT

# Psychotherapie als Feigenblatt



Ortwin Löwa

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

Diese persönliche Anrede für unser Thema im dritten Heft dieses Jahres mag ungewöhnlich erscheinen, hat aber ihren Sinn. Zum einen ist dies der erste Schwerpunkt, den ich verantworte. Ursula Neuman hat den Stab an mich übergeben, aus Gründen, die sie selbst erläutert. In ihrer offenen, zupackenden Art, die sie als „gute Seele“ der Redaktion ausgezeichnet hat. Nun sind wir ins kalte Wasser gesprungen und hoffen, etwas Brauchbares zustande gebracht zu haben. Wie es die Umstände gefügt haben, korreliert unsere Auseinandersetzung mit der neuen Rolle mit dem gewählten Thema: „Psychotherapie als Feigenblatt“, das offenbar bei den Autoren ebenfalls einen persönlichen Nerv getroffen hat. Es geht dabei um Herausforderungen, die die therapeutische Praxis häufig an Grenzen gelangen lassen. Stellt sich der Therapeut/die Therapeutin dabei der Erkenntnis, nicht weiter kommen zu können, ja hilflos zu sein, oder verfallen sie dem öffentlichen Wunschbild (auch dem vieler Patientinnen), Glücksrezepte zu vermitteln oder zumindest Trost zu spenden? Rüdiger Hagelberg analysiert die „Feigenblattfunktion“ anhand eigener Praxiserfahrungen und erweitert die Konfliktlage, in der sich die Psychotherapie befindet, durch einen Blick auf den heutigen Medizinbetrieb mit seinen teilweise unmenschlichen Zwängen.

Auszüge aus zwei bereits erschienen Publikationen schliessen sich an:

Christoph J. Schmidt-Lellek überträgt den kunsthistorischen Begriff des Kitsches auf die Psychotherapie. Was in der Kunst der schöne Schein ist, der dem Werk nur einen oberflächlichen, flüchtigen Reiz verleiht, ist in der Therapie etwa die Vermittlung von Heilwelt-Rezepten.

Peter Fiedler hat sich den Zusammenhang zwischen Einzelfall und seinen gesellschaftlichen Hintergründen vorgenommen und kommt zu dem Schluss, Psychotherapie müsse unter Umständen auch gleichzeitig Lebensberatung sein.

An seine sprachlichen Grenzen stieß Thomas Bartsch in seiner ländlichen Praxis und erweitert diese Beobachtung zu einer grundsätzlichen politischen Betrachtung der heutigen gesellschaftlichen Kommunikations- und Wertedefizite.

Wie als Antwort darauf steht das Gespräch mit dem Hamburger Traumaforscher Peter Riedesser. Er therapiert nicht nur Kinder und Jugendliche, die Opfer von Krisen und Kriegen wurden, er engagiert sich auch etwa in Dritte Welt- oder Friedensinitiativen.

Mehr als ein Feigenblatt der Psychotherapie, sondern eine massive Verleugnung, schildert im übrigen die Untersuchung von Peter Riedesser über die deutsche Militärpsychiatrie des 20. Jahrhunderts.

Mit dieser Studie sind wir bereits bei den Rezensionen, die unser Thema abrunden.

Zu zwei Schwerpunkten haben uns Stellungnahmen erreicht. Ein Leserbrief zur „Integration“ und eine Gegendarstellung zum „Grauen Psychomarkt“. Auch diese zu Ihrer Kenntnis. Wir freuen uns, dass es mittlerweile Reaktionen auf unsere Themen gibt. Das entspricht unserem Wunsch, zu Diskussionen anzuregen. Deshalb unser Bemühen, durchaus vielfältige Standpunkte zu vermitteln, ohne uns allerdings auf ein unverbindliches Sowohl-als-auch zurück zu ziehen.

In diesem Sinne nutzen Sie bitte auch diesen Schwerpunkt als lebendiges Forum. Das nächste Thema hat den Titel: „Selbst- und Fremdbild der Psychotherapie“, darin ein Rückblick auf das „Freud-Jahr“ im Spiegel der Presse.

ORTWIN LÖWA

## Eigentlich...

... war es gut geplant. Mit 60 Jahren sollte Schluss sein mit der redaktionellen Verantwortung für den Schwerpunkt des bvvp-magazins. Ich wollte Platz machen für Leute mit neuen Impulsen und auch Platz für neue Dinge in meinem eigenen Leben. „Mein“ letztes Heft sollte die Nummer 1/07 sein, zu meinem Leib- und Magenthema „evidenzbasierte Medizin und ihre Grenzen“

Es ist anders gekommen. Als bei mir im April Brustkrebs festgestellt wurde, gab es kein Vertun: Das bedeutet den sofortigen Abschied von einer Arbeit, die fünf Jahre lang mein Leben und mich geprägt hat. Zunächst die gemeinsamen Jahre mit Ursula Stahlbusch, dann eine kurze Zeit allein und dann mit Marianne Funk, Rüdiger Hagelberg und Ortwin Löwa. Fünf Jahre, in denen ich bei jedem Thema fachlich und – wenn ich so sagen darf – journalistisch sehr viel gelernt habe. Dass ich inzwischen auch mit Technik und Layout umgehen kann, macht mich ziemlich stolz.

Ich danke dem bvvp, insbesondere seinem Vorstand dafür, dem



Ursula Neumann

„Schwerpunkt“ weitgehend frei ein Gesicht zu geben. Wobei ich glaube, der bvp fährt mit dieser Bereitschaft, den „Schwerpunkt-leuten“ Autonomie zu gewähren, nicht schlecht... Ich danke Ursula Stahlbusch für die unglaublich harmonische gemeinsame Arbeit, ich danke Andreas Selignow und Ivo Hartz von Verlagsseite für stetige Freundlichkeit, kompetente Hilfe und Geduld. Vor allem aber danke ich dem neuen Team, dem ich es seelenruhig zumutete und zumuten konnte, von einem Tag auf den anderen zuständig zu sein, und Martin Klett für die Übernahme der Technik.

Diese fünf Jahre waren menschlich und fachlich fruchtbare Jahre, auch wenn manchmal die Grenze der Belastbarkeit gestreift wurde. Sowohl mit der Lust wie der Last der Redaktionsarbeit sind andere dran.

Was mich betrifft, so bin gut aufgehoben in meiner Familie und bei meinen FreundInnen, medizinisch weiß ich mich in guten Händen, vieles bestärkt mich, zuversichtlich sein zu dürfen. Dazu erlebe ich „am eigenen Leib“, wie ein gutes Wort, eine einfühlsame Geste die Realität wahrhaftig verändert und heilsam ist – und registriere umgekehrt, was geschieht, wenn diese „sprechende Medizin“ fehlt. Dies überzeugt mich aus einem anderen Blickwinkel als bisher noch mehr von der Bedeutung der Psychotherapie, im engeren oder weiteren Sinn des Wortes.

Wenn ich dieses Heft aufschlage, werde ich schon neugierig sein, aber viel distanzierter. Ich werde mich auf die Terrasse legen und nicht als erstes springen mir die übersehenen Zeichenfehler, die grammatikalischen Holprigkeiten, die verpassten Pointen ins Auge. Einfach nur mit Interesse lesen, was mir geboten wird... das ist doch auch eine Perspektive und keineswegs die schlechteste. Welche weiteren folgen werden? Schaumamal. URSULA NEUMANN

**Unser Redaktionsmitglied Rüdiger Hagelberg hat sich für diesen Schwerpunkt mächtig ins Zeug gelegt und sowohl den therapeutischen Binnenbereich als auch gesellschaftliche Grundbedingungen untersucht.**

**Im ersten Artikel lenkt er den Blick auf den „Mikrobereich“ des psychotherapeutischen Praxis-Alltages und geht der Frage nach, ob die Psychotherapie „lege artis“ den heutigen Problemen und Beschwerden unserer PatientenInnen noch gerecht wird oder ob sie auch als „Feigenblatt“ missbraucht werden kann.**

**Mit dem zweiten Artikel soll die Aufmerksamkeit auf „Feigenblattfunktionen“ in größerem Zusammenhang – in der Medizin – gelenkt werden. Welche Mechanismen in unserem Gesundheitswesens tragen dazu bei, negative Wahrheiten zu beschönigen oder zu verdecken und werfen damit auch auf die Psychotherapie als Teil der Medizin ein irre führendes Licht?**

## Psychotherapie als „Feigenblatt“ in der Praxis und der Öffentlichkeit



Rüdiger Hagelberg

### Ausgangslage

Mit unserer Gesellschaft steht es nach Meinung mancher nicht zum besten. Der Verlust von Verankerung in Familien- und Gemeindestrukturen, die sich ausweitenden Anforderungen an Perfektion und „Funktionsfähigkeit“ aber auch Angst, den „anderen“ zu brauchen, die Vereinzelung in der virtuellen Welt elektronischer Medien, die Ökonomisierung auch entlegener und privater Lebensbereiche, Arbeitsplatzvernichtung durch Rationalisierungen im globalen Kontext, Kontinent übergreifende Migrationsbewegungen und sich daraus ergebende Konflikte sowie die Überalterung der Bevölkerung stellen Herausforderungen dar, auf die es bisher nur unbefriedigende Antworten gibt. Der Wandel in Arbeitswelt und Gesellschaft „in nahezu allen Lebenswelten“ ruft, so in einem Beitrag des DÄ vom 31.03.06, die „Epidemie des 21. Jahrhunderts“ hervor, die Zunahme der psychischen Erkrankungen.

Wohin steuert die Entwicklung, und was kann bei einer solchen Prognose getan werden? Vorrangig eine Veränderung der krankmachenden Zustände anzustreben, ist logisch und sicher auch hier und da erfolgreich. Aber es wäre blauäugig, sich darauf allein zu verlassen. Am Beispiel der Arbeitslosigkeit sehen wir, wie schwierig es offenbar ist, selbst längst erkannte und allseits beklagte Missstände zu beseitigen. Daher ist abzusehen, dass gewissermaßen sekundäre Abhilfen an Bedeutung gewinnen. Die Aufgabe der Medizin als bewährter „Reparaturbetrieb“ zum Beispiel wird sich immer mehr erweitern und mit ihr, da ja gerade die Zunahme der psychischen Erkrankungen befürchtet wird, die Aufgabe der Psychotherapie.

Wir stehen damit als Psychotherapeuten vor oder bereits in einer mehrfachen Herausforderung:

gewissermaßen „sehenden Auges“ durch unsere Patienten mit manchen Missständen in der Gesellschaft konfrontiert zu sein, sie nicht kaschieren zu dürfen aber auch nicht ändern zu können, und damit (möglicherweise viel mehr als früher) „gemischte“ Krankheitsbilder zu behandeln, in denen es um eine Verschränkung von biografisch und psychodynamisch verstehbarer Störung mit gegenwärtigen Problemen geht.

So wie die gesamte Medizin darf sich jedoch die Psychotherapie

nicht dazu missbrauchen lassen, als „Allheilmittel“ und damit „Feigenblatt“ für die gesellschaftlichen Missstände her zu halten. Der oft gehörte Satz: „Der oder die müssten mal Psychotherapie machen“, bedeutet nicht, dass dann schon alles geregelt wäre. Die Behandlung von Kranken bleibt im Hinblick auf den Anteil von „äußeren“, gesellschaftlichen Ursachen der Erkrankung nur die zweitbeste Lösung.

### „Feigenblatt“-Phänomene in der Praxisarbeit?

Ein Beispiel: Eine Rechtsanwältin, die ursprünglich aus dem Iran stammt und schon seit Jahren arbeitslos ist, kommt nach kurzem Krankenhausaufenthalt wegen eines Suizidversuches in psychotherapeutische Behandlung, um – so ihr erklärtes Ziel – selbstbewusster zu werden. In der Therapie gerät das Problem der Arbeitslosigkeit immer wieder in den Vordergrund. Dies macht einen Klärungsprozess erforderlich: Woran kann verändernd gearbeitet werden? Und was gilt es auszuhalten, da es mit psychotherapeutischen Mitteln nicht beeinflussbar ist? Zwar spielt bei der Patientin der neurotische Hintergrund einer nicht ganz gelösten, engen Mutterbindung eine wichtige Rolle, aber eben auch – neben den kulturell bedingten Einflüssen auf ihr Selbst-Erleben (wie das Frauenbild dieser in einem orientalischen Land aufgewachsenen Frau) – die mangelnde Möglichkeit, sich in einer Sinn stiftenden Arbeit Bestätigung ihrer sozialen und intellektuellen Kompetenzen zu holen. Es ist demnach zu unterscheiden, wann dieses soziale Leiden für die Patientin oder auch für den Therapeuten zur Abwehr gegen die Aufarbeitung des neurotischen Leides in den Vordergrund gestellt wird oder umgekehrt, wann das soziale Leiden in ein neurotisches umgedeutet wird.

Entgegen der gelegentlich geäußerten Illusion, Psychotherapie könne alle psychischen Probleme lösen, müssen wir gewissermaßen in einer erweiterten Aufgabenstellung immer rascher entsprechend der sich verändernden soziokulturellen Belastungen differenzieren lernen: Welche Erkrankungsanteile erwachsen aus Individualität und Biografie des/der PatientIn und welche aus den „äußeren“ Kontexten sich verkettender, belastender Lebensumstände? Im ersten Fall kann eine aktive Veränderung therapeutisch angestrebt, im zweiten eher die Fähigkeit gefördert werden, sich im Unabänderlichen besser zu bewegen, eine Position zu finden und es schließlich auch ertragen zu können.

Ein zweites Patienten-Beispiel: Der plötzliche Herzinfarkt Tod ihres Ehemannes nach über 20 Ehejahren führt eine Patientin in die Psychotherapie, die allein mit dem Verlust nicht fertig wurde und in eine suizidale Krise geriet. Im Laufe einer längeren Therapie beginnt sie allmählich, ihr so sehr verändertes Leben anzunehmen und sich darin zurecht zu finden. Einmal erwähnt sie, ihr Therapeut habe ihr gewissermaßen als „Partner-Ersatz“ zur Verfügung gestanden. Hier wird die schwierige Gratwanderung deutlich: zwischen der Notwendigkeit, die Patientin wie ein „Übergangsobjekt“ empathisch zu begleiten, damit sie einen Weg aus der Krise findet, und der Gefahr, sich zum scheinbar dauerhaften Ersatz für den Verlust „anzubieten“, statt ihr den Weg zur Mitwelt finden zu helfen.

Häufig weisen uns unsere PatientenInnen Rollen oder Funktionen zu, die den Zugang zum mühevollen Durcharbeiten in der therapeutischen Arbeit wie mit „Feigenblättern“ zuzudecken scheinen. Ich finde dabei die Suche nach rascher Linderung legitim, wenn wir die eigentliche Aufgabe, in den veränderbaren Anteil der Erkrankung und den unabänderlichen zu differenzieren, im Auge behalten. Bei obiger Patientin ging es nicht nur um Trauer und Verlustbewältigung, sondern auch um die Lösung aus einer tiefen Abhängigkeit und um eine Stärkung der Ich-Funktionen. Beim Tod ihres Mannes standen ihr

keine adäquaten innerpsychischen Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung, zum Ende der Therapie machte sie erste, früher nie gewagte Autonomieschritte.

Mit der Erweiterung der therapeutischen Kompetenz in oben beschriebener Weise erweitert sich auch die Haltung der TherapeutenInnen. Schon in den Anfängen der „Tiefenpsychologie“ war dieser Aspekt Gegenstand von Auseinandersetzungen, die ihre gesamte Entwicklungsgeschichte begleiteten. (Dazu: Helmut Junker „Beziehungsweisen“; Rezension in diesem Heft.) Inzwischen ist im wesentlichen unbestritten, dass u.a. die Komplexität psychischer Erkrankungen und ihrer soziokulturellen Kontexte eine therapeutische Präsenz erfordert, die die Weiterentwicklung der früher oft für allgemeingültig erklärten distanzierten analytischen Haltung notwendig macht. Schließlich räumte aber auch schon Freud selbst ganz in modernem Sinne ein: „Man wirkt, so gut man kann, als Aufklärer, wo die Ignoranz eine Scheu erzeugt hat, als Lehrer, als Vertreter einer freieren oder überlegenen Weltauffassung, als Beichtthörer, der...nach abgelegtem Geständnis gleichsam Absolution erteilt.“ (zitiert in Junker, a.a.O. Seite 58) Die hier angesprochenen unterschiedlichen therapeutischen Funktionen bezeichnen Hilfskonstrukte mit dem Sinn, einen umfassenderen Blick und Zugang zu den Realitäten unserer Patienten zu bekommen und nichts Wesentliches zum Verständnis der Störung aus dem Auge zu verlieren. So kann die Psychotherapie Gefahren entgehen, „Feigenblatt“-Funktion für Missstände der Gesellschaft oder der Mitwelt zu übernehmen.

### Die Psychotherapie als „Feigenblatt“ in der Öffentlichkeit

Anders sieht es aus, wenn wir das „Image“ der Psychotherapie aus gesellschaftlicher Sicht betrachten. Wie wird in der gesellschaftlichen und speziell medizinischen Öffentlichkeit mit der erwarteten Zunahme der psychischen Erkrankungen umgegangen werden? Merken wir eigentlich schon, dass wir so „wichtig“ sind? Oft habe ich, wenn die Bedeutung der Psychotherapie als Lösungsweg betont wird, den Eindruck, dass dies in Wahrheit eher propagandistisch oder populistisch geschieht und einstweilen kaum praktische Konsequenzen hat. Das Anerkennen unserer Zuständigkeit kann sich daher bisweilen noch wie „Abschieben“, wie ein „Feigenblatt“, anfühlen, zum Beispiel, wenn der eine oder andere somatisch tätige Kollege Patienten überweist, damit sie sich mal „ordentlich aussprechen“ können. Damit lenkt er von seiner eigenen Zuständigkeit ab und hat vielleicht doch das Gefühl, „alles“ getan zu haben.

Vor zwei Jahren warnte auch die DAK in einer Pressekonferenz in Hamburg vor der Zunahme der psychischen Erkrankungen und belegte dies mit eindrucksvollen Zahlen. Gleichzeitig verweigerten diese wie auch andere Krankenkassen eine adäquate Honorierung psychotherapeutischer Leistungen. Der diesjährige Deutsche Ärztetag betonte (nicht zum ersten Mal) im Hinblick auf die drohende Zunahme von psychischen Erkrankungen, dass die psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Kompetenzen im ärztliche Handeln gestärkt werden sollten. Ein Lippenbekenntnis?

Es passt nicht zusammen, dass auf der einen Seite in vielerlei Variationen Notwendigkeit und zunehmende Bedeutung der Psychotherapie propagiert werden (Zunahme der psychischen Erkrankungen, „Epidemie des 21. Jahrhunderts“, Forderung nach „Sprechender Medizin“ u.a.m.), während wir auf der anderen Seite immer noch die Sorge haben müssen, dass unser Fachgebiet von manchen Standesvertretern in Frage oder von gesundheitspolitischen Überlegungen zur Disposition gestellt wird.

Einfacher wäre es vielleicht für uns, wenn wir den Trends unserer Gesellschaft zur „New Age“-Ideologie oder zum „Positiven Denken“ mit Behandlungskonzepten entgegen kommen würden, die „evidenzbasiert“ den messbaren, rascheren Erfolg garantierten.

### Das Feigenblatt des „schnellen Erfolges“

Eine ca. 20 jährige Patientin beginnt eine Therapie wegen aktueller Konflikte mit beiden Eltern. Die Patientin will, so sagt sie, rasch einen Weg finden, wie sie es sowohl ihrem Vater wie auch ihrer Mutter in der Zukunft problemloser Recht machen kann. Zurzeit sei immer einer ge-kränkt. Nach wenigen Sitzungen besucht sie das Seminar eines Therapeuten (oder besser Coaches), der die schnelle Lösung von psychischen Problemen nach einer bestimmten Methode (die hier nicht erwähnt werden soll) verspricht. In der Tat empfindet sie sich nach wenigen Wochen als gereift und gefestigt und bricht die Therapie ab.

Dass es in der modernen Zeit zunehmend Verfahren oder Angebote dieser Art für kranke oder belastete Menschen gibt, stellt eine große Herausforderung für die „seriöse“ Psychotherapie dar. Dahinter steckt die in vielen Publikationen und manchen neueren Therapieverfahren angebotene und in der Gesellschaft vielleicht auch ersehnte Versprechung, gesundheitliche und vornehmlich psychische Probleme ließen sich gewissermaßen auf „leichte Art“ und mit entsprechend modernen Methoden viel besser, schneller und nachhaltiger lösen als zum Beispiel in dieser „mühevollen“, häufig langdauernden Bearbeitung im psychotherapeutischen Prozess.

Folgte die Psychotherapie dieser Tendenz und passte sich deren Konkurrenzdruck an, machte sie mit den Versprechungen der „Reklame-Welt“ gemeinsame Sache. Statt beizutragen, nach den eigenen Wahrheiten suchen, würde sie das verbrämen und beschönigen helfen, was es im Sinne von Individualität und Authentizität anzuerkennen und aufzuarbeiten gilt: die Konflikte, das Scheitern oder Leiden unter Begrenztheiten, Ambivalenzen, Antinomien u.v.m. Der Mittel, die versprechen, solide, mitunter auch zeitaufwändige psychotherapeutische Arbeit umgehen zu können, gibt es viele: Unrealistische Erfolgsversprechungen, Fokussierung auf Effekte von provozierten Emotionen aber auch rezeptartige Standardisierungen, Schemata oder Deutungsklisches etc.. Sie wirken wie „Feigenblätter“, die den Blick verstellen und den Zugang zum authentischen Erleben eher erschweren. Evoziertes Sentiment (Schmidt-Lellek nennt es „Kitsch“, Rezension seines Aufsatzes in diesem Heft) oder das Abstellen auf rein rationale Schemata gaukeln einen Prozess nur vor, bleiben jedoch an der Oberfläche. Darüber hinaus dient beides bei den – zum Teil selbsternannten - Therapeuten und Seelenhelfern zum Schutz vor (Selbst-) Erkenntnis und Wahrnehmung der eigenen Begrenztheit, ja bisweilen Hilflosigkeit.

Bestrebungen, die Psychotherapie zu einer „Feigenblatt“-Therapie“ in dieser Weise zu verkürzen, nehmen dennoch augenscheinlich zu. Auch die immer um Kostenbegrenzung bemühte Gesundheitspolitik scheint an ihnen nicht uninteressiert. Es wäre fatal, mit Kostenbegrenzung begründen zu wollen, dass auf das Angebot der angeblich schneller wirksamen „Therapie“-Verfahren ohne Rücksicht auf ihren wirklichen Gehalt und ihre Wirksamkeit eingegangen würde.

Zum Schluss sei angemerkt, dass es die Funktion von „Feigenblättern“ ist, etwas dem eigenen Blick zu entziehen. Wenn ich hier versucht habe, sie ein wenig „anzulupfen“, um darunter zu sehen, so kann ich nicht ganz sicher sein, dass dies restlos geglückt ist. Sie widersetzen sich eben – entsprechend ihrer Funktion – mehr oder weniger jedem Zugriff.

RÜDIGER HAGELBERG

## Feigenblätter auf unserem Gesundheitswesen

Bei dem folgenden Beitrag geht es nicht um die Darlegung wissenschaftlich begründeter Wahrheiten, sondern um Beobachtungen und Eindrücke von der Medizin in Deutschland und einiger ihrer Problemfelder: Wer oder was trägt dazu bei, sie zu beschönigen, zu verbrämen oder gar schamhaft zu verdecken?

Ein Problem indes kann gegenwärtig nicht verdeckt werden: (Fast) alle klagen, und, wie ich finde, zu Recht. Die Patienten klagen über lange Wartezeiten (gemessen in Stunden oder Monaten); über schematische „Abfertigung“, Stichwort „Fließbandmedizin“; über häufig mangelnde Präzision der Behandlung oder Präsenz der BehandlerInnen und über nur geringes Verständnis für „den ganzen Menschen“ und sein oft komplexes Krankheitsgeschehen. Immer wieder wird gesagt, es fehle den ÄrztenInnen an Zeit und Offenheit. Sie behandeln zunehmend die Krankheiten, nicht aber die Kranken.

Dabei gibt es viele KollegenInnen, die sich dennoch bemühen, Patienten besser zu versorgen; die zum Beispiel ihren Praxisbetrieb patientengerechter, „menschlicher“ organisieren. Vielen gelingt dies aber nicht. An den Zuständen in Krankenhaus und Praxis leiden darum beide, PatientenInnen und ÄrztInnen.

Dass die ÄrztInnen und das Pflegepersonal mit den Bedingungen ihrer Berufsausübung zufrieden sind, kann man zur Zeit wirklich nicht sagen. Vielerlei Beschwerden und Proteste dringen mehr als je zuvor in die Öffentlichkeit. Gemessen an ihren inhaltlichen und ethischen Anforderungen, an ihrer Verantwortung und schließlich auch an der langen und teuren Ausbildung hat eine Vielzahl von ÄrztInnen und Schwestern zu wenig Zeit, zu wenig Ruhe und nicht selten auch zu wenig Geld für eine sorgfältige, befriedigende Berufsausübung.

Man braucht nicht Medizin-kritische Veröffentlichungen sondern nur die Zeitungen oder Zeitschriften aus dem medizinischen Schrifttum selbst zu lesen, um eine Fülle von Mängeln, Versäumnissen oder auch grundsätzlichen Fehlentwicklungen in der Medizin angeprangert zu finden. Aber auch die Gegenreaktion, die ewige Litanei, dass das deutsche Gesundheitssystem eigentlich ein gutes sei, in dem der umfassendste „Leistungskatalog“ der Welt angeboten werde und die geringsten Zuzahlungen und Wartezeiten bestünden, finden wir dort. So eine Aussage nenne ich „Feigenblatt“. Schon der Begriff „Leistungskatalog“ sollte eigentlich zu denken geben.

Die dritte maßgebliche Personengruppe in der Medizin ist die der Standesvertreter. Sie haben eine auffällige Scheu, die möglicherweise „selbst gemachten“ Mängel des Medizinbetriebes zu beklagen und laufen Gefahr, sich allzu sehr auf die Abwehr von Veränderungsbestrebungen von außen zu konzentrieren – Motto: „Kämpferisch nach außen, solidarisch nach innen.“ Das klingt zwar gut, lenkt aber von den „innerbetrieblichen“ Mängeln ab. Genannt seien hier beispielhaft der Missbrauch des Abrechnungssystems oder der schlecht moderierte Verteilungskampf um die Mittel, die Verflüchtigung medizinisch-ethischer Gesichtspunkte aus dem ärztlichen Handeln, die Vernachlässigung des Arzt-Patienten-Kontaktes (der „sprechenden Medizin“) u.v.m. Werden Mängel dieser Art öffentlich, beeilen sich viele Standesvertreter, sie als Einzel- und Ausnahmeeignis zu interpretieren. Symptombeseitigung hieß dann die Devise eher als Ursachenforschung. Dass unser Gesundheitssystem eine Fülle von unhaltbaren Zuständen aus unserem Medizinbetrieb „sui generis“ hervor bringt, wird auf diese Weise verbrämt. Man wünschte sich

Standesvertreter, die ihren Informationsvorsprung und ihren Einfluss mehr als bisher in den Dienst der Aufklärung und Verbesserung dieser Verhältnisse stellten.

Einen weiteren Verbrämungsmechanismus von Missstände in der Medizin ermöglicht die Bürokratie. Die inzwischen ausufernde Regelungswut im deutschen Medizinsystem will den Eindruck erwecken, sie würde zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen. Das aber ist ein (vielleicht schamhaftes) Verstecken der wahren Folgen. Bürokratische Reglementierungen mögen unter manchen Aspekten notwendig sein, aber die medizinische Versorgung im alltäglichen Arzt-Patienten-Kontakt verbessern sie nicht. Ein Beispiel von mehreren sind die Schattenseiten der DMPs: die Verbesserung der Behandlung durch sie steht vielfach in Frage, weil vorrangig die Reglementierung der Behandlungswege und letztlich der Behandlungskosten angestrebt wird.

Was sich die Gesundheitspolitik bis in ihre kleinsten Selbstverwaltungsverästelungen sonst noch in den letzten Jahren alles ausgedacht hat, um den Medizinbetrieb angeblich planbarer, messbarer und insgesamt besser zu machen, findet keinen Widerhall. Die Patientenversorgung, so klagen viele ÄrztInnen, wird dadurch tatsächlich verschlechtert. Die Regelungswut bürokratischer Machtstrukturen macht den Medizinbetrieb immer schwergängiger. Während eine Reduzierung aller notwendiger Bürokratie auf eine überschaubare Konzentration in den Organen der Selbstverwaltung erforderlich wäre, bewirkte die weitere „Streuung“ medizinischer Administration, z.B. durch Erweiterung der Kassenzuständigkeiten, dass der ärztlichen Spielraum noch mehr eingeengt würde. Allerdings, die Bürokratie „von außen“ ist manchem Standesvertreter offenbar auch eine wohlfeile Deckung für die eigenen Leistungen auf diesem Gebiet. Alles in allem besteht eine Tendenz, die Bürokratie als „Feigenblatt“ der Mängel in der Medizin zu nutzen, indem nun alle sagen können, sie sei Schuld, dass zu wenig Zeit und Geld für die eigentlichen Aufgaben da sei.

Das Fortschreiten von wissenschaftlichen Erkenntnissen in der Medizin, vor allem in Technik, Biologie und Chemie, und ihre Propagierung verdecken, wie es um die hiesige Medizin wirklich steht. So segensreich dieser Fortschritt sein könnte, wenn man ihm im Medizinverständnis den richtigen Platz zuwies, so übergewichtig legt er sich in Wahrheit wie ein „Feigenblatt“ auf den eigentlich notwendigen Mittelpunkt der Medizin, der noch immer und überall als die Qualität des „Arzt-Patienten-Kontaktes“ bezeichnet wird. Oft ein Lippenbekenntnis. Gerade um den Arzt-Patienten-Kontakt steht es in Wahrheit schlecht, da nützen alle technischen und sonstigen Neuerungen überhaupt nichts.

In der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung (07.05.2006) stellt Santiago Ewig, Chefarzt am Evangelischen Krankenhaus in Herne, die inzwischen selten gestellte, einfache Frage: „Was ist ein guter Arzt?“

Die sachliche Kompetenz des Arztes, so heißt es dort, bestehe gerade in seinem Bewusstsein für die Schwächen der medizinischen Wissenschaft. Nur wenn der Arzt vor dem Hintergrund kritischer Selbstgewissheit in einem Bündnis mit dem Patienten die Verantwortung für die Folgen übernimmt, werde die ärztliche Intervention überhaupt erst legitimiert. Unter den heutigen Bedingungen von „Evidenz“, Bürokratisierung und Technisierung drohe das gesamte Wesen des ärztlichen Handelns in Vergessenheit zu geraten. Das Gewissen des Arztes verliere gegenüber allgemeinen Qualitätsstandards, Behandlungspfaden und einer zunehmenden Verrechtlichung stetig an Boden.

Ein wichtiger Verbrämungsfaktor für die Unzulänglichkeiten im

Gesundheitswesen ist auch die Spezialisierung. Am Beispiel der Psychosomatik: Sie war ursprünglich keineswegs als Spezialwissenschaft gedacht, sondern sollte ein fundamentaler Beitrag zu Haltung und Kenntnisstand sowie zum Krankheitsverständnis aller ÄrztInnen sein. Längst steht sie als Spezialmedizin für ganzheitliches Leib-Seele-Verständnis von Gesundheit und Krankheit am Rande. So geht es auch der Psychotherapie als Spezialfach für das Reden und den Kontakt mit Patienten ohne Zeitdruck. Kein Wunder, dass wir dafür bisweilen von anderen Fachärzten beneidet werden. Aber, verkürzt gesagt, andere Fachrichtungen haben zum verständnisvollen Kontakt mit Patienten (und schließlich auch mit sich selbst!) weder Zeit, noch Geld, noch sind sie dafür ausgebildet. Wo es eigentlich ein Kontinuum des Wissens und Verstehens von somatischen und psychosomatischen Erkrankungen bzw. „ganzheitlich“ Erkrankten geben sollte, klafft in Wahrheit ein tiefer Graben aus Unwissen, Vorurteilen, Abwertung u.a.

Die sich stetig (auch in der Gesamtgesellschaft) zuspitzende „Spezialisierung“ in der Medizin gaukelt uns vor, dass immer und überall für uns und unsere unterschiedlichsten Beschwerden und Probleme die passende Lösung bereit steht. Selbst das oft so hochgelobte Facharztsystem in Deutschland, die rasche und unmittelbare Erreichbarkeit jedes Facharztes durch jeden Patienten, scheint bei aller anerkannter Fortschrittlichkeit das Missverständnis zu vertiefen, dass die angemessene Behandlung mit der immer engeren Spezialisierung des Arztes auf ein Fachgebiet oder nur Organsystem am besten gewährleistet sei. Zugleich beinhaltet Spezialisierung aber auch Zuständigkeitsprüfung und Verweigerung. So können allgemeine ärztliche Haltungen und Zuwendungen, die Kranke immer brauchen, mit dem Hinweis auf fehlende Zuständigkeit verlernt und immer mehr vorenthalten werden.

Als weiteres Beispiel für Gefahren einer „Feigenblatt-Funktion“ sei die Tendenz genannt, mit dem Spezial-Fach „Psychoonkologie“ allein die psychischen Aspekte der manifesten Krebserkrankung abzudecken. Würde ausschließlich die Psychoonkologie für die Beziehung zum Patienten für zuständig erklärt und damit das Versagen eines teils der Onkologen bei der Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung verdeckt werden, so förderte sie die Gefahr von Einäugigkeit bei der Wahrnehmung wichtiger psychischer und sozialer Aspekte der Krebserkrankung. Wie engagiert der Psychoonkologe bei seiner nicht leichten Aufgabe auch wäre, der Onkologe, der empathisch einfühlende Fachmann, bleibt unersetzlich.

Das DÄ zitiert in einem Artikel über „Psychoonkologie“ folgendes Zitat von Irvin D. Yalom: „Warum können die Ärzte nicht erkennen, dass gerade der Augenblick, in dem sie sonst nichts mehr zu bieten haben, der Augenblick ist, in dem man sie am nötigsten hat?“ (DÄ 6.2006 Seite 322)

Dies zu erkennen, erscheint immer schwerer. Eine wirkmächtige „Strömung“, die sog. „Gesundheitsideologie“, fasst die oben beschriebenen Trends zusammen und nutzt sie aus. Sie will uns weiß machen, dass wir mit unserem Gesundheitsverhalten und –verständnis gerade auf einem guten und verheißungsvollen Weg sind. Danach kann und soll man unendlich viel für seine Gesundheit tun, aber ob man sich dann auch wirklich als gesund empfindet, was ja eigentlich das Entscheidende ist, bleibt unsicher.

Die neue Gesundheitsideologie, verbunden mit einer Markt-gesteuerten Gesundheitsindustrie, propagiert und praktiziert scheinbare Wege zu einer „leidensfreien Gesundheitsgesellschaft“, und gehört so zum bunten Laub von Feigenblättern auf der heutigen Medizin. In einem Artikel (DÄ Nr. 38, September 2002) zählt Klaus Dörner zahlreiche Tendenzen in unserer Gesellschaft auf, die dieser „Gesund-

heitsideologie“ (und den Erfordernissen des Marktes) gehorchen und damit die wahren Erfordernisse der Medizin verdecken: Erweiterung des Krankheitsbegriffes auf Befindlichkeitsstörungen (die dann „wegbehandelt“ werden), „Über-Behandlung“ leichter Fälle, „noch nicht Kranke“ als Folge von Gen-Tests, Tabuisierung oder Stigmatisierung von Behinderung, Alter, Sterben und Tod u.a.m. seien als Beispiele genannt. Auf die Zunahme von chronischen Erkrankungen würde immer mehr mit „Akutkranken-Schemata“ reagiert, obwohl es eigentlich „um die biografische Begleitung von beeinträchtigten Menschen“ gehe. DMPs seien dazu nicht die richtige Lösung sondern einzig „bezahlte Zeit“. Alle diese beschriebenen Trends, die angeblich Gesundheit fördern, treiben aber nach Dörner der Gesellschaft in Wahrheit die „Vitalität“ aus. Zur „Vitalität“ gehöre es eben, dass auch Konflikte, Mängel, Gebrechliches oder Unheilbares ausgehalten würden, integriert blieben und nicht versteckt und bemäntelt werden müssten. Gesundheit sei in diesem Sinne nicht machbar oder herstellbar, sie stelle sich allenfalls selbst her.

Die scheinbare Gesundheitsförderung nach den Maßstäben der „Gesundheitsideologie“ wirkt sich, so Dörner, um so zerstörerischer aus, je mehr sie der Vermarktung und dem Wettbewerb überlassen wird. Die unsichtbare Hand des Marktes rufe eine Kostenexplosion hervor, die man nunmehr durch Überbürokratisierung einzudämmen versuche. So befindet sich die heutige Medizin längst in einer „Doppelzange“ aus Markt und Bürokratie, während so getan wird, als hätten wir herrlich gesunden Zeiten entgegen.

Die oben beschriebenen „Feigenblätter“ auf der heutigen Medizin weisen gemeinsame Linien auf: Gesundheits- und Fortschrittsideologie, Spezialisierung wie auch Bürokratisierung und schließlich die „Verkünder“ all dieser medizinischen Wohltaten sind mit einander vernetzt und verwoben. Sie verdecken (oder erhöhen sogar) die Schwierigkeiten des medizinischen Alltags, den Kranken in den Mittelpunkt zu stellen und ein menschliches Maß bei oft notwendigen lebensbeeinflussenden Entscheidungen zu wahren oder zu finden. Dem müßte eigentlich aller medizinischer Fortschritt verpflichtet sein.

Tragisch scheint mir, dass viele ÄrztInnen, Schwester und Pfleger und PatientInnen unter dieser Entwicklung leiden und sich ihr entgegen zu stellen versuchen – einstweilen mit fraglichem Erfolg. Zu einseitig wird oft vorwiegend der „äußere Feind“, mithin die Gesundheitspolitik, als Ursache dafür ausgemacht, dass die medizinischen Berufe zu den „gefährdeten“ gehören – welch ein Widerspruch eigentlich.

RÜDIGER HAGELBERG

**Dr. phil. Christoph J. Schmidt-Lellek** ist Gestaltpsychotherapeut, Supervisor (DGSv) und Coach (DBVC). Seit 1982 freiberufliche Praxis für Psychotherapie, Paartherapie, Supervision und Coaching in Frankfurt a.M.; Lehrbeauftragter an der Ev. Fachhochschule Darmstadt; Mitherausgeber und Redakteur der Zeitschrift „Organisationsberatung, Supervision, Coaching“. Sein „Feigenblatt“, das er unter die Lupe nimmt, trägt den Namen „Kitsch“.

Wenn ich mich hier mit Kitsch in der Psychotherapie befasse, dann geht es mir nicht um Geschmacksfragen. Vielmehr versuche ich, Kitschphänomene als ein Symptom zu beschreiben, hinter dem sich ein verkürztes Menschenbild verbergen kann. Zunächst jedoch einige Hinweise, wie sich Kitsch im Hinblick auf Kunstgegenstände umreißen lässt. In einem gängigen Lexikon findet sich folgende Definition:

„Wertlose ‚Kunstware‘ (...), ein kunstfertig, doch ohne künstlerische Intention hergestellter Gegenstand (...), der ohne den Filter der



Christoph J. Schmidt-Lellek

*ästhetischen Distanz unmittelbar den sentimental Selbstgenuss anspricht.“ (Brockhaus/dtv-Lexikon 1997, Bd. 9, 321)*

Das Moment der Täuschung scheint mir zunächst einmal ein wesentlicher Aspekt zu sein: Ein Gegenstand oder ein Sachverhalt wird geschönt dargestellt: Zu ihm gehörende Aspekte, die ein harmonisches oder idealisiertes Bild von ihm stören würden, werden aus der Darstellung ausgeklammert. Dies ist bei Werbetexten oder –graphiken meistens offensichtlich – hier gibt es überhaupt nur glückliche, schöne, wohlhabende und meist jugendliche Menschen. Etwas komplizierter kann das Moment der Täuschung z.B. im Falle von Wissenschaftspublizistik sein: Ein Artikel über gesundheitsfördernde Maßnahmen in einer Illustrierten wirbt mit „wissenschaftlichen“ Argumenten für ein Vitaminpräparat oder für ein Anti-Aging-Mittel. Wenn dabei mögliche Gegenargumente ausgeklammert oder nicht ernst genommen werden, dann fehlt die kritische Distanz zum Objekt der Darstellung, welche aber einen grundlegenden Wert in der Wissenschaft ebenso wie in der Journalistik darstellt. Hier gibt es also eine wissenschaftlich erscheinende *Oberflächenstruktur*, der aber die *Tiefenstrukturen* genuin wissenschaftlicher Aussagen fehlen.

Um den Tiefenstrukturen, die ein Kunstwerk charakterisieren, näher zu kommen, beziehe ich mich auf eine Aussage von **Georg Picht**, wenn er zwischen „Widersprüchen“ in Aussagen über Phänomene und „Antinomien“ in den Phänomenen selbst unterscheidet:

*„Das Aufspüren von Antinomien und den durch sie erzeugten Spannungen ist eines der wichtigsten Verfahren bei der Erschließung künstlerischer Phänomene. Denn Kunstwerke sind so beschaffen, dass gerade die in ihnen auftretenden Antinomien ihre künstlerische Einheit und innere Konsistenz erst möglich machen. Weicht Kunst diesen Antinomien aus, so entsteht Kitsch. Deshalb zerstört man das Kunstwerk, wenn man Antinomien nur in der Form des Widerspruchs zu denken vermag.“ (Picht 1986, 38 f.)*

Und er führt weiter aus, dass diese Erkenntnis auch jenseits der Sphäre der Kunst eine große Bedeutung hat. Ein Beispiel sind die Versuche, sich umfassende und in sich geschlossene Denksysteme zu schaffen und sie dogmatisch abzusichern, wie etwa in der Philosophie oder in politischen Utopien. Alle Diktaturen sind Meister in der Produktion von Kitsch, wie man sich z.B. mit vielen „nicht entarteten“ Kunstwerken der Nazizeit oder des „sozialistischen Realismus“ im früheren Ostblock vor Augen führen kann (Adorno 1970, 520).

Ein weiterer Aspekt von Kitsch ist der Verlust oder die Verdünnung von etwas ursprünglich Authentischem. Kitsch ist dann ein sentimentaler Ersatz für fehlende authentische Gefühle und Erfahrungen – oder doch wenigstens eine nostalgische Erinnerung daran. Authentizität kann sich aber nicht auf bewährte Gestaltungsformen verlassen. Es ist das Missverständnis von jeglicher Art von Traditio-

nalismus bei den Nachfolgern einer Bewegung oder den Imitatoren einer Stilrichtung, etwas Ererbtes könnte eine Sicherheit bieten für eine authentische Existenzbewältigung und für deren authentischen Ausdruck. Eine authentische Aneignung von etwas Ererbtem bedeutet vielmehr immer eine *Transformation*, in der die eigene Existenz zum Ausdruck kommen kann.

### Kitsch-Phänomene in der Psychotherapie

Auf Grund der bisherigen Darlegungen lassen sich die folgenden Aspekte als Hinweise auf das Vorliegen von Kitsch benennen, die auch in der Übertragung auf den Kontext von Psychotherapie bedeutsam sein können:

- Fehlende Tiefenstruktur oder nur der Anschein von Tiefe,
- Vermeidung oder Nichtwahrnehmung von Antinomien bzw. von Ambivalenzen,
- Ausblendung des Schattens, des "Negativen",
- Ausblendung von Schuld und von Vergänglichkeit,
- ein harmonistisches Menschenbild,
- Flucht in die Idylle als Kindheitstraum vom Paradies,
- Ausspielen von Emotionalität und Intuition gegen Rationalität,
- illusorische Versprechungen von schmerzfreiem Glück, schnellen Erfolgen usw.,
- Anpassung an Klischees, Verlust der Authentizität,
- mangelnder Mut zum eigenen Stil, zur eigenen Gestaltung,
- Verlust der Lebendigkeit in der Reproduktion.

### Illusorische Erwartungen und Versprechungen

Das Streben nach Glück, Harmonie und Einklang mit sich und mit seinen Mitmenschen ist natürlich eines unserer tiefsten Antriebskräfte – aber nie vollkommen erfüllbar. Eben deswegen bleibt bei den meisten Menschen lebenslang eine Sehnsucht nach entsprechenden Befriedigungen erhalten, die sich dafür auch passende Aufhänger sucht.

Die *Illusion* einer *leidfreien Welt* wird heute durch vielfältige medizinische und psychotherapeutische Maßnahmen gefördert. Dies kann jedoch auf eine Gefühlsabstumpfung hinauslaufen, mit einer Verflachung des Lebens, Denkens und Fühlens, wenn die Bereitschaft und die Fähigkeit abnehmen, sich mit den spannungsreichen Antinomien menschlicher Existenz auseinanderzusetzen, wie z.B. mit schuldhaften Verstrickungen. Auch die Therapie-Kultur unterliegt der Versuchung, der Ideologie der Machbarkeit anzuhängen und sie zu reproduzieren. Das Ziel von Psychotherapie kann aber nicht sein, alle Probleme oder Konflikte gelöst zu haben, sondern zu lernen, mit ihnen eigenständig umzugehen.

### Die Zweideutigkeit der Bestätigung

Wenn man von dem Kitsch-Aspekt der *unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung* ausgeht, dann ist hier auf ein spezielles Problem in der Psychotherapie hinzuweisen, nämlich die *Spannung zwischen Befriedigung und Versagung* der Wünsche eines Klienten. So ist mit der Möglichkeit zu rechnen, dass eine unmittelbare Bedürfnisbefriedigung oder undifferenzierte Bestätigung des Patienten nur die "Oberflächenstruktur" der Persönlichkeit erreicht, oder in den Begriffen von *Winnicott* gesagt, dass sie sich auf das "falsche Selbst" bezieht und nur dieses bestärkt.

Nun sind aber viele Patienten in ihrer Persönlichkeit so tiefgehend verunsichert oder in ihrem Selbst verletzt, dass sie jegliches Proble-

matisieren und Hinterfragen als Ablehnung ihrer Person oder sogar als Vernichtung erleben. Wer aber keine oder zu wenig Befriedigung kennt, ist noch gar nicht in der Lage, Frustrationen und Vorenthaltungen von Befriedigung zu ertragen, und wird sich nur noch weiter "entwertet" und zurückgewiesen fühlen. Es muss erst eine hinreichende Basis von Akzeptanz und Wertschätzung der eigenen Person geschaffen werden, die die Voraussetzung für eine kritische Selbstreflexion bietet.

In anderen Worten, es geht um ein *prekäres Gleichgewicht* zwischen Befriedigung und Versagung. Einerseits kann kein Mensch ohne "Bestätigung" dessen, was er ist, leben. Jedoch kann die Bestätigung (gerade die psychotherapeutische) zum Klischee werden, zu einem unterschiedslosen Einerlei. So bleibt andererseits das Hinterfragen, das kritische Untersuchen des Vorfindlichen, das Leiden verursacht, notwendig.

### Kitsch und Narzissmus

Kitsch und Narzissmus miteinander in Verbindung zu bringen, liegt deshalb nahe, weil Menschen mit einem ausgeprägten narzisstischen Persönlichkeitsanteil dazu neigen, sich und ihre Leistungen in einem idealisierten Licht darzustellen. So präsentiert sich ein Therapeut vielleicht als vollkommen "uneigennützig", er sieht sich als Retter und Erlöser oder verkörpert überhöhte normative Ansprüche an sich und an Andere. Ein Narzisst will nur in seiner Schönheit, Überlegenheit, Grandiosität erkannt werden; die Not und die Beschädigung, die aber oft ein wesentlicher Antrieb für hervorragende Leistungen sind, müssen für Andere (und oft auch für ihn selbst) im Verborgenen bleiben, damit das kompensatorisch idealisierte Bild nicht getrübt wird. Ein solches Ausklammern von Brüchigkeit ist aber eine der Bedingungen für Kitsch. Wenn diese Dynamik in psychotherapeutischen Beziehungen nicht hinreichend reflektiert wird, kann sie außerdem zu einem narzisstischen Machtmissbrauch seitens der Therapeutenpersönlichkeit führen (vgl. *Schmidt-Lellek 2006, 338 ff.*).

### Das Klischee als Ausdruck von Entfremdung

Das Klischee lässt sich unter verschiedenen Aspekten beschreiben: (1) Als Ausdruck einer Routinisierung in Denken und Handeln, (2) als Ausdruck einer Standardisierung, einer vermeintlichen Objektivität, in der das Individuelle, Subjektive keinen Platz hat, (3) als Ausdruck einer Vermeidung von unabsehbaren, möglicherweise schmerzhaften Gefühlstiefen. Auch hier ist mit einem Wechselspiel zwischen Therapeut und Patient zu rechnen: Das Bedürfnis des Patienten nach leicht verdaulicher Kost kann den Therapeuten dazu animieren, dieses zu befriedigen. Ein gemeinsamer Nenner zwischen beiden mag die Angst vor der Unsicherheit in der Therapiesituation sein: Die "bewährte Metapher", die bekannte, oft reproduzierte Formulierung oder Vorstellung scheint den Beteiligten einen Rückhalt zu geben. Die leichte Plausibilität erlaubt es, eine kathartische Erschütterung zu vermeiden. Und dies wäre eine "Parodie von Katharsis" (*Adorno 1970, 355*).

Wenn das Ziel von Therapie nicht nur in der Überwindung von krankhaftem Leiden, sondern auch von individueller und kollektiver Entfremdung liegt, dann kann Therapie durch eine unkritische Reproduktion von Klischeevorstellungen und -handlungen jedoch zu weiterer Entfremdung bzw. zu einer Unterstützung des "falschen Selbst" beitragen: Sie bestärkt das Klischee von Individualität bzw. Subjektivität, Sentimentalität statt Gefühl, Anpassung an verbreitete Standards statt einer Wahrnehmung von authentischen Bedürfnissen – und zugleich einen Zwang zum "Glücklichsein": Traurig-



keit, Kummer, Verzweiflung erscheinen als eine Art moralischer Defekt, den man durch Therapie auszubügeln versäumt hat ("das hast du wohl in deiner Therapie noch nicht genügend durchgearbeitet"). Demgegenüber können Krankheitssymptome als "Störungen" des idyllischen Klischees geradezu die Valenz von authentischen Äußerungen gewinnen.

### Schlussfolgerung

In der psychotherapeutischen Situation lässt sich die Beurteilung eines Einzelphänomens als Kitsch oft nicht eindeutig fällen. Sie ist von den jeweiligen situativen und persönlichen Kontexten und vor allem von der Beziehung zwischen den Beteiligten abhängig. Grundsätzlich bleibt hier – ebenso wie zwischen Kunst und Kitsch – eine nicht auflösbare Spannung bestehen, denn Psychotherapie soll einerseits Bestehendes verstören und verändern und andererseits auch ankommen und Gefallen finden, denn sonst bleibt sie wirkungslos. Es geht also um eine Balance zwischen Tiefe und Oberfläche, zwischen Authentizität und Darstellung: Ohne Tiefe hat die Oberfläche keinen Gehalt, und ohne attraktive Oberfläche ist eine Tiefe nicht erreichbar.

DR. PHIL. CHRISTOPH J. SCHMIDT-LELLEK

### Zitierte Literatur

Adorno, Th.W. (1970): *Ästhetische Theorie*. Ges. Schriften, Bd.7 Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Picht, G. (1986): *Kunst und Mythos*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Schmidt-Lellek, C.J. (2006): *Ressourcen der helfenden Beziehung. Modelle dialogischer Praxis und ihre Deformationen*. Bergisch-Gladbach: Edition Humanistische Psychologie.

**Peter Fiedler ist Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Heidelberg. Sein Tätigkeitsbereich: Forschungsschwerpunkte und Fachpublikationen zur Ätiologie und Behandlung psychischer Störungen, insbes. Persönlichkeitsstörungen, Depression, dissoziative Störungen, posttraumatische Störungen und Paraphilien. Der folgende Text ist eine gekürzte Fassung seines Vortrags: *Klinische Psychologie und Psychotherapie 2000: Ein Blick zurück in die Zukunft* (Siehe dazu auch: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 32, 223–229).**

Die Berichte von Therapeuten, die ich in meinen Supervisionen betreue, decken sich zumeist mit meinen eigenen Beobachtungen. Was die letzten zehn Jahre angeht, bedeutet dies: Wir bekommen es offensichtlich mit zunehmend schwieriger werdenden Problemen unserer Patienten zu tun.

Viele dieser neuartigen Erschwernisse hängen vermutlich eng mit einigen Umbrüchen zusammen, die die Menschen in unserer Gesellschaft erfahren. Als Indikatoren dafür werden zum Beispiel radikale Veränderungen in der Arbeitswelt, hohe Arbeitslosenzahlen und anonyme Wohnverhältnisse genannt.

Es wird weiter auf die räumliche und soziale Mobilität und auf einen damit zusammenhängenden Verlust Identität stiftender sozialer Bindungen verwiesen. Nicht von ungefähr werden zunehmende Scheidungsraten und instabile Familienverhältnisse, Patchworkidentitäten und pluralisierte Lebensstile als wesentliche Bestimmungsstücke einer wachsenden Zahl psychischer Störungen diskutiert.

Die Frage, die sich Therapeuten völlig zu Recht und zunehmend häufiger stellen, ist: Kann man mit den herkömmlichen Psychotherapiestrategien auf die beschriebene Umbruchsituation noch angemessen reagieren?



Peter Fiedler

### Nur zum Beispiel:

Diagnostizierbar als Frau mit einer Somatisierungsstörung, 35 Jahre alt, die sich redlich um die Erziehung ihrer drei Kinder bemüht – eines noch im Kindergarten, zwei bereits in der Schule. Familienleben in einer Dreizimmerwohnung, und dem Therapeuten gegenüber verschweigt sie zunächst aus Scham, dass sie mit einem arbeitslosen Ehemann verheiratet ist, der zum Alkoholmissbrauch und gelegentlich zu Gewalttätigkeiten neigt. Diese Frau verdient das zwingend notwendige Geld mit Putzarbeiten – in der Zeit, wenn die Kinder in Kindergarten und Schule sind, um dann ab dem frühen Nachmittag zu Hause dafür zu sorgen, dass der Mann nicht mit dem Trinken beginnt, dass die älteren Kinder ihre Schularbeiten machen und dass die viel zu kleine Dachwohnung einigermaßen ordentlich bleibt.

Um zu überleben, darf diese Frau keinen Tag ausfallen. Sie geht sinnvoller Weise immer sofort zum Arzt, wenn der Körper auch nur ansatzweise Krankheitssymptome zeigt. Die Arztbesuche nehmen zu – schlicht, um gesund zu bleiben. Dass sich im Verlauf der Zeit eine Somatisierungsstörung entwickelt, nimmt nicht weiter Wunder.

Verhaltenstherapeutisch lassen sich die somatoformen Schmerzen gut mit Hilfe sogenannter „Teufelskreismodelle“ und als „Interozeptionsstörung“ aufklären. Es sind wechselnde Schmerzen, die durch eine übersensible Beachtung körperliche Prozesse angeregt und verstärkt werden. Nur ja nicht krank werden, man braucht das Geld, also muss der Körper funktionieren!

Versuche der (angesichts marginaler organischer Befunde) misstrauisch werdenden Ärzte, diese Frau davon zu überzeugen, dass sie zukünftig nicht mehr so hypochondrisch und ängstlich auf körperliche Auffälligkeiten achten sollte, fruchten nicht. Sie erlebt subjektiv Schmerzen. Und sie versteht nicht, warum die Ärzte nichts finden. Die Ärzte ihrerseits tippen zunehmend auf Hysterie und überweisen die Frau an einen Psychotherapeuten. Dieser diagnostiziert eine Somatisierungsstörung. Er schlägt eine Verhaltenstherapie vor und erklärt das Vorgehen: Verschiedene Formen der „Exterozeption“, also: Aufmerksamkeitsneulenkung – weg von den Schmerzen – wolle er mit ihr einüben.

Die Frau sagt, das mit der Ablenkung habe sie schon versucht. Es funktioniere nicht.

Es entwickelt sich ein Misstrauen in die verhaltenstherapeutische Kunst. Schließlich kommt es zu artikulierten Widerständen, sich auf immer neue Motivierungsversuche des Therapeuten einzulassen. Auch der Verhaltenstherapeut beginnt an der Patientin zu zweifeln. Und auch er sieht sich in der Versuchung, angesichts der für ihn offensichtlich Compliance-Probleme seine Diagnose zu erweitern: neben Somatisierung jetzt in Richtung Persönlichkeitsstörung. Da er zu-

nächst nicht ganz sicher ist, erklärt er sich die klagende Präsentation körperlicher Beschwerden etwas vorsichtiger mit histrionischen Persönlichkeitszügen. Die Frau fühlt sich elend und krank und von den Ärzten und Therapeuten im Stich gelassen, denn zu Hause fehlt das Geld für Essen und Kleidung – und für den Alkohol, den der immer noch verschwiegene arbeitslose Ehemann einfordert.

### Psychotherapie und Psychotherapie-Mythen

Die Probleme, um die es jetzt geht, hängen eng mit dem geschilderten Fall zusammen, der von einem Kollegen in eine Supervisionsgruppe eingebracht wurde. Es war unverkennbar, dass die geschilderte Somatisierungsstörung der Frau entscheidend durch subjektive Krankheitsängste bestimmt wurde. Es war auch nicht weiter schwierig zu erkennen, dass diese Ängste eng und unverbrüchlich mit ihren existenziellen Lebenslagenproblemen verknüpft sind. Diese Sicht der Dinge teilten übrigens sowohl die Frau wie die behandelnden Ärzte und Therapeuten.

Den Genannten fiel es jedoch schwer, auch folgende Zusammenhänge klar zu erkennen. Zwischen der Furcht wegen der eigenen existenziellen Situation, der Furcht, „es nicht zu schaffen“, der Furcht vor dem Verlust der eigenen gesellschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit einerseits und der Furcht vor Krankheit, vor Invalidität und noch weiter gedacht, auch vor dem Tod andererseits bestehen graduelle, oft nur minimale Unterschiede. Und genau wegen dieser Minimalunterschiede kam es auf Seiten der bisherigen Therapeuten zu einem gravierenden, vor allem durch die Diagnose bedingten Fehlschluss: In selektiver Aufmerksamkeit auf die zu behandelnde Somatisierung verhaftet suchten sowohl die Frau wie die bisherigen Behandler in der Furcht vor Krankheit – also in der Somatisierung bzw. der Hypochondrie – die Gründe für eine existenzielle Unsicherheit und Angst.

Dabei erscheint in diesem Fall genau die umgekehrte Sicht viel plausibler. Alle Beteiligten übersehen, was sich mit Blick auf die o.g. gesellschaftlich bedingten Unsicherheiten und Existenzängste ergibt – nämlich, dass nicht die somatoforme Störung zu existenziellen Ängsten führt, sondern dass sie, die Somatisierung, Ausdruck und Folge einer Existenzangst ist und damit – noch weiter ausgeholt – gleichzeitig Ausdruck eines von kollektiver Unsicherheit geprägten „Erlebten“. Müsste dann – konsequent verhaltenstherapeutisch weiter gedacht – nicht auch das, was sich uns als Somatisierungsstörung darstellt, in der Behandlung selbst selektiv aufmerksam (also therapeutisch angeregt) auf soziale Kontexte oder gar auf politische Faktoren zurückgebunden werden? Oder liege ich da falsch?

Genau an dieser Stelle kam es nun in der Supervisionsgruppe, über deren Diskussion ich jetzt weiter nachdenken möchte, zu größeren Unsicherheiten. Als nämlich der Supervisor fragte, ob der Therapeut schon einmal daran gedacht habe, die Frau vor Ort zu Hause zu besuchen, um sich ein direktes Bild von den tatsächlichen Existenz- und Lebensbedingungen in der kleinen Dachwohnung zu verschaffen, artikulierten sich in der Gruppe spontan einige hochgradig bemerkenswerte Fragen.

Erste Frage: Ja, wird der Hausbesuch noch von der Krankenkasse bezahlt?

Zweite Frage: Ist denn das noch Psychotherapie?

Dritte Frage: Dringen wir damit nicht zu sehr in die Privatsphäre der Betroffenen ein?

Einmal abgesehen davon, dass letzte Frage einem Hausarzt niemals gestellt würde, drängen sich angesichts dieser Spontanreaktionen eine Reihe von interessanten Merkwürdigkeiten auf. Es handelt sich dabei um zumeist unausgesprochene Mythen über das, was Psy-

chotherapeuten offensichtlich unter Psychotherapie verstehen. Hier jetzt einige vorsichtige Versuche einer differenzierten Bestimmung dieser heimlich wirkenden Mythologie:

Erstens beinhaltet dieser hier gemeinte Mythos die grundlegende Hoffnung vieler Psychotherapeuten auf „das vielleicht doch noch irgendwo versteckte Vorhandensein einer Selbstbehandlungskompetenz der Patienten“, oder auch das grundlegende oder häufig sogar konzeptionell geforderte Vertrauen von Therapeuten auf das „Selbstregulativ-Gute“ – der Glaube an einen Patienten also, der ansonsten nur mehr einen geschult-geduldigen, neuen Sinn setzenden und vor allem empathischen Therapeuten als Zuhörer bräuchte, und der dann irgendwann im Verlauf der Behandlung ganz von selbst sämtliche notwendig werdenden Änderungen in seinem Leben vornimmt.

Zweitens gibt es den Anteil dieses Psychotherapie-Mythos vom guten Therapeuten, der sein Geschäft nur in einem sicher abgeschirmten Therapieraum – möglichst ungestört von äußeren Einflüssen – mit dem Patienten allein und weit entfernt von der Wirklichkeit absolviert. Wird ein Therapeut jedoch – der ja selbst im Stundenrhythmus arbeiten muss, um zu überleben – angesichts zunehmender Probleme den Therapieraum verlassen, um im Lebensumfeld der Patienten die bis dahin präsentierte Wirklichkeitsauffassung zu validieren?

Drittens: Auf die Frage, was die wichtigsten Wirkfaktoren eine Psychotherapie seien, antworten die meisten Therapeuten, die „therapeutische Beziehung“, und sie meinen damit eine Reflexion und Behandlung der Beziehungsdynamik zwischen dem Patienten und dem Therapeuten.

Es wird nun häufig und damit jedoch fälschlicher Weise so getan, als impliziere dieser Forschungsbefund, dass die Therapeut-Patient-Beziehung selbst zwingend Gegenstand der therapeutischen Analyse und Bearbeitung sein müsse. Das jedoch stimmt nicht. Um dies zu verdeutlichen, gestatten Sie mir einen etwas pointierten Vergleich: Zu einem bestimmten Zahnarzt gehe ich selbst auch nur, wenn die Beziehung stimmt. Stimmt sie nicht, erwarte ich nicht, dass der Zahnarzt an der Beziehung zu mir arbeitet. Ich gehe schlicht nicht wieder hin und suche mir einen Zahnarzt, bei dem die Beziehung stimmt, und das heißt übersetzt: wenn ich seiner Kunst vertraue. Und genau das, und zwar nur das steckt hinter dem empirischen Befund, dass eine gute Therapiebeziehung bessere Erfolge zeitigt. Dies verdeutlichen auch Befragungen von Patienten, die Therapien von sich aus frühzeitig abbrechen: Über 90 Prozent von befragten sog. Drop-Out-Patienten geben an, dass sie der Kunst und Fachkompetenz ihrer Psychotherapeuten misstrauten (vgl. u.a. Fiedler, 2003). Therapeuten mögen dies gelegentlich durchaus anders sehen: Der Kern einer guten Therapiebeziehung ist das Vertrauen eines Patienten in die Kunst seines Therapeuten – nicht mehr, aber auch nicht weniger!

### Konfliktmanagement und Netzwerkintervention: Beratung und Supervision von Patienten

Die Supervisionsgruppe, von der ich gerade berichte, war schon sehr weit vorangekommen. Langsam näherten wir uns offensichtlich dem Kern aller Unsicherheiten. Eine Frage stand nämlich vorrangig unausgesprochen im Raum: Warum gibt es so viel Widerstände auf unserer Seite, also auf Seiten der Therapeuten, die Lebensumstände und nicht nur den Patienten oder seine persönliche Gestörtheit zum Gegenstand therapeutischer Interventionen zu machen?

Der neue Anteil des heimlichen Therapiemythos, um den es jetzt

in der Supervisionsgruppe zunehmend ging, wurde schließlich von einer Teilnehmerin mit folgender Frage an den behandelnden Therapeuten ganz vorsichtig auf den Punkt gebracht.

„Wenn es die Lebensumstände sind, die für die Somatisierung verantwortlich zeichnen, und nicht nur die Hypochondrie der Frau: Warum wirst Du bei Deiner Patientin nicht schlicht zum Sozialarbeiter und Netzwerkberater: Sachliche Lebensberatung und vielleicht sogar Supervision der Patientin zur Klärung und Auflösung ihrer alltäglichen Krisen und Probleme?!“

Die Gegenfrage eines Kollegen kam unverzüglich:

„Ja, ist das dann noch Therapie?“

Da war sie schon wieder diese Frage nach dem Sinn und Zweck psychotherapeutischen Handelns.

Ja, warum ist sachliche, lebenspraktische Beratung und Supervision von Patienten eigentlich keine Therapie?

Psychosoziale Beratung, Supervision und psychosoziales Konfliktmanagement zählen übrigens außerhalb der Psychotherapie zu den effektivsten und gelegentlich bestbezahlten Interventionsformen. Psychotherapeuten selbst nehmen neben der Psychotherapie-Supervision (sic!) regelmäßig professionelle Berater bzw. Supervisoren der unterschiedlichsten Art in Anspruch: Anwälte bei juristischen Probleme, Architekten beim Hausbau, Mediatoren bei Scheidungsfragen, Pädagogen in der Laufbahnberatung, Steuerberater bei Finanzierungsproblemen usw.

Psychotherapeuten sollten fachkundige Beratung von Patienten oder Netzwerkintervention nicht anderen Professionen überlassen! Professionelle Patientenberatung, Patientenschulung oder Patientensupervision sind für viele Probleme, die Menschen in der Gegenwartsgesellschaft haben, hochgradig interessante „Therapieansätze“. Patienten-Supervision ist ein wertvoller Therapieansatz für Menschen, die nicht sich selbst, sondern andere Menschen ändern möchten – oder aber auch, wie in unserem Fallbeispiel, Lebensumstände ändern müssen, unter denen sie leiden.

Therapeuten sind gut beraten, ihre Patienten darin zu unterstützen, aktiv Veränderungen in ihrem Alltagsbeziehungen vorzunehmen. Dass Patienten in einer solchen Patientensupervision von ihren Therapeuten ausschließlich Strategien vermittelt bekommen, die ethisch verantwortbar sind, ist selbstverständlich.

Psychotherapeuten könnten übrigens aus langjährig erprobten und gut evaluierten Konzepten unterschiedlicher Professionen im Beratungssektor für die Arbeit mit Patienten viel Gewinn ziehen (Fiedler, 2005; Hörmann & Nestmann, 1986; Nestmann, 1997; Amann & Wipplinger, 1998). Beratungsstunden für Patienten zwecks Konfliktmanagement könnten z.B. gelegentlich nur jeweils zwanzig oder dreißig Minuten dauern. Und manchmal, wenn es besonders dringlich ist, müssten zwei oder gar drei Beratungsstunden in Folge eingeplant werden. Das heißt: Krisen- und Konfliktberatung erfordert mehr Flexibilität. Dass 45 Minuten als idealer Zeittakt für eine Psychotherapiesitzung zu gelten habe, ist seit Freud selten kritisch hinterfragt worden. Warum eigentlich nicht?

Und genau an dieser Stelle kam jetzt schon wieder jemand in der Supervisionsgruppe mit der Frage: „Ja, wird das dann noch von der Krankenkasse bezahlt?“

Auch darauf gibt es nur eine einzige Antwort. Wenn Psychotherapie in herkömmlicher Form Grenzen hat und alternative Strategien wirkungsvoller, ökonomischer und damit effektiver sind als diejenigen, die in den Psychotherapierichtlinien der Kassen festgeschrieben wurden, dann gilt es zwingend, diese besseren Formen so schnell wie möglich zu etablieren und politisch durchzusetzen. Mit der verhaltenstherapeutischen Expositionstherapie bei Ängsten und Phobien,

die gelegentlich mehrere Zeitstunden erfordert, sind entsprechende Änderungen schon erfolgreich vorbereitet worden.

### Schluss-Bemerkung

Die Beratungs-Perspektive in der Psychotherapie bedeutet übrigens kein eklektisches Handeln, sondern sie erfordert ein inhaltlich gut begründetes therapeutisches Vorgehen (Fiedler, 2007). Zusammenfassend ergibt sich jedoch eine – zwar nur kleine, dennoch hochbedeutungsvolle – Akzentverschiebung. Um es etwas pointiert auszudrücken: Beratung eröffnet völlig neue Gestaltungsspielräume. Sie erfordert nämlich und ermöglicht zugleich die aktive Partizipation des Therapeuten an der Neugestaltung von Lebenslagen. In einer psychotherapeutischen Beratung wird sich sogar, wie immer schon von uns gewünscht, das Machtgefälle verschieben, weg vom kompetenten Behandler persönlicher Probleme hin zum Solidarpartner des Patienten, nämlich im gemeinsamen Kampf gegen widrige Lebensumstände.

Gelegentlich ist es dann auch gar nicht mehr weit bis hin zum Bild eines Therapeuten, der als kompetenter und fachkundiger Anwalt des Patienten im Rahmen einer gemeinsamen sozialen Aktion auftritt – eine Therapeutenrolle übrigens, die Psychologen in anderen Beratungs-Kontexten schon längst und ohne schlechtes Gewissen als Handlungsmodell gewählt haben: bei der Scheidungsmediation – oder – in Frauenhäusern – oder – zur Unterstützung von Menschen, die als Arbeitnehmer in Betrieben gemobbt oder geboost werden.

PROF. DR. PETER FIEDLER

### Literatur

- Amann, G. & Wipplinger, R. (Hrsg.). (1998). Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Fiedler, P. (2003). Kritik (nicht nur) der Verhaltenstherapie aus der Sicht eines Verhaltenstherapeuten. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 7, 258 – 271.
- Fiedler, P. (2005). Verhaltenstherapie in Gruppen. *Psychologische Psychotherapie in der Praxis* (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fiedler, P. (2007). Verhaltenstherapeutische Beratung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. Aufl.; Bd. 1; im Druck). Heidelberg: Springer.
- Hörmann, G. & Nestmann, F. (Hrsg.). (1986). *Handbuch der psychosozialen Intervention*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Nestmann, F. (Hrsg.). (1997). *Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis*. Tübingen: dgvt-Verlag.

**Thomas Bartsch ist approbierter Mediziner, war in psychosomatischen Fachkliniken tätig. Nach der Ausbildung zum ärztlichen Psychotherapeuten arbeitet er seit 10 Jahren in eigener Praxis mit tiefenpsychologisch fundierter Richtung in Walsrode. Außerdem ist er Verfasser mehrerer Lyrikbände. Mit lyrischen Bildern arbeitet er auch in der Therapie, stößt aber häufig auf Verständigungsschwierigkeiten. Sein „Feigenblatt“:**

Mir gegenüber saß in der 5. Einzelsitzung ein narzisstisch verehrter, oft entweder von Größenphantasien irreführter oder unter Leere- und Sinnlosigkeitsgefühlen leidender 25-jähriger Patient. Er klagte vor allem über in Zeiten äußerer Ruhe wiederkehrende Suizidgedanken, mangelnde Impulskontrolle und Alkoholabusus an Wochenenden.

Er habe festgestellt, mit Konflikten jeglicher Art schwerlich adäquat umgehen zu können und auf Frustrationen mit Wutgeheul oder einem gekränkten Rückzug in sein „Schneckenhaus“ zu reagieren. In einem behutsam einleitenden, sachlich ausführenden Gespräch über die Entwicklung und Notwendigkeit von Frustrationstoleranz gab ich ihm ein Gedicht von Josef Hasl („Atemspur“, *Bläschke Verlag Darmstadt, 1978, S. 63*):

### ZUSPRUCH

Häng  
dein Honigherz  
in den Wind  
damit es  
das Eisige

frühzeitig  
verspürt  
damit es  
nicht fällt  
beim ersten  
Ansturm der Trauer.

Der Patient, der mir insgesamt als geistig recht flexibel erschien, reagierte erst verunsichert und sagte dann nach einigem Zögern: „Ich versteh das Gedicht so: Man muss offen sein.“

Als ich ihn freundlich fragte, ob er noch mehr mit diesen Versen verbinden könne, sah ich gleichsam eine leere Sprechblase über seinem Kopf.

Eine Patientin fragte ich bei der Anamneseerhebung, ob ihr Vater früher zu Jähzorn geneigt hätte. Sie sah mich etwas verlegen an und gab errötend zu, die Bedeutung von „Jähzorn“ nicht zu wissen, dieses Wort noch nie gehört zu haben.

In den letzten Jahren meiner Tätigkeit als ärztlicher Psychotherapeut in eigener Praxis fiel und fällt mir wiederholt und gehäuft auf, dass gerade jüngere Erwachsene – und zwar weitgehend unabhängig von Herkunft und Schulabschluss – kaum lesen, unvollständige Sätze sprechen und zum Teil Wörter nicht kennen, die nach meinem Verständnis zum alltäglichen Sprachgebrauch gehören. Mir geht es bei diesen Betrachtungen nicht allein um die Entwicklung unserer „Muttersprache“; sicherlich ist es bedauerlich und Ausdruck eines bedrohlichen Prozesses, wenn bedeutende Autoren – wie beispielsweise Hermann Hesse und Max Frisch – bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen weitgehend unbekannt sind. Es macht mich auch geradezu traurig, wenn ich in Buchhandlungen mit meiner Frage nach Lyrikbänden auf Erstaunen stoße und allenfalls auf Anthologien hingewiesen werde. Mich stimmt es nachdenklich, dass Bücher immer weniger in Buchhandlungen, sondern via Internet erworben werden – also ohne persönliche Beratung oder taktilen Kontakt mit einem Buch.

Auf die sogenannte „Rechtschreibreform“, die zum Teil bislang falsches Deutsch willkürlich als korrekte Schriftsprache definiert und einen chirurgischen Eingriff einem natürlichen Wandel vorzieht, will ich aus Platzgründen an dieser Stelle nicht näher eingehen.

Was mich wirklich bedrückt, sind nicht allein der augenfällige und unüberhörbare Zerfall der Sprache und dessen Manifestation in einem direktiven neuen Regelwerk, sondern noch mehr die in diesem Prozess zum Ausdruck gelangende Vergröberung, Verflachung, Fragmentierung und Auflösung des Denkens. Wenn ich dieses Phänomen zu begreifen und diagnostisch einzugrenzen versuche, reichen mir nicht psychiatrische Konstrukte und Erklärungsmodelle für Denkstörungen. Hier geht es überdies nicht nur um pathologische Einzelercheinungen, die jeweils primär vor dem Hintergrund einer individuellen Entwicklung und Lebensgeschichte zu verstehen seien. Es handelt sich um ein soziokulturell verursachtes und determiniertes Syndrom mehrschichtiger Ätiologie: Ausdünnung der Nahkommunikation, fortschreitende Dominanz technischer Medien, Reduktion des Zwecks kommunikativen Austauschs auf Eckdaten-Informationen, Reizüberflutung in einer konsumgesteuerten Spaßgesellschaft, Machbarkeitswahn und Optimierungsideologie des Ökonomismus, konsekutive emotionale und moralisch-ethische Verarmung, nachgerade zwangsläufiger Werte- und Orientierungsverlust.

Anstrengung gilt vielfach als überflüssig und lästig, muss nach dem Prinzip „Lustgewinn“ und „Unlustvermeidung“ als Übel erscheinen. Dazu gehört eben auch emotional-kognitive, introspektive und abstrahierende Anstrengung: das Bemühen um ein sinnstiftendes Erfassen komplexer und mehrdimensionaler Zusammenhänge.

Die genannten Faktoren und Symptome, die in einem zirkulären Auflösungsprozeß wechselseitiger Bedingtheit zugleich als Ursachen wirken und sich schier endlos ergänzen bzw. erweitern ließen, können durchaus auf eine individuelle Pathogenese und Erscheinungsform einer narzisstischen Persönlichkeitsorganisation oder eines Borderline-Syndroms bezogen werden. Sicher – darin sind wir Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten geübt. So haben wir es gelernt: die Störung des jeweiligen Individuums im Zusammenhang mit seiner ureigenen Biographie und Psychogenese zu analysieren und einen entsprechenden Therapieplan zu entwickeln. Gilt es doch richtliniengemäß die Reaktivierung eines Kernkonflikts durch ein pathogenes Aktualgeschehen respektive das symptom- und verhaltensverstärkende Bedingungsgefüge eines spezifischen Umfelds zu erschließen und zu skizzieren, damit z.B. ein Antrag auf Langzeittherapie nach Möglichkeit genehmigt wird.

Was mich jedoch tiefgreifend bewegt, ist die durch inzwischen langjährige Berufserfahrung reifende und sich verdichtende Erkenntnis, dass das sogenannte „falsche Selbst“ das gefeierte Leitmotiv einer narzisstisch kompensierenden und zunehmend desorientierten Gesellschaft! geworden ist.

Ich vermisse einen interdisziplinären Dialog zu diesem Thema. Gerade aus Sicht der Psychotherapie-Forschung und –Literatur könnte ein lebendiger und mahnender Beitrag zu einer breit angelegten politischen Diskussion geleistet werden. Wo sind diese Beiträge?

Warum wird offenkundig der integrierende Zugang zu systemisch-soziokulturellen Betrachtungen angesichts eines eklatanten, kollektiv sich abzeichnenden Sprach-, Identitäts- und Werteschwunds weitgehend vermieden? Handelt es sich hinsichtlich einer fortschreitenden Spezifikation einer nach wie vor nahezu ausschließlich am Einzelmenschen orientierten psychotherapeutischen Diagnostik, Nosologie, Terminologie und Literatur nicht auch um eine Regression in ein Nischendasein, das durch immer mehr Objektivierungszwang legitimiert werden soll? War nicht Sigmund Freud, unser „Urvater“, auch ein Kulturkritiker? Ist es angemessen, den Begriff der Umwelt auf die Mutter-Kind-Dyade und Interaktionen in der Ursprungsfamilie zu reduzieren? Steht in der Psychotherapie ein Paradigmenwechsel an? Müssen multimodale Ansätze und Elemente pragmatischer Beratungstechniken ihren Niederschlag in modifizierten Richtlinien finden?

Ich halte es für wichtig, einen Beitrag zu leisten, Diskussionen anzuregen, wachrüttelnde und provokante Fragen zu stellen, das Entstehen für Werte und die Würde des Individuums im soziokulturellen und mithin politischen Kontext nicht etwa als Moralismus abzuwerten. Bedeutet es nicht Immoralismus, nicht Flagge zu zeigen, nicht einen holistischen Ansatz, der ursprünglich das Menschenbild der Psychotherapie geprägt hat, vehement zu verteidigen und nicht gegen einen offenkundigen Rückfall in funktional-mechanistisches Kategorisieren und „Objektivieren“ aufzubegehren?

**Wenn man der Zeit  
lange nicht ins Gesicht sieht  
wird ihr Gesicht  
das Gesicht  
in das man nicht sieht**

*Erich Fried, „Warngedichte“, Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1992, S. 108*

DR. MED. THOMAS BARTSCH

# INTERVIEW

**Prof. Dr. Peter Riedesser** ist Direktor für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Uniklinik Hamburg-Eppendorf. Er habilitierte über »Psychische Gefährdungen und Erkrankungen von Kindern ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland«. Seine Arbeitsschwerpunkte sind u.a.: Psychosomatische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters, psychische Traumatisierung durch Krieg und Verfolgung. Seit 1984 engagiert er sich in der IPPNW ( Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. ) Ortwin Löwa sprach mit ihm über die Motive zu dieser Erweiterung seiner Therapeutenrolle.



*Dr. Peter Riedesser*

**Sie äußern sich als Therapeut auch gesellschaftspolitisch. Was hat Sie dazu motiviert?**

Ursprünglich habe ich mit dem Studium der Philosophie und klassischen Philologie begonnen. Nach der Lektüre von Albert Schweitzer beschloss ich, Medizin zu studieren, um meiner Verantwortung für die Menschen in der Dritten Welt gerechter zu werden. Insofern war für mich das Thema „Globalisierung“ schon seit Jahrzehnten überfällig, und es zieht sich ein roter Faden vom damaligen Aufbau der studentischen „Aktion Dritte Welt“ bis hin zu den gegenwärtigen kinderpsychiatrisch/psychotherapeutischen Engagement in Südosteuropa, in Middle East und im südlichen Afrika. Wer sich im Bereich der Dritten Welt engagiert, stößt unmittelbar auf die schreienden Ungerechtigkeiten, z. B. im Welt-handelsystem. Aber es gibt noch eine andere Motivation: Wer sich mit der inneren Welt von Kindern und Jugendlichen und deren Familien befasst, also mit der intrapsychischen und familiären Systemebene, ist damit auch täglich mit den anderen Systemebenen konfrontiert, welche in die familiären Beziehungen und damit auch in die psychosozialen Entwicklungsbedingungen der Kinder und Jugendlichen hineinwirken – entweder förderlich oder schädigend. Dies nicht zu sehen, erfordert ein hohes Ausmaß an Seelen- und Gesellschaftsblindheit.

**Ein Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die Trauma Forschung. Weisen traumatische Erfahrungen und daraus resultierende posttraumatische Störungen in besonderem Masse auf gesellschaftliche Konflikte hin?**

Ein afrikanisches Sprichwort lautet: „Wenn die Elefanten streiten, werden die Blumen zertrampelt“. Wenn man nun schaut, auf welche Art und Weise „Elefanten“ Kinder und Jugendliche traumatisieren, gibt es viele Beispiele auf mehreren Systemebenen: Von den zahlreichen Kriegen, Bürgerkriegen, Terroranschlägen, über die alltägliche „strukturelle Belastung“ in den extremen Armutsgebieten weltweit (z. B. Slums in der Dritten Welt) hin zu aktuellen und strukturellen Gewaltkonstellationen (z. B. in Slums in den USA mit extrem hohem Gewaltpotenzial) bis zu den Gewaltpotenzialen, die in Deutschland durch missglückte Integration von jugendlichen Migranten und die Zusammenballung von „Problemfamilien“ (Alkoholismus, Arbeitslosigkeit, etc.) in vielen Bereichen unserer Gesellschaft (besonders in Ballungsgebieten) entstanden sind.

**Wie kommt es, dass traumatisch bedingte Erkrankungen, aber auch Depressionen u.a. psychische Leiden in der Vergangenheit ohne ihren sozialen Hintergrund gesehen wurden?**

Es gab über Jahrhunderte eine „Trauma-Blindheit“, weil durch die vorherrschenden psychologisch-psychiatrischen Theorien keine Sensibilität für traumatische Konstellationen erzeugt wurde. Eine solche „Trauma-Blindheit“ führte dazu, dass man auch in der Kinderheilkunde lange Zeit eher an eine Knochenkrankheit bei Kleinkindern dachte als an die Möglichkeit, dass das Phänomen der Kindesmisshandlung soweit verbreitet war. Im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie glaubte man z. B. im 1. Weltkrieg eher an eine neurologische Schädigung durch Granatexplosionen als an eine psychische Traumatisierung der Soldaten, deren Todesangst mit dem damaligen Heldenmythos nicht kompatibel war. Schließlich fehlten für den Zusammenhang zwischen den gesellschaftlichen Bedingungen und individuellen psychischen Erkrankungen hinreichend komplexe Modelle, welche den ätiologischen Zusammenhang evident machen konnten. Die Formel „Die Gesellschaft macht krank“ war als solche unzureichend und zunehmend zu einer trivialen, ideologischen Leerformel verkommen. Diese Gefahr ist immer noch nicht vollständig gebannt.

**Die Rolle des Psychotherapeuten scheint sich zu wandeln. Z.B. sollen Therapeuten in Netzwerken unterschiedlicher Disziplinen zusammenarbeiten. Dann ( Peter Fiedler ) wird sogar vorgeschlagen, der Psychotherapeut solle auch als Lebensberater tätig sein. Wie sehen Sie diese Rollenzuweisungen und was ist Ihre eigene Position?**

Die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut braucht mindestens 2 Eigenschaften: einmal eine „Tiefenkompetenz“ in der Bearbeitung von Mustern des Denkens, Fühlens und Verhaltens, die we-

sentlich in der Kindheit entstanden sind und zum Teil so dysfunktional wurden, dass sie zu gravierenden Symptomen geworden sind, ferner sollte er als weitere Kompetenz die Fähigkeit haben, mit anderen psychosozialen Berufsgruppen (z. B. Sozialarbeiter, Lehrer, andere Ärzte, etc.) zusammenzuarbeiten. Je nach Arbeitsort oder Fall bezogen müssen diese Kompetenzen besonders ausgebildet und realisiert werden. Als Lebensberater würde ich den Therapeuten nicht sehen, sondern als jemanden, der diejenigen dysfunktionalen Muster (im Patienten, in der Familie) zu überwinden hilft, damit die Entwicklung des Kindes/Jugendlichen/der Familie aus eigener Kraft weitergehen kann. Wenn jemand Lebens- und Berufsberatung braucht und für Entscheidungsfindungen alle relevanten Aspekte zusammenbringen möchte, soweit sie bewusst sind, könnten sie sich einen kompetenten Coach nehmen; für solche Fragen habe ich übrigens auch persönlich einen Coach, mit dem ich alle wichtigen strategischen und organisatorischen Fragen bespreche. Dies zahlt jedoch – zu Recht – nicht die Krankenkasse.

**Der öffentliche Auftritt von Psychotherapeuten vollzieht sich in vielen z.T. zerstrittenen Verbänden und Schulen. Ist diese Zersplitterung angesichts der heutigen gesellschaftlichen Herausforderungen noch hilfreich?**

Das Phänomen, das aus einem vor allem für Patienten nicht mehr überschaubarem Feld von verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und Verbänden besteht, muss bedauert werden, lässt sich aber kurzfristig nicht ändern. Es ist zu hoffen, dass erhöhte Anforderungen an Qualität und den empirisch gewonnenen Nachweis von Wirksamkeit die Spreu vom Weizen trennen werden. Außerdem befinden sich die wichtigsten therapeutischen Schulen (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, systemtheoretisch begründete Verfahren, etc.) in einem ständigen Prozess der Weiterentwicklung. Ich habe die begründete Hoffnung, dass sie zum einen in vielem konvergieren und andererseits, dass es in Zukunft nur noch wenige, empirisch hinreichend abgesicherte Verfahren geben wird, die dann nicht mehr grundsätzlich antagonistisch agieren müssen, sondern pragmatisch sich verschiedene Indikationsgebiete aufteilen. Schon jetzt habe ich kein Problem damit, manche Patienten (z. B. mit schweren Zwangsstörungen) zum Verhaltenstherapeuten zu überweisen. Andere Patienten behandle ich primär medikamentös (z. B. Zustand in einer akuten Psychose), während ich den Großteil meiner kindlichen und jugendlichen Patienten vor dem Hintergrund eines psychodynamischen, tiefenanalytisch orientierten Krankheitskonzeptes therapiere. Ich differenziere auch hier zwischen Einzeltherapie, wo ich an den inneren Repräsentanten arbeite, und der Familientherapie, wo ich auch systemische Konzepte benutze. Diesen Zustand des Pluralismus müssen wir noch lange ertragen, und ich würde ihn nicht nur negativ sehen, sondern auch positiv, weil jede Monokultur die kreative Weiterentwicklung von therapeutischen Konzepten gefährden kann. Im Zweifelsfall also lieber etwas pluralistisch-chaotisch als monokulturell eingengt. Bezüglich der Notwendigkeit, den heutigen gesellschaftlichen Herausforderungen zu begegnen, besteht kein grundsätzlicher Unterschied zwischen verschiedenen Schulen; es gibt im Gegenteil schon hinreichend viele gemeinsame Positionen und Brückenkonzepte, die zu gemeinsamen Positionen in der Öffentlichkeit führen können, z. B. was den Schutz der Frühbeziehungen von Kindern betrifft, die Notwendigkeit einer verbesserten Beziehungskultur auf allen Ebenen, den international notwendigen Ausbau einer Kultur des Friedens, etc.

## Gegendarstellung

Im vvp-magazin Ausgabe 1/2006 behauptet Rüdiger Hagelberg auf S. 20 unter der Überschrift „Blicke über den Tellerrand“ über die Hakomi-Methode, sie habe sich als „Non plus Ultra“ verkauft und es würden dabei Sonden „gelegt“, die etwa Deutungen entsprächen, um mit ihnen hinter die Abwehr der Klienten/innen zu kommen. Außerdem behauptet er, dass der Begründer der Methode, Ron Kurtz, sich mit einer der Klientinnen unabstinent verbunden habe und dann in die USA entschwunden sei.

Diese Behauptungen sind nicht richtig.

Richtig ist vielmehr, dass

1. die Hakomi-Methode sich von Anfang an im Zusammenhang eines ganzen Feldes von humanistischen Therapieformen und systemischen Denkansätzen gesehen hat und explizit gegen Ausschließlichkeitsansprüche angetreten ist.
2. Sonden einfache Aussagen sind, die dazu dienen, die Abwehr gezielt hervorzurufen, um sie dann mit der KlientIn zusammen im direkten Erleben zu untersuchen.
3. Ron Kurtz sich mit keiner Klientin unabstinent verbunden hat, sondern sich allen Klientinnen gegenüber immer abstinent verhalten hat. Richtig ist auch, dass Ron Kurtz nicht in die USA „entschwunden“ ist, sondern schon immer in den USA lebt. Von seinem Wohnort in Oregon aus hat er in den letzten 25 Jahren regelmäßig Deutschland besucht und Veranstaltungen geleitet, zuletzt im Sommer des Jahres 2005.

Im selben Magazin behaupten Rüdiger Hagelberg, Ortwin Löwa und Ursula Neumann in einem Glossar über die Hakomi-Methode auf S. 23: mit Hilfe von Sonden, die die Autoren als empathische verbale Zuwendung beschreiben, solle ein direkter Zugang zu Kraftquellen erreicht werden. Weiter behaupten sie, die Technik des „Abnehmens“ bedeute, dass die TherapeutIn einen Widerstand, der während der Sitzung auftaucht (zum Beispiel Angst oder Schmerz) abnimmt. Ausdrückliches Ziel von Hakomi sei es, mit einer Reihe von Techniken hinter die Abwehr zu kommen, und nicht, an und mit ihr zu arbeiten. Trotz starker Betonung des empathischen Kontaktes zwischen Klientin und Therapeutin als „Wirkungsfeld“ des Verfahrens würden Übertragungsphänomene wenig beachtet. Diese Aussagen sind nicht richtig.

Richtig ist vielmehr, dass

1. Sonden keine empathische verbale Zuwendung sind, sondern Aussagen im Rahmen eines klar mit der KlientIn abgesprochenen Experiments, die die Untersuchung der Selbstorganisation im gegenwärtigen Erleben unterstützen.
2. Sonden keinen Zugang zu Kraftquellen öffnen sollen, sondern explizit die Abwehr vorsichtig hervorrufen sollen, um sie genauer zu untersuchen und mit ihr zu arbeiten.
3. mit der Technik des Abnehmens keine Gefühle abgenommen werden können und auch nicht sollen. Im Gegenteil zielt auch diese Technik darauf, Gefühle genauer wahrzunehmen und untersuchen zu können.
4. es nicht ausdrückliches Ziel von Hakomi ist, hinter die Abwehr zu kommen. Vielmehr dienen die meisten Techniken genau dazu, die Abwehr als solche wahrzunehmen, sie wertzuschätzen als Teil einer Bewältigungsstrategie und die darauf aufgebaute Selbstorganisation zu untersuchen, bevor gegebenenfalls neue Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten entwickelt und erprobt werden können
5. Übertragungsphänomene im Rahmen der Frage der therapeu-

tischen Beziehung innerhalb der Hakomi-Fortbildung ausführlich thematisiert und studiert werden.

6. die gesamte Zusammenfassung grob verfälschend ist, da wesentliche Grundlagen und Elemente der Hakomi-Methode wie z.B. das Konzept der Achtsamkeit oder das systemisch-ökologische Verständnis der Selbst-Organisation, überhaupt nicht erwähnt werden.

MARION KUHLMANN

GESCHÄFTSFÜHRERIN HAKOMI INSTITUTE OF EUROPE

### Dazu erklären wir:

Die Redaktion hat mit Interesse die informativen Ausführungen des Hakomi-Institutes zu ihrem Verfahren gelesen. Die Aussagen im Heft 1/06 bleiben davon unberührt. Dass wir grob falsch und gar in verleumderischer Absicht dargestellt haben, weisen wir entschieden zurück. Die Darstellung beruht auf persönlich Erlebtem und aktuellen Recherchen im Internet. Dieser Lektüre konnten wir kein tiefenpsychologisches Selbstverständnis nach unseren Maßstäben entnehmen. Wenn sich inzwischen in der Hakomi-Therapie ein innerer Verständniswandel vollzogen hat, so begrüßt die Redaktion diese Weiterentwicklung des Verfahrens.

## Leserbrief Karlheinz Bayer zur Umfrage unter Ärzten Hamburgs über Integration

Ich bin enttäuscht. Das Magazin las sich streckenweise eher wie eine Abhandlung über die offenbar doch unüberwindbaren Hindernisse und die Unterschiede zweier Berufsgruppen, die sich lediglich ein Honorar teilen müssen. „Integration“ heißt, dass man unter einer Decke steckt. Eigentlich ein schöner Gedanke, der aber gar nicht zu Formulierungen wie „Einbindung der Psychotherapie“ oder gar „Übergang von somatischer zu psychosomatischer Behandlung“ passt. In Anführungszeichen gesetzt wird das noch schlimmer: entweder ist dieser Übergang nicht wirklich ein Übergang, oder was? Zumindest ist kein fließender Übergang gemeint.

Ärzte sind nie reine Somatiker. Stattdessen gehören auch wir zur sprechenden und zuhörenden Therapeutengruppe. Ein Großteil unserer Arbeit wird immer geprägt sein von Themenfeldern wie Anamnese und Exploration, ein weiterer von Erklärung, Aufklärung und Beratung, der dritte schließlich ist Intervention, Beistand, verbale Interaktion. Und diesen Teil der Therapie haben wir, entgegen einem ewigen Vorurteil der Psychologen, sehr wohl gelernt. Allerdings nicht in der Ausführlichkeit eines kompletten Psychologiestudiums.

Allgemeinärzte, ich bin Allgemeinmediziner, wissen von allem etwas. Wir kennen uns mit der Psychotherapie so gut aus, dass wir zumindest einen pathologischen Befund erkennen, meist auch, dass wir die Grenzen unserer eigenen Fähigkeiten abschätzen können. Folglich liegt hier kein „Übergang von einer somatischen zu einer psychosomatischen“ Therapie vor, sondern es war von Anfang an eine Psychotherapie, zu der wir ab einem Zeitpunkt x eine Spezialistin, einen Spezialisten zuziehen.

Das bedeutet, es besteht nicht nur ein Bedarf an qualifizierter

Psychotherapie sondern auch ein Bedarf an zusätzlicher psychotherapeutischer Laienbildung bei uns – den Schnitt, hier Soma und dort Psyche kann es nicht geben. So wenig das Uneinsichtige und Gegner der Psychosomatik in der ambulanten Medizin haben wollen, wir gehören zusammen.

Das Prinzip des Legens in die Hände weiterer Therapeuten ist das Prinzip hausärztlicher Medizin schlechthin. Es ist eine faire und gleichberechtigte Arbeitsteilung mit Fachärzten, weswegen ich mich ungern als Facharzt für Allgemeinmedizin und zehnmals lieber als Hausarzt bezeichne. Psychologen sind in meinen Augen Fachärzte. Und wenn sich die psychologischen Psychotherapeuten ihr Honorar aus dem Facharzttopf holen, müssen sie sich diese Gleichstellung auch gefallen lassen. Aus diesem Grund stimme ich Herrn Hagelberg auch nicht zu, wenn er zitiert, psychologische KollegInnen würden wegen ihrer Nichtärztlichkeit abgelehnt werden. Ich habe den Eindruck, es geht mehr um das Zusammenraufen zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten als um die Integration der Psychotherapie in die ambulante Medizin.

Lou Reed sang vor zwanzig Jahren sein Lied vom „walk on the wild side“. Ja, wir stehen durchaus momentan noch auf zwei Seiten, eine wilder als die andere. Aber ich möchte pendeln und neue Ufer kennen lernen – meinetwegen könnt Ihr das auch Integrieren nennen.

KARL-HEINZ BAYER

*Leserbriefe geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe gekürzt zu veröffentlichen.*

### Fortbildung Psychotherapie 2006

- **Psychotherapeutische Zusatzausbildungen**  
*Hypnose, Autogenes Training, Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, Psychodynamische Psychotherapie*
- **aktuelle Themen- und Methodenseminare**  
*Trauma, Essstörungen, Raucherentwöhnung, Depression Rechtsfragen, Tests, Kuzzeittherapie, Psychodrama usw.*
- **Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität**  
*Diagnostik, Therapie, Elternarbeit, Soz. Kompetenz*
- **Supervisions-Ausbildung (DGSv)**
- **Therapie von Kindern und Jugendlichen**  
*Hör-/Sprachentwicklung, ADHS, LRS-Störung, AT, Kinderhypnose, Verhaltensstörungen, Emot. Störungen*
- **Führungstraining, Kommunikation**  
*Rhetorik, Präsentation, Verhandlungsführung, Mitarbeiterführung, Konfliktmanagement*
- **Weiterbildung Psychotherapie (Blockform)**  
*Facharzt Ausbildung, Zusatzbezeichnung Psychosomatische Grundkompetenz*

Universität Tübingen



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



# DIENSTLEISTUNGEN

## Zusatzversicherungen zur gesetzlichen Krankenversicherung

Die Finanznöte der gesetzlichen Krankenversicherungen führten in den zurückliegenden Jahren immer wieder zu Leistungskürzungen und zur Ausweitung von Selbstbeteiligungen. Angesichts dieser Entwicklung hat die Ergänzung des Versicherungsschutzes durch Zusatzversicherungen deutlich an Bedeutung gewonnen. Wir möchten Ihnen im Folgenden einen Überblick über die möglichen Zusatzversicherungen geben.

### Ambulante Zusatzversicherungen

Hierbei handelt es sich um Ergänzungspakete unterschiedlichen Umfangs, manchmal auch in Kombination mit Zahnersatzleistungen. Typischerweise enthalten sie Kostenerstattungen u.a. für Brillen und Kontaktlinsen sowie für Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker und eine Auslandsreiseversicherung. Achtung! Die Obergrenzen für solche Erstattungen können sehr unterschiedlich sein. Eine z. B. fünfzigjährige Frau sollte bei einer leistungsstarken Versicherung ohne Zahnleistungen mit einem Beitrag von ca. 15 € monatlich rechnen, ein gleichaltriger Mann mit ca. 12 €. Die Bedeutung dieser Versicherung ist als nicht allzu hoch einzustufen. Und die (oftmals wichtige) Auslandsreiseversicherung kann für deutlich weniger Beitrag auch separat abgeschlossen werden.

### Zahnzusatzversicherungen

Nachgefragter sind die Zahnzusatzversicherungen, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bei Zahnersatz in der Regel auf ein Gesamterstattungs-niveau von 80 – 85 % anheben. Positiv ist es, wenn Zusatzversicherungen Ihre Gesamterstattung um den Gesundheitsbonus, den man bei der gesetzlichen Krankenversicherung durch regelmäßige Zahnarztbesuche erwerben kann, noch erhöhen. Die Erstattungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung ist besonders groß bei Inlays, bei hochwertigem Zahnersatz und bei den Implantaten. Deswegen sollten Sie darauf achten, dass Ihr Zusatztarif diese Leistungen enthält. Eine z. B. fünfzigjährige Frau muss bei einer leistungsstarken Zahnzusatzversicherung mit einem monatlichen Beitrag von ca. 26 € rechnen, ein fünfzigjähriger Mann mit ca. 21 €.

### Krankenhaus-Zusatzversicherungen

In diesem Bereich dürfte der Marsch in Richtung Zwei-Klassen-Medizin am heikelsten sein. Und so ist einer Krankenhaus-Zusatzversicherung sicherlich die größte Bedeutung zuzusprechen. Dabei ist die damit verbundene Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer eher ein Nebeneffekt. Wichtiger ist die privatärztliche Behandlung bzw. die damit verbundene freie Arztwahl. Zu achten ist darauf, dass auch die Ein-



Hartmut Scheele

gangs- und Entlassungsuntersuchungen Gegenstand der Erstattung sind. Bei einer – unseres Erachtens ausreichenden – Unterbringung im Zweibettzimmer zahlen Frauen im Alter von z. B. fünfzig Jahren einen Beitrag von ca. 44 € monatlich, Männer ca. 41 €.

### Pflegeversicherungen

Die gesetzliche Pflegeversicherung soll – der Idee nach – die Hälfte der möglichen Pflegekosten übernehmen; die andere Hälfte soll durch die Altersversorgung aufgebracht werden. Es kann jedoch viele Gründe geben, die dieses Kalkül durchkreuzen können, z. B. eine dafür nicht ausreichende Altersversorgung, höhere Kosten für ein gutes Pflegeheim oder eine ausbleibende inflatorische Anpassung der Pflegeversicherung.

Von den verschiedenen Formen der Pflege-Zusatzversicherung sollten möglichst solche gewählt werden, die über die Möglichkeit einer Beitrags- und Leistungsdynamik einen Inflationsschutz bieten. Empfehlenswert ist ein dynamisierbares Pflege-Tagegeld. Eine maximale Rente bei Pflegestufe III in Höhe von z. B. 1000 € monatlich kostet hierbei für eine fünfzigjährige Frau monatlich ca. 126 €, für einen fünfzigjährigen Mann 89 €.

Interessant für die bereits Älteren (mögliches Eintrittsalter bis max. 70) ist auch ein Sonderkonzept, welches ohne Gesundheitsüberprüfung abschließbar ist und das nach einer mindestens zwölfjährigen Wartezeit Ihnen die freie Wahl zwischen der Weiterführung als Pflegerentenversicherung, dem Bezug einer Altersrente oder einer einmaligen Auszahlung bietet. Die Beitragszahlung kann monatlich, aber auch einmalig erfolgen. So kostet z. B. bei einer Einmalzahlung eine Pflegerentenoption auf 1000 € Monatsrente mit einer Wartezeit bis zum 65. Lebensjahr eine heute fünfzigjährige Frau einen einmaligen Betrag von 11.166 €; ein gleichaltriger Mann zahlt nur 7.864 €.

Zusatzversicherungen vermitteln mittlerweile auch die gesetzlichen Krankenversicherungen, die sich jeweils eine private Versicherungsgesellschaft als Kooperationspartner gesucht haben und einen kleinen Rabatt auf deren Beiträge bieten. Doch sind diese Angebote hinsichtlich ihres Preis-/Leistungs-Verhältnisses nicht automatisch die erste Wahl, zumal Sie bei einem Wechsel der gesetzlichen Krankenversicherung den Rabatt in aller Regel wieder verlieren. Sie sollten also ihre Entscheidung unabhängig treffen.

HARTMUT SCHEELE, AVB-TEAM

Angebotswünsche können Sie gern richten an bvvp-Dienstleistungen, c/o Manfred Falke (Tel.-Nr. 04182 / 21703, Fax-Nr.: 04182 / 22927; E-Mail: falke@bvvp.de).



---

# ADRESSEN DER REGIONALVERBÄNDE

## BVVP Bayern

Sekretariat Karin Sehrer  
Nußbaumstr. 4  
80336 München  
Tel: 089 41768601 / Fax: 089 41768602  
e-mail: info@bvvp-bayern.de

## BVVP Berlin

Michael Grunert, Frank Horzetzky  
Heinrich-Roller-Straße 20  
10405 Berlin  
Tel: 030-44051561 / Fax: 030 44047111  
e-mail: M-Grun@t-online.de  
e-mail: Horzetzky@t-online.de

## BVVP Brandenburg

Hans Kerber  
Dessauer Str. 12 14943 Luckenwalde  
Tel: 03371-622426 / Fax: 03371 622427

## bvvp Hamburg

Geschäftsstelle Beate Glüsing  
Klapperhof 2  
21033 Hamburg  
Tel: 040-72692778 / Fax: 040 72692778  
e-mail: bvvp-Hamburg@bvvp.de

## VHVP Hessen

Meinhard Korte  
Gluckstr. 10  
63452 Hanau  
Tel: 06181-982186 / Fax: 06181 982187  
e-mail: vhvp@bvvp.de

## LV Mecklenburg-Vorpommern

Christiane Kirchner  
Knieperdamm 7  
18435 Stralsund  
Tel: 03831-304940 / Fax: 03831 304051  
e-mail: info@kirchner.uhlenhaus.de

## bvvp Niedersachsen

Jörg Merholz  
Bombergallee 1  
31812 Bad Pyrmont  
Tel: 05281-151172 / Fax: 05281 151171  
e-mail: merholz@bvvp-nds.de

## VVPN Nordbaden

Michael Knoke  
Sekretariat Frau Pfeifer  
Otto-Beck-Str. 12  
68165 Mannheim  
Tel: 0621-26183 / Fax: 0621 1222590  
e-mail: vvpn-bureau@online.de

## RVN Nordrhein

Büroservice Elke Schumacher  
Charles-Wimar-Str. 57  
53125 Bonn  
Tel: 0228-9180244 / Fax: 0228 9180245  
e-mail: rvn.buero@arcor.de

## VVPNW Nordwürttemberg

Helga Ströhle  
Blücherstr. 10  
89547 Gerstetten  
Tel: 07323-5695 / Fax: 07323 3691  
e-mail: vvpnw@bvvp.de

## bvvp Rheinland-Pfalz

Jörg Ebert  
Am Sportfeld 6  
55124 Mainz  
Tel: 06131-943191  
Fax: 0721 151575924  
e-mail: dr.joerg.ebert@online.de

## VVPS Saarland

Rita Marzell  
Neugrabenweg 18  
66123 Saarbrücken  
Tel: 0681-3904580 / Fax: 0681 93815307  
e-mail: ritamarzellsaar@t-online.de

## bvvp Sachsen

Sabine Schmitt-Drees  
Zum Weißiger Kirchsteig 12  
01454 Ullersdorf  
Tel: 03528-410016 / Fax: 03528 410016  
e-mail: S.Schmitt-Drees@12move.de

## BVP Schleswig-Holstein

Ulla Schüffelgen-Daus  
Hohelandstr. 58  
23564 Lübeck  
Tel: 0451-581424 / Fax: 0451 7060778  
e-mail: U.Schueffelgen-Daus@gmx.com

## vvps Südbaden

Geschäftsstelle Frau Stickel  
Schwimmbadstr. 22  
79100 Freiburg  
Tel: 0761-7072153 / Fax: 0761 7072163  
e-mail: vvps@bvvp.de

## bvvp Baden-Württemberg

(Arbeitsgemeinschaft der 4 bvvp-Landesverbände Nordbaden, Südbaden, Nordwürttemberg, Südwürttemberg)  
Geschäftsstelle Frau Stickel  
Schwimmbadstr. 22 79100 Freiburg  
Tel: 0761-70438749 / Fax: 0761 7072407  
e-mail: bvvp-bw@bvvp.de

## VVPSW Südwürttemberg

Geschäftsstelle Elisabeth Bosch  
Blücherstr. 10 89547 Gerstetten  
Tel: 07323 96160 / Fax: 07323 3691  
e-mail: vvpsw@bvvp.de

## AGVP Westfalen-Lippe

Büro Annegret Floer  
Sellen 59 48565 Burgsteinfurt  
Tel: 02551-82522 / Fax: 02551 4954  
e-mail: JA.Floer@t-online.de

Martin Kremser

Bruchstr.34 32756 Detmold  
Tel: 05231-32220 / Fax: 05231 31033  
e-mail: martin.kremser@freenet.de



## FÜR UNS GELESEN

### JUNKER, HELMUT Beziehungsweisen

In dem faktenreichen, lesenswerten Buch, einer Geschichte der therapeutischen Beziehung von Freud bis zu den neuesten Entwicklungen in den USA, beschreibt der Autor, wie sich die Auffassung zur Arzt-Patienten-Beziehung in der Analyse seit Freud gewandelt und erweitert hat: Von der Technik-Vorstellung „Material gegen Deutung“ und dem Analytiker als „Chirurg“ und „Archäologe“, über ihre Fortentwicklung durch „große“ Analytiker nach Freud wie Ferenczy, Balint oder Kernberg (um nur einige zu nennen), bis zu der gegenwärtigen Auffassung vieler von einer analytischen Haltung, in der die „Echtheit“ der Situation und Beziehung eine – zwar definierte und deshalb nicht beliebige – nunmehr „untechnische“ Subjekt-Subjekt-Beziehung erfordere. Auch die (reflektierte) Lebenswirklichkeit des Analytikers gehöre zum analytischen Prozess, der damit zu „einem wechselseitigen Hin- und Herreichen psychischer Gaben, die sich, idealiter, in die psychische Substanz des Patienten verwandelten“, werde.

Welches aber ist die „richtige“ analytische Haltung? Junker gibt in einer dichten Zusammenfassung wider, dass die Analyse eine Entwicklungsgeschichte von großem Ideenreichtum aber auch spannungsreichen Auseinandersetzungen und Entzweigungen aufweist. Orthodoxe „Freudianer“ halten an der frühen Auffassung und der Sorge, die analytische Idee könne verwässert werden, fest. Junker sieht diese Diskrepanz und schlägt – gewissermaßen der Not gehorchend und nicht ohne den skeptischen Blick auf die realen Bedingungen z.B. der Analyseausbildung heute – eine Lösung vor, die man erleichtert und wie eine Erlaubnis zur Kenntnis nimmt: der heutige Analytiker müsse alle Haltungen kennen und anwenden können, je nachdem, wie die Störung und der Patient es erforderten. Da allerdings sei nachgefragt: Kann der Analytiker seine Haltung trotz seiner manifesten biografischen und charakterlichen Prägung in dieser Weise variieren? Also mal Winnicott, mal Balint oder gar Freud „sein“, je nachdem?

RÜDIGER HAGELBERG

Helmut Junker (2005): *Beziehungsweisen*. edition diskord, Tübingen, ISBN 3-89295-759-2 19 Euro

### PETER RIEDESSER/AXEL VERDERBER Maschinengewehre hinter der Front

Die traumatische Belastungsstörung gehört heute zu den anerkannten Krankheitsbildern, etwa wenn es sich um Kinder und Jugendliche handelt, die weltweit unter Kriegsfolgen zu leiden haben. In zwei Weltkriegen allerdings haben es deutsche Militärpsychiatern vermocht, derartige seelische Schädigungen nicht nur zu leugnen, sondern die bedauernswerten Opfer als gemeingefährliche Psychopathen mit angeborener Charakterschwäche abzustempeln. Grund war das massenhafte Auftreten von sog. „Kriegsneurosen“ im „Ersten Weltkrieg, am bekanntesten der Schütteltremor. Um zu verhindern, dass sich die Betroffenen in großer Zahl dem Fronteinsatz entzogen, bzw. nach dem Krieg eine Rente beanspruchen konnten, wurde die eigentliche Ursache, das Trommelfeuer der „Materialschlachten“ wegdiagnostiziert und die Soldaten als willensschwache, genetisch minderwertige Drückeberger klassifiziert. Freilich galt dies nur für Mannschaftsdienstgrade, Offizieren wurde nervöse Erschöpfung zu gute gehalten und Badeurlaub verordnet.

Diente im Ersten Weltkrieg die Militärpsychiatrie dazu, die Kranken in den Kampf zurück zu treiben, so verschärfte Hitler den Umgang dadurch, dass seelische Ausfälle nun als Straftatbestand galten und damit dem mörderischen Treiben der Kriegsgerichte ausgeliefert waren.

Nach dem Krieg setzte keinesfalls ein Umdenken ein. Im Gegenteil, Mittäter wie der Hamburger Prof. Bürger-Prinz kamen wieder zu Ehren, allgemein blieb die Militärpsychiatrie der Bundeswehr bis in die achtziger bei den alten Thesen. Erst unter dem Druck der Friedensbewegung kam es zu einem Sinneswandel, den jedoch der Hamburger Traumaforscher Peter Riedesser (Siehe das Interview in diesem Heft) jederzeit unter anderen Bedingungen für gefährdet hält.

ORTWIN LÖWA

Peter Riedesser/Axel Verderber *Maschinengewehre hinter der Front*. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie. Mabuse Verlag, 248 S., ISBN 3-935964-52-8, 24 Euro

### THOMAS BARTSCH Der Stein des Sisyphos

Der Mythos von Sisyphos gilt als Gleichnis für die Vergeblichkeit menschlichen Strebens, ja für die Absurdität menschlicher Existenz.

Der analytische Psychotherapeut Thomas Bartsch gewinnt der antiken Figur in seiner sozialkritisch-tiefenpsychologischen Abhandlung „Der Stein des Sisyphos“ grundlegend positive Seiten ab. Das Wälzen des Steins wird gedeutet als Umgang mit einer Lebenskrise. Die permanente Anstrengung, den Stein zu stemmen, bedeutet, diese Krise ernst zu nehmen und in dauernder Auseinandersetzung aus ihr zu lernen.

Wie kommt die Psychotherapie dabei ins Spiel? Als Antwort auf eine generelle gesellschaftliche Fehlorientierung, die sich in individuellen Störungen wieder findet. Unser abendländischer Kulturkreis, so Bartsch, ist geprägt von einem übersteigerten Individualismus, verbunden mit einem sinnentleerten, irreführenden Glücksstreben.

Die Folgen sind eine verzerrte Wahrnehmung der inneren und äußeren Realität und eine selektive Wahrnehmung, um das verzerrte Weltbild aufrecht zu erhalten. Die persönliche Leitlinie heißt, ich muss perfekt sein, meine Mitmenschen müssen mich toll finden, auch die ganze Welt soll mich schätzen und es mir leicht machen.

Dieses übersteigerte Selbstwertgefühl wird sich im Falle von Enttäuschungen zutiefst gekränkt fühlen und Frustrationen abzuwehren, um die Allmachtsphantasien aufrecht zu erhalten. Sisyphos weist einen anderen Weg: Er verzichtet auf den Gipfelruhm, akzeptiert die Vergeblichkeit seines Tuns und schickt sich in das Unabänderliche.

Nimm die Krise als Chance, deine Grenzen zu erkennen und sich der Begrenztheit zu fügen. Der therapeutische Dialog ist dabei Unterstützung, auch er ohne die Erwartung von „Höhenflügen“.

Die scharfsinnige Arbeit ist angereichert mit Gedichten, die dem komplexen Text eine ausdrucksstarke Farbe hinzu fügen.

ORTWIN LÖWA

Thomas Bartsch: *Der Stein des Sisyphos*. Bestellung an: Edition Astrup, Kirchboitzen 72, 29664 Walsrode, 16 Euro

# NEUERSCHEINUNGEN UND BÜCHER ZUM SCHWERPUNKT

## Argument

OSTERKAMP, U.: **Erfahrung – Interesse – Utopie. Subjektivität: natürliche Grundlagen – gesellschaftliche Strukturen – soziale Beziehungen. Kritische Psychologie in Entwicklung und Vernetzung.** (Forum Kritische Psychologie Bd 50). ISBN: 3886197883. 13.00 €

## Asanger

ANDREATTA, M.: **Die Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses durch Traumata.** Auswirkungen von primärer und sekundärer Traumataexposition auf kognitive Schemata. ISBN: 3893344586. 29.00 €

HEHL, F.: **FamilienSchach.** Ein therapeutisches Spiel im Lebensspiel. ISBN: 3893344535. 29.50 €

ISERMANN, T.; SCHMOLL, D.: **Selbstermutigung.** Sinnliche Impulse durch Kunst und Literatur. Zehn Essays. ISBN: 3893344616. 34.50 €

SCHAAF, H.: **Psychotherapie bei Schwindelerkrankungen.** ISBN: 3893344578. 19.50 €

STRAUMANN, U.; ZIMMERMANN-LOTZ, C.: **Persönlichkeitszentriertes Coaching und Supervision – ein interdisziplinärer Balanceakt.** ISBN: 3893344551. 29.50 €

## Beltz

BIERMANN, B.: **Engel haben keinen Hunger.** Katrin L.: Die Geschichte einer Magersucht. ISBN: 3407857721. 17.90 €

GERLINGHOFF, M.; BACKMUND, H.: **Essstörungen.** Fachwissen – Krankheitserleben – Therapie. ISBN: 3407228937. 14.90 €

KUNTZ, H.: **Der rote Faden in der Sucht.** Neue Ansätze in Theorie und Praxis. (Beltz Taschenbuch 174). ISBN: 3407221746. 16.90 €

## Carl-Auer

PRIOR, M.: **Beratung und Therapie optimal vorbereiten.** Informationen und Interventionen vor dem ersten Gespräch. ISBN: 389670530X. 14.95 €

SCHNEIDER, J.: **Das Familienstellen.** Grundlagen und Vorgehensweisen. ISBN: 3896704710. 21.95 €

SIMON, F.: **Einführung in Systemtherapie und Konstruktivismus.** ISBN: 3896705474. 12.95 €

STIERLIN, H.: **Gerechtigkeit in nahen Beziehungen.** Systemisch-therapeutische Perspektiven. ISBN: 3896705016. 14.95 €

WELTER-ENDERLIN, R.: **Wie aus Familiengeschichten Zukunft entsteht.** ISBN: 3896705172. 19.95 €

## dgvt-Verlag

BECK, N.; CÁSAR, S.; LEONHARDT, B.: **Training sozialer Fertigkeiten mit Kindern im Alter von 8 bis 12 Jahren.** TSF (8 – 12). Elternhandbuch. (Kilu – Psychologie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter 6). ISBN: 387159900X. 3.00 €

FIEGEL, S.; KÄMMERER, A.: **Psychotherapeutische Schätze.** 101 bewährte Übungen und Methoden für die Praxis. ISBN: 3871590614. 19.80 €

HEIDENREICH, T.; MICHALAK, J.: **Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie.** Ein Handbuch. ISBN: 3871590606. 48.00 €

HINZ, A.: **Stark im Leben.** Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung für Jungen und Mädchen der Klassen 7 und 8. (Fort-schritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung (FGG) 14). ISBN: 3871596140. 22.00 €

ROTERING-STEINBERG, S.: **Anleitungen zur Kollegialen Supervision und Qualitätszirkelarbeit.** sowie zum Kollegialen Coaching. (Materialien 49). ISBN: 3871593060. 8.00 €

## EHP Verlag Andreas Kohlhage

SCHWEIZER VEREIN F. GESTALT THERAPIE U. INTEGRATIVE THERAPIE, SVG: **Gestalttherapie und Integrative Therapie.** Eine Einführung. (EHP – Edition Humanistische Psychologie). ISBN: 3897970333. 25.00 €

LOOSS, W.: **Unter vier Augen: Coaching für Manager.** (EHP-Organisation). ISBN: 3897970384. 34.00 €

SCHNITZER, E.: **Aufstieg und Fall von Digital Equipment Corporation.** Eine Learning History, oder: DEC ist tod – lang lebe DEC. Dt./Engl. (EHP-Organisation). ISBN: 3897970279. 34.00 €

STÄMMLER, F.; MERTEN, R.: **Aggression, Selbstbehauptung, Zivilcourage.** Interdisziplinäre Aspekte. (EHP – Edition Humanistische Psychologie). ISBN: 3897970368. 25.00 €

STRÜMPFEL, U.: **Therapie der Gefühle.** Forschungsbefunde zur Gestalttherapie. (EHP – Edition Humanistische Psychologie). ISBN: 3897970155. 28.00 €

## Hogrefe

LINCOLN, T.: **Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie.** Ein individuenzentrierter Ansatz zur Veränderung von Wahn, Halluzinationen und Negativsymptomatik. (Therapeutische Praxis). ISBN: 3801719987. 34.95 €

PLÜCK, J.; WIECZOREK, E.; WOLFF METTERNICH, T.; DÖPFNER, M.: **Präventionspro-**

**gramm für Expansives Problemverhalten (PEP).** Ein Manual für Eltern- und Erziehergruppen. (Therapeutische Praxis). ISBN: 3801718948. 59.95 €

PÜTZ, D.: **ADHS-Ratgeber für Erwachsene.** ISBN: 3801719448. 19.95 €

SCHMIDT-TRAUB, S.: **Zwänge bei Kindern und Jugendlichen.** Ratgeber für Kinder und Jugendliche, Eltern und Therapeuten. ISBN: 3801719790. 16.95 €

ZOBEL, M.: **Kinder aus alkoholbelasteten Familien.** Entwicklungsrisiken und -chancen. (Klinische Kinderpsychologie 2). ISBN: 3801719243. 29.95 €

## Klett-Cotta mit Pfeiffer

ALTMAYER, M.; THOMÄ, H.: **Die vernetzte Seele.** Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. ISBN: 3608944036. 38.00 €

BRISCH, K.; HELLRÜGGE, T.: **Kinder ohne Bindung.** Deprivation, Adoption und Psychotherapie. ISBN: 3608941827. 39.00 €

FONAGY, P.: **Bindungstheorie und Psychoanalyse.** ISBN: 3608959912. 32.00 €

KERNBERG, O.: **Narzissmus, Aggression und Selbstzerstörung.** Fortschritte in der Diagnose und Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen. ISBN: 3608960090. 32.00 €

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

## Kreuz Verlag

FAUCK, S.; FELBINGER, H.: **Liebeskummer.** Wenn das Herz zu brechen droht. ISBN: 3783127815. 14.95 €

FINK, A.: **Blickfängerin.** Ein Leben mit Epilepsie und Angst. ISBN: 3783128307. 14.95 €

JELLOUSCHEK, H.: **Wer Liebe lebt – Wie Partnerschaft gelingt.** Ein Lesebuch. ISBN: 3783128293. 15.00 €

KAST, V.: **Lob der Freundin.** Was Frauen aneinander haben. ISBN: 3783128242. 5.95 €

LEHRKE, C.: **Bis zum letzten Atemzug.** Ein Plädoyer für menschenwürdiges Sterben. ISBN: 3783128234. 14.95 €

## Lüchow

ORNISH, D.: **Revolution in der Herztherapie.** Der Weg zur vollkommenen Gesundheit. ISBN: 3363031084. 29.95 €

STORM, F.: **Heilen mit Tönen.** ISBN: 3363031017. 16.95 €

## MWV

AMELUNG, V.; MEYER-LUTTERLOH, K.; SCHMID, E.; SEILER, R.; WEATHERLY, J.: **Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren.** Von der Idee zur Umsetzung. (Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care). ISBN: 3939069051. 34.95 €

BUSSE, R.; RIESBERG, A.: **Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland.** ISBN: 3939069035. 29.95 €

HENKE, K.; COBBERS, B.; GEORGI, A.; SCHREYÖGG, J.: **Die Berliner Gesundheitswirtschaft.** Perspektiven für Wachstum und Beschäftigung. (Berliner Schriftenreihe Gesundheitswissenschaften). ISBN: 3939069132. 39.95 €

## Pabst Science

BIECHELE, U.; HAMMELSTEIN, P.; HEINRICH, T.: **anders ver-rückt?!** Lesen und Schwule in der Psychiatrie

Jahrbuch Lesen – Schwule – Psychologie 2006. ISBN: 3899673050. 15.00 €

HERSCHBACH, P.; HEUSSNER, P.; SELLSCHOPP, A.: **Psycho-Onkologie.** Perspektiven heute. ISBN: 3899671716. 20.00 €

KÜPNER, H.; COENEN, M.; INDEKOFER, W.: **PRE-DI – Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik.** Ein problem- und lösungsorientierter Ansatz, Version 3.0. ISBN: 3899672925. 40.00 €

LUIF, V.; THOMA, G.; BOOTHE, B.: **Beschreiben – Erschliessen – Erläutern.** Psychotherapieforschung als qualitative Wissenschaft. ISBN: 3899672798. 25.00 €

MÜLLER-FAHRNOW, W.; HANSMAYER, T.; KAROFF, M.: **Wissenschaftliche Grundlagen der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation.** Assessments – Interventionen – Ergebnisse. ISBN: 3899672658. 45.00 €

## Psychiatrie-Verlag

ARENS, D.; GÖRGEN, E.: **Eltern-Kind-Beziehung in der Psychiatrie.** Ein Konzept für die stationäre Pflege. (Fachbuch). ISBN: 3884143999. 19.90 €

EINK, M.; HALTENHOF, H.: **Umgang mit suizidgefährdeten Menschen.** (Basiswissen). ISBN: 3884144022. 14.90 €

GREVE, N.; OSTERFELD, M.; DIEKMANN, B.: **Umgang mit Psychopharmaka.** Ein Patienten-Ratgeber. (RatSchlag). ISBN: 3884144057. 12.90 €

S., L.: **Auf Stelzen gehen.** Geschichte einer Magersucht. (Edition Balance). ISBN: 3884144065. 12.90 €

ZOBEL, M.: **Traumatherapie.** Eine Einführung. (Fachbuch). ISBN: 3884144049. 19.90 €

## Psychologenverlag

Krebs – Eine Reise ins Unbekannte. Psychologischer Rat für betroffene Menschen. ISBN: 3931589749. 16.90 €

BOESSMANN, U.: **Struktur und Psychodynamik.** ISBN: 3931589757. 11.80 €

LEITNER, M.; GERMANN, A.: **Wirtschaftspsychologie: Netzwerke verbinden.** Beiträge zur Wirtschaftspsychologie. ISBN: 3931589730. 22.00 €

ZUSCHLAG, B.: **Richtlinien für die Erstellung psychologischer Gutachten.** ISBN: 3931589420. 13.80 €

## Psychosozial-Verlag

DIEDERICH, P.: **Die Beendigung von Psychoanalysen und Psychotherapien.** Die Achillesferse der psychoanalytischen Behandlungstechnik?. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 3898065030. 24.90 €

HAAS, E.: **Transzendenzverlust und Melancholie.** Depression und Sucht im Schatten der Aufklärung. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 3898065006. 34.00 €

HIRSCH, M.: **Das Haus.** Symbol für Leben und Tod, Freiheit und Abhängigkeit. (Imago). ISBN: 389806512X. 19.90 €

STEIN, H.: **Quantenphysik, Neurowissenschaften und die Zukunft der Psychoanalyse.** Auf dem Weg zu einem neuen Menschenbild. (Edition psychosozial). ISBN: 3898065057. 19.90 €

ZEPF, S.: **Allgemeine Psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie.** Ein kritisches Lehrbuch, Band I-III. (Bibliothek der Psychoanalyse). ISBN: 389806459X. 79.00 €

## Reinhardt Verlag

BOWLEY, J.: **Bindung und Verlust, Band 1-3.** ISBN: 3497018333. 109.00 €

KASTEN, E.: **Body-Modification.** Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen. ISBN: 3497018473. 29.90 €

OLCKERS-AX, R.: **Schmerz bei Kindern und Jugendlichen.** Psychotherapeutische Verfahren. (Bausteine der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 1). ISBN: 3497018376. 29.90 €

## Roderer

KÖRNER, M.: **Teamanalyse und Teamentwicklung in der medizinischen Rehabilitation.** Zugleich Dissertation der Wirtschafts- und verhaltenswissenschaftlichen Fakultät der Universität Freiburg Ws 2005/2006. (Rehabilita-

## Neuerscheinungen und Bücher zum Schwerpunkt

tionswissenschaften, Rehabilitationspsychologie, Rehabilitationsmedizin 12). ISBN: 3897835355. 28.00 €

LAMMEL, M.; FELBER, W.; SUTARSKI, S.: **Schizophrenie – forensisch-psychiatrische Aspekte.** (Jahresheft für forensische Psychiatrie 3 Jg). ISBN: 3897835428. 22.00 €

### Schattauer

BEWERMEYER, H.; MENNEL, H.: **Klaus Joachim im Zürich.** Ein bedeutender Neurologe und Neuropathologe. ISBN: 3794524772. 24.95 €

PAWILS, S.; KOCH, U.: **Psychosoziale Versorgung in der Medizin.** Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. ISBN: 3794524500. 69.00 €

RÜEGG, J.: **Gehirn, Psyche und Körper.** Neurobiologie von Psychosomatik und Psychotherapie. Mit einem Geleitwort von Gerd Rudolf. ISBN: 3794523652. 34.95 €

STREECK-FISCHER, A.: **Trauma und Entwicklung.** Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. ISBN: 3794524411. 49.95 €

WÖLLER, W.: **Trauma und Persönlichkeitsstörungen.** Psychodynamisch-integrative Therapie. Mit einem Geleitwort von Luise Reddemann. ISBN: 3794524462. 59.00 €

### Schwabe Verlag

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

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

PORCHET-MUNRO, S.; STOLBA, V.; WALDMANN, E.: **Den letzten Mantel mache ich selbst.** Über Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care. ISBN: 3796521444. 26.50 €

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

### Springer

ECKERT, J.; BIERMANN-RATJEN, E.; HÖGER, D.: **Gesprächspsychotherapie.** Lehrbuch für die Praxis. ISBN: 354028463X. 34.95 €

REIMER, C.; RÜGER, U.: **Psychodynamische Psychotherapien.** Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren. ISBN: 354025384X. 59.95 €

THOMÄ, H.; KÄCHELE, H.: **Psychoanalytische Therapie.** Grundlagen. ISBN: 3540297502. 79.95 €

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

### Theseus

BRÜGGE, T.: **Wunschlos glücklich.** ISBN: 3896203118. 18.95 €

### Urban & Fischer

FRICKE, S.; RUFER, M.; HAND, I.: **Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen.**

Fallbasierte Therapiekonzepte. ISBN: 3437240609. 49.95 €

LIBB, K.; HESSLINGER, B.; JACOB, G.: **50 Fälle Psychiatrie und Psychotherapie. (Fälle).** ISBN: 3437433512. 19.95 €

McCULLOUGH, J.: **Psychotherapie der chronischen Depression.** Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy – CBASP. ISBN: 3437239708. 59.95 €

STEINHAUSEN, H.: **Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.** Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. ISBN: 3437215620. 89.95 €

WUNN, E.: **Psychiatrie. (Basics).** ISBN: 343742226X. 14.95 €

### Vandenhoeck & Ruprecht

HUFNAGEL, A.; THOMAS, A.: **Leben und studieren in den USA.** Trainingsprogramm für Studenten, Schüler und Praktikanten. (Handlungskompetenz im Ausland). ISBN: 352549064X. 14.90 €

S. U.; REINECKER, H.: **ABC für Zwangserkrankte.** Tipps einer ehemals Betroffenen. ISBN: 3525462638. 14.90 €

SCHÄFER, U.; RÜTHER, E.; SACHSSE, U.: **Hilfe und Selbsthilfe nach einem Trauma.** Ein Ratgeber für seelisch schwer belastete Menschen und ihre Angehörigen. ISBN: 3525462506. 14.90 €

SCHÄFER, U.; RÜTHER, E.; SACHSSE, U.: **Borderline-Störungen.** Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. ISBN: 3525462492. 14.90 €

THOMAS, A.; SCHEURMEYER, M.: **Beruflich in Kanada.** Trainingsprogramm für Manager, Fach- und Führungskräfte. (Handlungskompetenz im Ausland). ISBN: 3525490666. 24.90 €

### WVG

RUPPRECHT, R.; HAMPEL, H.: **Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie.** Ihr roter Faden durch Studium nach der AAppO. (Roter Faden). ISBN: 3804720536. 59.00 €/49.00 €

## VERANSTALTUNGEN

### Weiterbildung, Kongresse, Reisen

von bis	Veranstaltung	Kontakt
2006-01-01 2007-01-01	<b>Gruppenanalytische Supervision:</b> ca. 8 - 10 mal im Jahr (meist samstags) in Hanau. Zertifiziert und für die DAGG-Ausbildung anerkannte Fortbildung	06181 _ 255540 Dr.Meinhard.Korte@gmx.de
2006-04-29 2006-04-30	<b>Curriculum Psychotraumatheorie Freiburg:</b> 9 Teile, zertifiziert (144 FE) mit EMDR-Kurs. Stabilisierung, Affektregulation, Ressourcen. Info: 030/4642185	Institut für Traumatherapie www.traumatherapie.de
2006-08-25 2006-08-26	<b>Lebensstilanalyse nach Alfred Adler:</b> Vortrag (Freitag Abend) und Seminar (Samstag Vormittag) führen in die individualpsychologische Analyse ein.	Landesverband Hamburg der DGIP 040-4804527, LV-Hamburg@dgip.de
2006-08-26 2006-08-27	<b>Dreiteiliger EMDR-Kurs in Berlin:</b> 48 FE , 888 Euro , Anmeldung: info@traumatherapie.de, 030/4642185	Institut für Traumatherapie www.traumatherapie.de
2006-09-18 2006-09-23	<b>Küsnachter Woche in Jungschers Psychologie:</b> Intensivkurs, Vorlesungen + Workshops. Vermittelt vertieften Einblick in die Analyt. Psych. von C.G. Jung.	fueter@junginstitut.ch www.junginstitut.ch
2006-09-21 2006-09-24	<b>Focusing Einführungskurs:</b> vom DAF in Freiburg, anschließende Basisausbildung, www.achtsamkeit.info	susanne@kersig.de 0761-383 9707
2006-09-22 2006-09-24	<b>Psychoanalyse heute?!</b> 57. Jahrestagung der DGPT im Hörsaalzentrum der Technischen Universität Dresden	DGPT-Geschäftsstelle Tel: 040 319 26 19
2006-10-13 2006-10-15	<b>8. wissenschaftliche Tagung der AVM:</b> 30 Jahre AVM - Verhaltenstherapie einst, jetzt und in Zukunft Info: www.verhaltenstherapie-avm.at/aktuelles.htm	AVM - Frau Rowitha Gangl 0662/884166
2006-10-26 2006-10-29	<b>Jahrestagung für Individualpsychologie 2006:</b> Rahmenthema: Wozu leben wir? Sinnfragen und Werte heute (zertifizierte Vorträge und Arbeitsgruppen)	DGIP-Bundesgeschäftsstelle Marktstr. 12, 99867 Gotha
2006-11-04 2006-11-05	<b>Fortbildung:</b> Die Spirituelle Dimension des Personenzentrierten Ansatzes, Referentin: Dr. Elisabeth Reisch, Ort: Hannover, Gebühr: 190,-Euro	GWG-Akademie - T:0221-92590850 akademie@gwg-ev.org
2006-11-11 2006-11-11	<b>Absetzen von Psychopharmaka - und was dann?:</b> Möglichkeiten eines relativ gefahrlosen Absetzens ausloten, Fehler infolge Unbedachtheit minimieren	Peter Lehmann, T. 030-85963706 mail@peter-lehmann.de
2006-11-17 2006-12-16	<b>Grundkurs 16 Hypnotherapie in München:</b> freitags 15.00-20.00, samstags 10.00-17.00 an den Wochenenden 17./18.11.06; 01./02.12.06; 15./16.12.06	Dr.U Kutzner T.: 06233-879460 dr.hyp@gmx.de
2006-11-24 2006-11-25	<b>Einsatz von Genogrammen:</b> Genogramme in Coaching u. Einzeltherapie können als Visualisierungen Beziehungsgefüge usw sichtbar und zugänglich machen	Fortbildungsstelle

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