

Projekt Psychotherapie

02/2016

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · www.bvvp.de



Sackgasse Dualismus

**Warum eine getrennte
Betrachtung von Körper und Geist
die richtige Diagnose erschwert**

Markt oder Wertermittlung

Wer bestimmt den Preis einer Praxis?

Psychotherapie-Richtlinie

Über den mühsamen Weg zur Reform

Unfall, Verletzung, Krankheit oder Reha? Bleiben Sie entspannt!

Auch Psychotherapeuten werden krank. Und wer krank ist, sollte sich schonen und sich voll auf seine Genesung konzentrieren dürfen. Ohne Sorgen um die Praxis oder die hohen fortlaufenden Kosten.

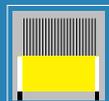
Die P.U.V von Dr. Rinner & Partner hilft Ihnen dabei: Wir sichern Ihre Existenz und die Ihrer Praxis, wenn Sie es selbst nicht können. Solange bis Sie wieder fit sind!

- **Sicherheit ab dem 1. Tag**
Die P.U.V leistet ab dem 1. Tag, wenn Sie im Krankenhaus liegen.
- **Volle Gewinn- & Kostenabdeckung**
Die P.U.V ersetzt Gewinn und laufende Kosten, sobald Ihre Praxis stillsteht.
- **Schutz bei Burnout & Depressionen**
Auch wenn die Psyche mal schlapp macht, ist die P.U.V der Partner an Ihrer Seite.
- **Keine Beitragsanpassungen!**
Bei Schadensfreiheit bezahlen Sie einen Fixbetrag über die gesamte Laufzeit – bis zu 10 Jahre.
- **Sie sind uns willkommen!**
Eintrittsalter bis zum 63. Lebensjahr möglich.

BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt,
Variante P.U.V PLUS

Tagsatz:	€ 100,--
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,--
Jahresbeitrag:	€ 509,40
Beitrag pro Monat:	€ 42,45



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4
82008 Unterhaching
Tel.: +49 (0)89 96057490 • www.dr-rinner.de



**Sechs Wochen
Praxisstillstand?
Kein Problem!
Dank meiner P.U.V**



**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Leserinnen und Leser!**

Das Schöne an eigenen Fantasien und Tagträumen, die aus psychohygienischer Sicht durchaus wertvoll sein sollen, ist die Möglichkeit, die persönlichen Bedürfnisse und Wünsche punktgenau und reduktionistisch umzusetzen. Da hat der Traumpartner nur die ersehnten Eigenschaften ohne Ecken und Kanten, und das Traumhaus bleibt ohne Wasserschaden oder störenden Straßenlärm. Auch die Wissenschaft reduziert gern, um einzelne Fragestellungen an ausgewählten Stichproben zu überprüfen. Die oft zitierten RCT-Studien sind dafür ein Beispiel.

Die Realität ist jedoch in aller Regel komplexer und vielschichtiger. Die Trennung von Körper und Seele mag in der Medizin für manche eine leichtere Herangehensweise sein. Aber abgesehen von Schamanen, die vielleicht in der Ober- oder Unterwelt Kontakt zu körperlosen Geistern und Seelen aufnehmen, und Pathologen, die häufig nur noch totes Gewebe untersuchen können, haben wir es in den übrigen Bereichen der Heilkunde mit lebenden und beseelten Menschen zu tun. Wie Norbert Bowe in seiner Einleitung zum Schwerpunkt klarstellt, macht dabei eine Trennung in Geist und Körper keinen Sinn. Die Psychosomatik versucht diese scheinbaren Gegensätze in verschiedenen Modellen und Theorien zusammenzuführen. Der Chirurg Bernd Hontschik bedauert interessanterweise in seinem Artikel die Entstehung des eigenen Fachgebietes der Psychosomatik und zitiert dazu „die verlorene Kunst des Heilens“.

Ich teile die Ansicht, dass die psychosomatische Sichtweise eine grundlegende Haltung in jedem Fachgebiet sein sollte. Dabei sollte klar sein, dass der Begriff der Psychosomatik nur einen kleinen Teil der komplexen und mehrdimensionalen Wahrheit abbildet: Es geht um den ganzen Menschen mit seinem lebendigen Körper, seiner individuellen Biologie und den epigenetischen Auswirkungen. Es geht um die Emotionen und Affekte, die durch mehr oder weniger unbewusste Prägungen und Traumatisierungen gesteuert werden. Es geht um seine Rolle in unterschiedlichen sozialen, kulturellen, politischen und religiös-spirituellen Systemen in einer Zivilisation, die bei uns durch zunehmende Technisierung, Verdichtung der Arbeitsprozesse, Informationsüberflutung und Digitalisierung einen unnatürlichen Takt im Gigahertz-Bereich vorgibt und damit die Entfremdung von unserer ureigenen Natur auf die Spitze treibt. Noch viel zu wenig beachtet werden die anthropogenen Einflüsse aus unserer Umwelt – sei es die chemische Industrie, die in geradezu kindlich naiver und gedankenloser Weise tonnenweise Stoffe produziert, die als Plastik durch unsere Adern fließen oder in Form von Nanopartikeln die Blut-Hirn-Schranke passieren, oder der Elektromog, die Strahlenbelastung und andere Dinge.

Die psychosomatische oder somatopsychische Perspektive bedeutet die Offenheit, die wirksamen Faktoren von den unwichtigen zu unterscheiden und die Bedeutung und den Sinn im persönlichen Lebensgefüge des Patienten zu erfassen und für ein Heil-werden zu erschließen. Ulfried Geuter zeigt in der Beschreibung der humanistisch geprägten Körperpsychotherapie das Ziel auf, als lebendiges Subjekt in einem erlebten Körper wieder in Einklang mit sich selbst zu kommen.

Foto: Privat



Herzliche Grüße,
Martin Kremser, Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes

Projekt Psychotherapie

02/2016

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

IMPRESSUM

Herausgeber: Bundesverband der
Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.
Württembergische Straße 31 · 10707 Berlin
Tel.: 030/88 72 59 54 · Fax: 030/88 72 59 53
bvvp@bvvp.de · www.bvvp.de

Redaktionsleitung: Martin Klett (V. i. S. d. P.)

Verantwortlich für den Schwerpunkt:
Norbert Bowe

Autoren: Ulrike Böker, Norbert Bowe, Jürgen
Doebert, Thomas Fuchs, Ulfried Geuter,
Angelika Haun, Constanze Hausteiner-Wiehle,
Bernd Hontschik, Martin Kremser, Timo Storck,
Anna Ziebell

Verlag: Medienanker Marketing & Kommunikation e.K.
Chausseestraße 11 · 10115 Berlin
Fon: 030.39 835 188-0 · Fax: 030.39 835 188-5

Textchef: Jens Wiesner
Projektleitung: Nicole Suchier
Artredaktion/Illustration: Le Sprenger

Anzeigen: anzeigen@projekt-psychotherapie.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2015

ISSN: 2193-3766
Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 Euro.
Abonnement 49,50 Euro inkl. Versand (4 Ausgaben).
Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer
Mitgliedschaft kostenfrei.

Info und Bestellung:
bvvp-Bundesgeschäftsstelle: bvvp@bvvp.de

Periodizität: Quartal

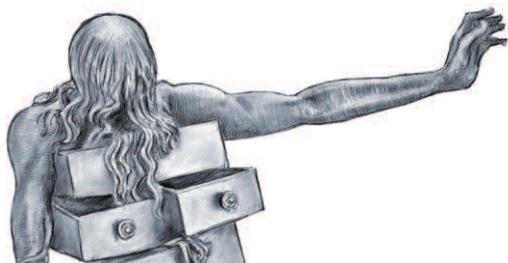
Copyright: Alle Rechte vorbehalten. Zitate nur mit
Quellenangabe. Nachdruck nur mit Genehmigung
der Redaktion. Namentlich gekennzeichnete
Artikel geben nicht unbedingt die Meinung des
Herausgebers oder der Redaktion wieder. Bei
Einsendungen von Manuskripten wird, sofern nicht
anders vermerkt, das Einverständnis zur Veröffent-
lichung vorausgesetzt.

Meinung & Wissen

- 05 **Reform mit Hindernissen**
Wie das Beharren auf alten Positionen die Verhandlungen zur
Reform der Psychotherapie-Richtlinie unnötig erschwert hat
- 07 **Der Wert der Praxis**
Markt oder Wertermittlung: Wer bestimmt den Preis
eines Psychotherapeutenplatzes?
- 10 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 12 **Indien – im Land der Gegensätze**
Prächtige Tempel und maroder Charme:
Eine Reise nach Indien führt unsere Autorin in eine neue Welt

Schwerpunkt Sackgasse Dualismus

- 15 **Leibhaftig und beseelt**
Geist und Körper gelten seit Jahrhunderten als
Gegensatzpaar in der Medizin. Warum eigentlich?
- 16 **Familienkrise mit dem Skalpell behandelt**
Wenn Chirurgen nur den Körper betrachten,
entstehen Fehler und unnötige Operationen
- 20 **Kein Befund – was nun?**
Wie wir funktionelle und somatoforme Störungen einordnen
und mit ihnen umgehen können
- 23 **Wie ein Händedruck auf die Spur sexuellen
Missbrauchs führen kann**
Die Körpersprache verrät viel über unseren Seelenzustand.
Wir müssen die Zeichen nur zu deuten lernen
- 26 **Der Körper des Anderen**
Entwicklungspsychologisch, klinisch, hermeneutisch:
Der Autor unterscheidet drei Ebenen des Körpers der Anderen
- 29 **Zwischen Leib und Körper**
Warum sprechen wir nur noch vom „Körper“
und nicht mehr vom „Leib“?
Ein Plädoyer für eine Unterscheidung der Begriffe
- 32 **Literatur**
- 35 **Termine, Marktplatz, Ausblick auf Heft 03/2016**



Reform mit Hindernissen

Foto: Mojgan Kaufmann



Das Missverständnis von Reform als tief greifendem Umwälzprozess bewährter Strukturen hat die Verhandlungen zur Psychotherapie-Richtlinie unnötig erschwert. Den Krankenkassen ging es vor allem darum, kurzfristig zu sparen

Von **Norbert Bowe**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp

In Therapien sind wir es gewohnt, Zurückliegendes zu betrachten, um daraus Erkenntnisse zu gewinnen. In diesem Sinne soll auf Vorgänge zurückgeblickt werden, die sich bei Erscheinen dieser Magazinausgabe möglicherweise bereits zufriedenstellender weiterentwickelt haben: auf die Schwierigkeiten beim Weg zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie.

Der Gesetzgeber hatte in § 92 6a GKV-Versorgungsstärkungsgesetz bestimmt: „Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebots, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapie und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“

Die Verhandlungen über diese Flexibilisierung des Behandlungsangebots und der Vereinfachung des Gutachterverfahrens waren enorm belastet: Der GKV-Spitzenverband Krankenkassen war mit Modellvorstellungen in den Unterausschuss Psychotherapie hineingegangen, die ihrem im Herbst 2013 veröffentlichten Positionspapier entstammten. Damals

Ein fester Rahmen unterstützt die Therapie und vermittelt Sicherheit. Patienten dürfen sich nicht ständig mit äußeren Rahmenbedingungen auseinandersetzen müssen

wurden eine starre Stufenabfolge von Therapieabschnitten und eine regelhafte Unterbrechung der Kurzzeittherapie (KZT) durch Aufteilung in ein sogenanntes T1 (zwölf Sitzungen) und T2 (elf Sitzungen) gefordert – völlig unvereinbar mit dem zitierten Gesetzesauftrag. Weil aber der Spitzenverband sich nicht dazu bewegen ließ, ganz von diesen – dem Gesetzesauftrag konträren – Positionen zu lassen und auf zähe, stückchenweise Verhandlungen bestand, mussten Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen im Dissens in das Anhörungsverfahren der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesärztekammer gehen.

Der von Kassenseite gestufte Zugang zur Langzeittherapie – Verhaltenstherapie (VT) und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) – und die Zweiteilung der KZT waren laut Positionspapier des Spitzenverbandes von der Vorstellung motiviert, durch neu einzuführende verbindliche Zeit- bzw. Kontingenzstufen Verkürzungen von Psychotherapien bewirken zu können. Zwischenzeitlich hatte aber die Untersuchung der Psychotherapieverläufe anhand von Abrechnungsdaten in der KBV-Versorgungstudie ergeben, dass Psychotherapeuten – leitlinienkonform – ihre Patienten eher kurz behandeln, Behandlungslängen einzelfallbezogen variieren und sich kein Anhalt für eine unsachgemäße Ausdehnung von bewilligten Therapien findet. Somit war die Begründung für die Zweiteilung der KZT und den gestuften LZT-Zugang schon vor Verhandlungsbeginn entfallen.

Der Gesetzgeber hatte mit der Einführung von Sprechstunde und Flexibilisierung des Therapieangebots eine Erweiterung der Indikationsmöglichkeiten der Therapeuten und der Behandlungsmöglichkeiten für den Patienten beabsichtigt – entsprechend der je individuellen Behandlungsbedürftigkeit. Starre Aufteilungen und unflexible Behandlungsschrittfolgen bewirken aber das Gegenteil:

- Eine KZT, die generell jeder LZT bei VT und TP vorangestellt wird, schränkt die Indikationsmöglichkeiten ein – problematisch zum Beispiel für Patienten, die von Anfang an einen längerfristig gesicherten Behandlungsrahmen brauchen.

- Eine Zweiteilung der KZT stellt eine weitere bürokratische Bewilligungshürde ohne therapeutische Ratio dar und bedeutet für weit über die Hälfte der Psychotherapiepatienten eine Verunsicherung des Therapierahmens.

- Die Einführung der Sprechstunde ist notwendig. Soweit sie aber regelhaft probatorischen Sitzungen und Richtlinienpsychotherapie vorzuschalten ist, wird damit eine zusätzliche Stufe zur Richtlinienbehandlung eingeführt.

- Die Endphase der LZT mit der jetzt schon möglichen Streckung der Abfolge der letzten Sitzungen als Rezidivprophylaxe auszugeben verfehlt den Gesetzesauftrag, rezidivprophylaktische Maßnahmen neu zu konzipieren.

Zieht man die Leitlinien, auf die sich Krankenkassen gern berufen, zurate, erweist sich beispielsweise eine starre Mehrstufenregelung vor dem Zugang zur LZT als nicht dem wissenschaftlichen Stand entsprechend. Beispielsweise geht die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression davon aus, dass aufgrund hoher Rückfallquoten die Akuttherapie (ein im Schnitt circa 16 Sitzungen umfassender erster Behandlungsabschnitt) *in einem Guss* durch die Erhaltungstherapie (10 bis 36 Sitzungen) ergänzt werden soll. Damit wird eine Behandlungskontinuität von 25 bis 50 Sitzungen als evidenzbasiert erforderlich angesehen: Eine künstliche Stufenabfolge einschließlich der Zweiteilung der jetzigen KZT kann somit weder wissenschaftlich noch therapeutisch begründet werden.

Für Psychotherapiepatienten bedeuten die starren Stufen, dass diese jeweils in der laufenden Therapie angekündigt, besprochen und rechtzeitig eingeleitet werden müssen – das erste Mal schon nach wenigen Behandlungssitzungen. Starre Stufeneinteilungen fallen dann unakzeptabel in unterschiedlichste Phasen des Therapieverlaufs: in die Phase des

Die Krankenkassen haben versucht, Einfluss auf Behandlungsabläufe zu nehmen. Das greift in ureigene ärztliche und psychotherapeutische Verantwortungsbereiche ein

Motivationsaufbaus oder der intensiven Bearbeitung der aktuellen Störung oder aber in die Phase der Auseinandersetzung mit dem nahen Therapieende – eine Belastung der Patienten und des therapeutischen Klimas. Wenn dabei der benötigte Zeitraum als unsicher erlebt wird, werden Psychotherapien weniger wirksam, verlängert sich das Leiden der Patienten, wird die Versorgung ineffizienter und teurer.

Bei kritischer Betrachtung der dargestellten Bestrebungen in einem umfassenderen Kontext lassen sich problematische Tendenzen ausmachen:

- Fachliche und wissenschaftliche Begründungen – schon nach Veröffentlichung des Positionspapiers 2013 vorgetragen – scheinen auf Krankenkassen-seite auf wenig Interesse zu stoßen. Wenn nicht fundierbare Positionen beibehalten werden, gefährden sie eine Weiterentwicklung im Patienteninteresse.

- Die Positionierungen der Krankenkassen stellen einen Versuch dar, von außen Einfluss auf Behandlungsabläufe zu nehmen. Diese Absichten sollten auch die übrige Ärzteschaft aufmerken lassen: Indikationsentscheidungen psychotherapeutisch tätiger Ärzte und Psychotherapeuten einzuengen und Therapieabläufe vorab festzulegen greift in ureigenste medizinische und psychotherapeutische Verantwortungsbereiche ein.

- Die Bestrebungen der Krankenkassen lassen sich in Tendenzen der Ökonomi-

sierung des Gesundheitswesens einreihen. Wie auch sonst bei Ökonomisierungsstrategien geht es dabei um kurzfristige Einsparungsziele unter Vernachlässigung langfristiger (auch) wirtschaftlicher Folgen: schneller und kürzer statt nachhaltig. Hat dieses in der Vergangenheit bereits in psychiatrischen Kliniken zu Verkürzungen von Verweildauern und Verknappungen von Stabilisierungsphasen mit Folge eines beschleunigten Drehtüreffekts geführt, würde mit den genannten Bestrebungen auch der ambulante Bereich in diese Entwicklung einbezogen.

- Richtlinienpsychotherapie stellt die Kerntätigkeit der Psychotherapeuten dar. Diese ermöglicht es, Patienten nach medizinischer Notwendigkeit und individueller Behandlungsbedürftigkeit zu behandeln. Wir dürfen im Interesse unserer Patienten nicht zulassen, dass dieses wertvolle Instrument durch sach- und fachfremde Einflüsse beschädigt wird.

- Krankenkassen begründen bei Selektivverträgen den Verzicht auf jedwede Stufe (nicht einmal zwischen Probatorik und Richtlinienpsychotherapie) und Kontrolle (wie das Gutachterverfahren) als Versorgungsverbesserung, während sie im Kollektivvertragbereich neue Hürden für Psychotherapeuten und ihre Patienten einzubauen versuchen – ein erschreckend beliebiger Umgang mit therapie- und patientenrelevanten Regelungen.

- Nur am Rande vermerkt: Bei so viel Beliebigkeit in fachlichen Fragen sollte man sich sehr überlegen, ob es sinnvoll ist, mit Kollektivvertrag-ersetzenden Selektivverträgen die kollektivvertragliche Versorgung zu schwächen. Dort gibt es wenigstens noch Gegengewichte in paritätisch besetzten Gremien. Ohne diese entschieden sich zentrale Behandlungsfragen womöglich im ungleichen Spiel der eigenen Kräfte mit denen mächtiger Kassenverbände.

Es bleibt daher zu hoffen, dass die Krankenkassenbestrebungen nicht Wirklichkeit werden. Es ist unsere Pflicht, mit allen legalen Mitteln gegen die Etablierung fachfremder, unfachlicher Einflussnahmen auf Therapiegeschehen und Versorgungsstrukturen vorzugehen. —

Der Wert der Praxis

Foto: Privat



Inwieweit greift die Gesetzgebung ein, wenn Kollegen ihren psychotherapeutischen Sitz an den Nachwuchs verkaufen? Ein Vortragsbericht

Von **Ulrike Böker**, 2. Stellvertretende Vorsitzende des bvvp

Einleitung

Der Verkaufspreis einer psychotherapeutischen Praxis ist das Thema mit dem größten Konfliktpotenzial zwischen Kolleginnen und Kollegen, die am Ende ihrer Berufstätigkeit ihren halben oder ganzen Sitz verkaufen wollen, und dem psychotherapeutischen Nachwuchs, der an der kassenärztlichen Versorgung mit eigenem Sitz teilnehmen möchte. In der Realität bestimmt zumeist der Marktwert mit den beiden Basisvariablen der freien Marktwirtschaft – Angebot und Nachfrage – den Preis, und dieser hat dann oft nichts mehr mit einem auf betriebswirtschaftlicher Basis ermittelten Verkehrswert zu tun. Im Folgenden soll ohne eine Bewertung dieser Verkaufspraxis über den Vortrag von Prof. Dr. Martin Stellpflug beim Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) zum Praxiswert am 10. Dezember 2015 in Berlin berichtet werden (siehe auch bit.ly/praxiswert).

Grundlagen des Praxisverkaufs

Grundsätzlich ist bei Überversorgung in einem Planungsbereich, also ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent, keine Zulassung eines Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung mehr möglich.

§ 103 Abs. 1 SGB V: „Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen fest, ob eine Überversorgung vorliegt (...). Wenn dies der Fall ist, hat der Landesausschuss nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.“

Eine Ausnahme von dieser grundsätzlichen Vorgabe stellt das Nachbesetzungsverfahren dar: Auf Antrag eines ausscheidenden Psychotherapeuten oder seiner verfügungsberechtigten Erben wird ein Vertragspsychotherapeutesitz ausgeschrieben und anschließend ein Praxisnachfolger ausgewählt.

§ 103 Abs. 4 Satz 1 und Satz 4 SGB V: „Hat der Zulassungsausschuss in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, nach Absatz 3a einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprochen, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Vertragsarztsitz in

den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuscheiden und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen. (...) Unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, hat der Zulassungsausschuss den Nachfolger nach pflichtgemäßem Ermessen auszuwählen.“

Das Nachbesetzungsverfahren bei Überversorgung kann nur dann stattfinden, wenn eine fortführungsfähige Praxis vorhanden ist. Diese Fortführungsfähigkeit erfordert ein Praxissubstrat in Gestalt eines Patientengutes auf der Warteliste und/oder in der Praxis mit Mindestzeiten von Sprechstunde und Behandlung. Zum Praxissubstrat gehören auch die Räumlichkeiten, in denen aus formalrechtlicher Sicht die Praxis fortgeführt werden müsste, und ein Preis, in dem der Praxiswert materialisiert zum Ausdruck kommt. Ohne Praxissubstrat gibt es also keinen Praxiswert, sodass eine Praxis nicht fortgeführt werden kann. Damit würden in überversorgten Planungsbereichen die Zulassungen von der KV entschädigungslos eingezogen und wären für die Versorgung verloren.

Grundlagen des Praxiswerts

Bei der Nachbesetzung sind die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben nur bis zur Höhe des Verkehrswertes zu berücksichtigen.

§ 103 Abs. 4: „Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes oder seiner Erben sind nur insoweit zu berücksichtigen, als der Kaufpreis die Höhe des Verkehrswertes der Praxis nicht übersteigt.“

Damit soll den schutzwürdigen Interessen des ausscheidenden Kassenarztes oder seiner Erben Rechnung getragen werden. Gleichzeitig soll ausgeschlossen werden, dass sich durch die erhöhte Nachfrage nach Kassenpraxen und der mit der Praxisübernahme verbundenen Kassenzulassung der Kaufpreis für eine Praxis ungerechtfertigt erhöht.

Dies bedeutet für die Zulassungsausschüsse, dass sie zwar einerseits aus einer Anzahl von Bewerbern nicht denjenigen auswählen müssen, der den höchsten Kaufpreis zahlt. Andererseits dürfen nur solche Bewerber in die Auswahl der Nachfolge einbezogen werden, die bereit sind, den Verkehrswert zu zahlen. Der Zulassungsausschuss darf also keinen Bewerber auswählen, der nicht bereit ist, den Verkehrswert zu zahlen. Dieser stellt somit gleichzeitig eine Obergrenze und Untergrenze des Schutzes der Interessen des Abgebenden dar.

Ein abgeschlossener Kaufvertrag ist keine Voraussetzung, um als Bewerber ausgewählt zu werden. Es genügt die Bereitschaft, den Verkehrswert zu zahlen. Hierbei handelt es sich aber eher um Theorie, denn in der Regel wollen die Zulassungsausschüsse sehr wohl einen abgeschlossenen Vertrag, weil alles andere hochkomplexe Folgen hätte.

Die Rechtsprechung besagt übrigens auch, dass es kein Recht auf Wiederholung der Ausschreibung gibt, wenn der Praxisabgeber die Übergabe aufgrund eines (geforderten) Kaufpreises oberhalb des Verkehrswertes scheitern lässt (BSG, Ur-

teil vom 14.12.2011, B6 KA 39/10 R). Hiermit ist allerdings nicht das Zurückziehen der Ausschreibung gemeint.

Der Schutz der wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragspsychotherapeuten gilt in derselben Weise beim Vorkaufsrecht und der Entschädigungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung (KV).

§ 103 Abs. 3 Sätze 13 und 14 SGB V: „Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung dem Vertragsarzt oder seinen zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen. Bei der Ermittlung des Verkehrswertes ist auf den Verkehrswert abzustellen, der nach Abs. 4 Satz 8 bei der Fortführung der Praxis maßgeblich wäre.“

Hier wird geregelt, dass bei der Ermittlung des Verkehrswertes der Arztpraxis auf jenen Verkehrswert abzustellen ist, der bei der Fortführung der Praxis durch einen Praxisnachfolger anzusetzen gewesen wäre. Es ist also nicht der am Markt theoretisch erzielbare höhere Verkaufspreis im Sinne eines echten Marktwertes bei Praxisfortführung durch einen Nachfolger in Ansatz zu bringen, der in der Regel den Verkehrswert der Praxis übersteigt. In der Gesetzesbegründung wird explizit darauf hingewiesen, dass die Entschädigung den Ersatz von Folgeschäden, die zum Beispiel aufgrund von längerfristigen Verträgen entstehen können, einschließt. Dabei ist der ausscheidende Vertragsarzt allerdings zur Schadensminderung verpflichtet. Etwaige Vermögensvorteile des ausscheidenden Vertragsarztes sind auf die zu zahlende Entschädigung anzurechnen.

Vertragsrecht

Gegenstand des Nachbesetzungsverfahrens ist die Zulassung. Der Erwerb der Inhaberschaft an der Praxis erfordert einen privatrechtlichen Übernahmevertrag. Die Zulassungsgremien sind nicht berechtigt, in den privatrechtlichen Vertrag rechtsgestaltend einzugreifen. Auch bedarf der zwischen dem Abgebenden und Übernehmenden vereinbarte Kaufpreis keiner Genehmigung (BSG, Urteil vom 14.12.2011, B6 KA 39/10 R).

Schutzgut des § 103 Abs. 4 SGB V ist das Verwertungsinteresse des ausscheidenden Vertragspsychotherapeuten. Diesem Interesse wird Genüge getan, wenn eine Einigung des bisherigen Praxisinhabers mit Bewerbern über den Kaufpreis erzielt wird. „In diesem Fall sind unabhängig von der Höhe des vereinbarten Kaufpreises wirtschaftliche Belange des Ausscheidenden nicht mehr weiter zu berücksichtigen“, entschied das Bundessozialgericht im zuvor genannten Urteil und führte weiter aus: „Die Annahme eines immateriellen Wertes bei psychotherapeutischen Praxen ist nicht bereits deshalb ausgeschlossen, weil eine besondere Abhängigkeit des Ertrages von der Person des Praxisinhabers besteht. Auch eine psychotherapeutische Praxis wird als Wirtschaftsgut höher eingeschätzt, als es ihrem reinen Substanzwert entspricht.“ Bei der Ermittlung des Verkehrswertes sind also sowohl der materielle als auch der immaterielle Wert der Praxis zu berücksichtigen.

Der für das Nachbesetzungsverfahren maßgebliche Artikel des Grundgesetzes zum Schutz des Eigentums legt den Praxisverkauf klar ins Privatrecht und damit auch in die Privatautonomie bei Kaufverträgen. Staat und Selbstverwaltung haben hier eigentlich keine Eingriffsmöglichkeit. Gleichzeitig ist die Zulassung selbst aber dem Sozialrecht zugeordnet. Dies führt zwangsläufig zu Spannungen.

Kontrollfunktion der Zulassungsausschüsse?

Die Zulassungsgremien haben von Amts wegen die Möglichkeit, die Kaufpreisforderung zu überprüfen und die Höhe des Verkehrswertes zu ermitteln. Dies hat jedoch keine Auswirkung auf die privatrechtliche Vereinbarung. Zweck der Ermittlung ist lediglich die Feststellung, zu welcher Zahlung ein potenzieller Nachfolger mindestens bereit sein muss, um ausgewählt werden zu können. Eine Kontrollfunktion oder -befugnis hat der Zulassungsausschuss somit aber nicht.

Die Ermittlung des Verkehrswertes erfordert dabei in der Regel externen Sachverstand. Art und Weise der Wertermittlung sind nicht gesetzlich geregelt, aber das Bundessozialgericht sowie der Bundesgerichtshof erachten die modifizierte Ertragswertmethode als geeignet. Neben dem Praxisüberschuss der letzten Jahre wird hier ein Vergleichsgehalt inklusive Arbeitgeberanteilen in die Berechnung einbezogen, das ein angestellter Psychotherapeut in der Klinik mit demselben Arbeitseinsatz bekommen würde. Die Bestimmung des Verkehrswertes erfolgt also keinesfalls nach politischen Kriterien. Dazu das BSG: *„Der Verkehrswert ist nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten zu bewerten, für die die Zulassungsgremien nicht aufgrund ihrer Zusammensetzung als im besonderen Maße qualifiziert anzusehen sind.“*

Kontrollfunktion der Kammern?

Auch die Psychotherapeutenkammern (Gleiches gilt für die Ärztekammern) haben keine direkte Kontrollbefugnis. Die Musterberufsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) bezieht sich an zwei Stellen auf den Praxiskaufpreis:

§ 24 Abs. 5 MBO: „Der sachliche und ideale Verkaufswert einer Praxis darf nicht sittenwidrig überhöht festgelegt werden.“

§ 17 Abs. 1 Satz 1 MBO: „Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihren Berufskolleginnen und Berufskollegen und Angehörigen anderer Heilberufe mit Respekt zu begegnen und Rücksicht auf deren berechnigte Interessen zu nehmen.“

Es gelten jedoch die Berufsordnungen der jeweiligen Länderkammern, die hierzu unterschiedliche Regelungen haben können.

Sittenwidrigkeit

Der Kaufvertrag könnte an seiner Sittenwidrigkeit scheitern. Zur Sittenwidrigkeit lassen sich Ausführungen im BGB finden:

§ 138 Abs. 1 und 2: „Ein Rechtsgeschäft, das gegen die guten Sitten verstößt, ist nichtig. (...) Nichtig ist insbesondere ein Rechtsgeschäft, durch das jemand unter Ausbeutung der Zwangslage, der Unerfahrenheit, des Mangels an Urteilsvermögen oder der erheblichen Willensschwäche eines anderen sich oder einem Dritten für eine Leistung Vermögensvorteile versprechen oder gewähren lässt, die in einem auffälligen Missverhältnis zu der Leistung stehen.“

Bei den „guten Sitten“ und damit auch bei der Sittenwidrigkeit handelt es sich um unbestimmte Rechtsbegriffe. Im Vertragsrecht sind nach gesetzlichen Vorgaben Vertragsautonomie und Vertragstreue maßgeblich, bei den „guten Sitten“ hingegen sind die tatsächlich bestehenden und feststellbaren außerrechtlichen Normen maßgeblich. Neben dem Recht bilden also Ethik, Moral und die „guten Sitten“ eine wirksame Sollensordnung.

Außerrechtliche Wertordnung und rechtsimmanente Grundsätze stehen in einer Wechselwirkung. Dabei kann es zu Spannungsverhältnissen kommen zwischen:

- Individualismus vs. Kollektivismus
- Rechtssicherheit vs. Einzelfall-Gerechtigkeit
- Richterbindung vs. richterliche Freiheit

Unsere Rechtsordnung trifft eine klare Grundentscheidung für den Individualismus durch Anerkennung der Privatautonomie. Vertragsfreiheit bedeutet dabei auch, dass nicht jedes als ungerecht empfundene Rechtsgeschäft als sittenwidrig erachtet wird. Damit gibt es eine hohe Eingriffsschwelle.

Ein besonders wichtiges Element zur Konkretisierung von Sittenwidrigkeit sind die Grundrechte. Dabei führt jedoch nicht jede Kollision von Rechtsgeschäften und Verfassungsgeboten zur Sittenwidrigkeit. Es gibt keine unmittelbare Drittwirkung von Grundrechten. Das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG) beinhaltet vielmehr die Anerkennung der rechtsgeschäftlichen Gestaltungsfreiheit im Privatrecht. Darüber

hinaus dienen die Grundrechte vom Grundsatz her als Abwehrrechte gegen den Staat, verhindern also gerade staatliche Eingriffe und Kontrolle.

Letztlich kann Sittenwidrigkeit nur festgestellt werden, wenn mehrere negative Faktoren zusammenwirken (Summenwirkung). Kriterien hierbei sind:

- Absicherung anerkannter Ordnungen
- Abwehr von Freiheitsbeschränkungen
- Abwehr der Ausnutzung von Machtpositionen
- Abwehr der Schädigung Dritter
- Abwehr von schweren Äquivalenzstörungen
- Durchkreuzung verwerflicher Gesinnung
- Abwehr missbilligter Kommerzialisierung und verpönter Zwecksetzung

Für überhöhte Praxispreise würde eine Äquivalenzstörung in Betracht kommen. Dies bedeutet, dass der tatsächliche Wert (hier zum Beispiel der betriebswirtschaftlich ermittelte Verkehrswert) und der verlangte Preis stark voneinander abweichen. Nach der Rechtsprechung reicht dies allein jedoch nicht aus. Es wären zusätzliche subjektive Elemente (wie zum Beispiel ein klares Abhängigkeitsverhältnis) notwendig, die in Verbindung mit einem Praxiskaufvertrag aber selten angenommen werden können.

Der Wunsch nach viel Gewinn ist per se jedenfalls nicht als verwerfliche Gesinnung einzustufen. Erschwerend kommt hinzu, dass der Wert von psychotherapeutischen Praxen schwer zu bemessen ist und sich selbst überhöhte Preise noch in einem relativ beschränkten finanziellen Rahmen bewegen, sodass der Schaden immer begrenzt ist.

Fazit

Solange der Verkehrswert nicht unterschritten wird, sind dem Kaufpreis einer psychotherapeutischen Praxis vom Gesetzgeber nur wenige Grenzen gesetzt. Angebot und Nachfrage regeln den Preis. Sind sich Verkäufer und Käufer einig, ist das privatrechtliche Geschäft vollzogen. —

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Jürgen Doebert**

Neue GOÄ gescheitert

Nach langwierigen Vorbereitungen ist durch einen heftigen innerärztlichen Streit die Verabschiedung einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf der Zielgeraden kläglich gescheitert. Hiervon betroffen ist auch die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP). Dieser Teil wird vom Bundesministerium für Gesundheit mit identischen Leistungsbeschreibungen und Bewertungen gesondert in Kraft gesetzt. Die Psychotherapeuten und andere Arztgruppen, bei denen die persönliche Zuwendung eine wichtige Rolle spielt, hatten große Hoffnung auf eine Höherbewertung ihrer Leistungen gesetzt. Offenbar hat neben innerärztlichen Machtkämpfen auch eine Rolle gespielt, dass bisher sehr gut vergütete technikintensive Fächer eine Umverteilung zu ihrem Nachteil befürchteten. Nun haben alle verloren und bleiben auf die jahrzehntealte Gebührenordnung fixiert. Eine gemeinsame Stellungnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Verbände, in der dringend die Umsetzung der GOÄ-Reform gefordert wurde, verhallte ungehört im Getümmel des Sonder-Ärztetags. Äußerungen aus der SPD legen nahe, dass diese ihr Projekt der Bürgerversicherung auf jeden Fall umsetzen will.

Tagung des BMC zur psychotherapeutischen Versorgung

Der Bundesverband Managed Care (BMC) veranstaltete am 13. April unter dem Titel „Ambulante Psychotherapie – weiter gedacht“ ein Symposium, in dem die Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Zentrum stand. Obwohl der G-BA unter einer strikten Schweigeverpflichtung steht, ließ sich aus den Diskussionsbeiträgen der Referenten doch absehen, in welche Richtung die Reform gehen wird: Es wird eine Sprechstunde geben, die für die Patienten verpflichtend ist, jedoch nicht für die Psychotherapeuten. Die Psychotherapeuten wiederum, die eine Sprechstunde anbieten wollen, müssen dafür bestimmte Vorbedingungen ihrer Praxisorganisation erfüllen. Die Krankenkassen erwarten sich von der Durchführung dieser Sprechstunde, dass viele Patienten schnell zu einer Abklärung kommen, ob sie einer Psychotherapie bedürfen, dass sie gleichzeitig aber auch an andere Einrichtungen verwiesen werden können, wie zum Beispiel Selbsthilfegruppen, Pfarrer oder soziale Dienste. Für weitere schnelle Hilfe wird es eine neue Leistung geben, die „Akutbehandlung“. Strittig ist bisher die Frage, ob vor der Einleitung einer Langzeittherapie auf jeden Fall eine Kurzzeitpsychotherapie (KZT) stattfinden muss. Viel Empörung hatte schon vor Beginn der Verhandlungen das Modell der Krankenkassen hervorgerufen, bei dem die bisherige KZT nicht nur in zwei Teile geteilt, sondern dazwischen auch noch eine sechswöchige Pause „zum Nach-

denken“ zwangsweise eingeführt werden sollte. Letzteren Punkt scheinen die Krankenkassen fallen gelassen zu haben. Eine Unterteilung der KZT scheinen sie aber immer noch zu favorisieren. Ganz und gar gegen den Auftrag des Gesetzgebers verstößt die vom Krankenkassenvertreter skizzierte Lösung für die Rezidivprophylaxe. Hierbei sollen lediglich Reststunden nicht ausgenutzter Kontingente zur Behandlung bei Rezidiven oder zur Prophylaxe genutzt werden können. Dies stieß bei den Psychotherapeutenvertretern im Raum auf einhellige Ablehnung: Das sei eine Mogelpackung und verstoße gegen das Gesetz.

Stellungnahmeverfahren eingeleitet

Mitte April leitete der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Stellungnahmeverfahren in Bezug auf die Reform der Psychotherapie-Richtlinie ein. Berechtigt zur Stellungnahme sind Bundespsychotherapeutenkammer und Bundesärztekammer. Die Arbeitsgruppe des G-BA, in der auch Ärztliche Psychotherapeuten (ÄP), PP und KJP als ehrenamtliche Mitglieder aufseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) teilnehmen, hatte in vielen Sitzungen und in recht kontroverserem Dialog mit den Krankenkassen eine in manchen Punkten nicht konsentiertere Vorlage erarbeitet, zu der nun die Kammern Stellung nehmen müssen.

Zi-Praxis-Panel 2014 erschienen

Das neue Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) ist veröffentlicht, das unter anderem die Einkommenssituation der Fachgruppen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) der Jahre 2010 bis 2013 vergleicht. Hier wird einmal mehr die Honorarbenachteiligung der gesprächsintensiven Fachgruppen deutlich. Während sich der Bruttoüberschuss der apparateintensiven Fachgruppen bei einem sowieso schon deutlich höheren Ausgangsniveau weiter erhöht hat (alle Fachgruppen inklusive der gesprächsintensiven Fachgruppen: +1,5 Prozent jährlich), haben nur die gesprächsintensiven Fachgruppen deutliche Verluste hinnehmen müssen (Beispiel Psychotherapeuten: -1,7 Prozent jährlich). Auch die ab 2012 rückwirkend geltende Honorarerhöhung für die genehmigungspflichtigen Leistungen ändert hieran wenig. Der im aktuellen ZiPP ausgewiesene Überschuss der Psychotherapeuten von 65.900 Euro würde sich rückwirkend für 2013 auf bestenfalls 70.000 Euro steigern lassen. Der Durchschnitt aller Fachgruppen liegt hingegen mit 145.400 Euro weiterhin bei einem mehr als doppelt so hohen Überschuss. Insofern kann die Honorarerhöhung, die von KVen und Kassen gern als großer Erfolg für die Psychotherapeuten und als „angemessen“ bezeichnet wird, bestenfalls als Feigenblatt angesehen werden, das die gravierende und sich stetig vergrößernde Benachteiligung der gesprächsintensiven Fächer verschleiern soll.

Wahlen in den KVen

Mitte des Jahres finden Neuwahlen für die Vertreterversammlungen der KVen statt. Der bvvp-Vorstand appelliert an seine Mitglieder, unbedingt an dieser Wahl teilzunehmen und unbedingt auf den jeweiligen Listen die Kandidaten des bvvp zu wählen, um den Einfluss des Verbandes zu sichern. Regional ergeben sich unterschiedliche, historisch gewachsene Listenverbindungen, an denen der bvvp beteiligt ist. Die ÄP haben die Möglichkeit, auf eigenen Listen oder gemeinsam mit anderen Fachärzten oder Hausärzten zu kandidieren. Die PP und KJP hingegen bilden einen eigenen Wahlkörper: Sie wählen ihre Vertreter getrennt auf eigenen Listen in die jeweilige Vertreterversammlung. Den Psychotherapeuten stehen dabei maximal 10 Prozent der Sitze zu. Alle gewählten Vertreter der PP und KJP aus allen KVen wählen dann gemeinsam die sechs Vertreter dieser Gruppe in die KBV-Vertreterversammlung.

Treffen des Gesprächskreises II

Die im Gesprächskreis II (GK II) zusammengeschlossenen mehr als 30 psychotherapeutischen Fach- und Berufsverbände haben bei ihrem Treffen am 2. April ausführlich über das Thema „Internet-Therapie“ diskutiert und eine Stellungnahme dazu beschlossen (Übersichtsseite Stellungnahmen: bit.ly/bvvp-stellungnahme). Der GK II möchte damit die Grenzen internetgestützter Programme aufzeigen und erreichen, dass auch bei diesen Vorgehensweisen die Kammern ihre berufsrechtliche Aufsicht ausüben können, wenn ÄP, PP oder KJP per Internet aktiv werden.

Einschränkung der Zuschläge

Auf Antrag der Kassen beschäftigte sich der Bewertungsausschuss erneut mit der Systematik der Zuschläge zu den genehmigungspflichtigen Leistungen. Entgegen der einhellig geäußerten Meinung der Psychotherapeuten, dass diese erneute Veränderung erst dann diskutiert werden sollte, wenn entsprechend einer Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22. September 2015 der G-BA die neue Systematik der Sprechstunde und Akutbehandlung verabschiedet hat, haben die Kassen auf einer sofortigen Eingrenzung bestanden. Das Ergebnis der Verhandlungen zwischen KBV und Krankenkassen besteht nun darin, dass beim vollen Versorgungsauftrag oberhalb der BSG-Maximalauslastung (36 Sitzungen pro Woche) weitere sechs halbe Zuschläge und bei einem halben Versorgungsauftrag oberhalb der halben BSG-Maximalauslastung weitere drei halbe Zuschläge berechnet werden können. Diese Einschränkung ist bei vollen Sitzen eher theoretisch, während sie bei halben Sitzen durchaus einen gewissen Prozentsatz an Psychotherapeuten trifft.

Neuntes PiA-Politik-Treffen

Am 14. März fand das 9. Politik-Treffen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) unter dem Motto „PiA-Politik ist nicht egal“ statt. Wieder kamen zahlreiche PiA, aber auch Studierende, Neuapprobierte und Interessierte aus dem ganzen Bundesgebiet zusammen und entwickelten Aktionen, um ihre Forderungen nach einer Reform zu bekräftigen. Das 10. PPT findet am 12. September 2016 in Berlin statt. Ansprechpartner im bvvp ist unser Vorstandsmitglied Ariadne Sartorius.

Indien – im Land der Gegensätze

Foto: Privat



Das erste Mal außerhalb von Europa reisen. Unsere Autorin war skeptisch, bis sie ihren Fuß auf indischen Boden setzte. Von da an überwog ein einziges Gefühl: Staunen

Von **Anna Ziebell**, PiA und kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp Niedersachsen

— **Es war schon spät**, als im Februar letzten Jahres mein Handy klingelte. Ich wusste, dass mich Herr Kremser anrufen wollte, und war entsprechend nervös. Hatte ich etwas angestellt? Ich rechnete mit vielem, aber nicht mit dieser Frage: „Haben Sie Lust, nach Indien zu fliegen?“ Nun, ein Jahr später habe ich die Reise hinter mir und kann von meinen Eindrücken berichten ...

Am 28. November 2015 kam ich am Flughafen in Frankfurt/Main an, gespannt auf die Dinge, die vor mir lagen. Zunächst waren das sieben Stunden Flug, die aber dank Inflight-Entertainment und einem netten indischen Sitznachbarn schneller als gedacht vergingen. Unser Flieger landete mitten in der Nacht – Ortszeit – in der indischen Hauptstadt Neu-Delhi. Noch etwas verwirrt setzte ich mir in der Fremde das Ziel, die anderen bvvp-ler zu finden – und fand sie schließlich anhand der roten Gepäckanhänger, die uns unser Reiseveranstalter zugeschickt hatte. Vor dem Flughafen erwartete unsere Gruppe: Geheupe, Smog, ein Soldat mit Maschinengewehr und streunende Hunde.

Mit einer Begrüßungskette aus Studentenblumen um den Hals hängend fuhren wir mit dem Bus durch das nächtliche

Neu-Delhi. Nach diesen vielen Eindrücken war die gesamte Gruppe glücklich, gegen vier Uhr endlich ins Bett zu fallen – nur um vier Stunden später wieder aufzustehen. Mit Neugierde und knurrendem Magen erkundete ich das indische Frühstück. Runde, ovale und andere fremde, zumeist frittierte Dinge erwarteten uns – und mit der Zeit trauten wir uns auch, sie auf unsere Teller zu laden.

Gesättigt und munter starteten wir in unseren ersten Tag. Mit dem Bus ging es nach Alt-Delhi, jenen Bezirk, der von den Stadtmauern aus dem 17. Jahrhundert umschlossen ist. Dort angekommen, besuchten wir zunächst eine Moschee, die aber nur barfuß betreten werden durfte. Die Frauen mussten sich außerdem in ein langes Gewand hüllen. Als sich die Uhrzeiger auf halb elf zubewegten, gab es keinen Snack zwischendurch (den sich so mancher gewünscht hätte), sondern eine Rikschafahrt quer durch Alt-Delhi. Ziemlich flott fuhr uns der Fahrer vorbei an offenen Gullilöchern, Affen, Obst- und Gemüseständen, wahnwitzigen Stromkabelknäueln und Open-Air-Friseuren. Erst jetzt, während es schaukelnd und rasant vorwärts ging, realisierte ich, dass ich nun wirklich in Indien war.

Die einwöchige Reise – fakultativ konnte man eine weitere Reiseweche durch den Bundesstaat Rajasthan hinzubuchen – führte uns von Delhi über Agra nach Jaipur und wieder zurück nach Delhi. Zu sehen gab es auf diesem Weg eine Menge: Gräber, Paläste, das Alltagsleben der Menschen, Wochenmärkte, den Tadsch Mahal, Mosaike, symmetrisch angelegte Gärten ... Die Aufzählung könnte ewig weitergehen.

Vor allem die Palastanlagen faszinierten, gaben sie doch einen Hinweis auf die Schönheit jener längst vergangenen Tage, als sie errichtet wurden. Vor dem inneren Auge wurden die Bilder aus Tausendeiner Nacht lebendig. Konträr zu pompösen Bauten wie dem Tadsch Mahal oder dem Sikh-Tempel Gurudwara Bangla Sahib dominierte im alltäglichen Leben der Inder jedoch ein maroder Charme: Alles schien in einen grauen Schleier gepackt zu sein. Selbst noch im Bau befindliche Häuser wirkten bereits alt und seltsam baufällig.

Neben den eher touristischen Sehenswürdigkeiten standen auch berufsbezogene Punkte im Vordergrund, wie die Besichtigung einer psychiatrischen Einrichtung mit anschließendem Vortrag zum Thema „Integration von moderner west-



Foto: Anna Ziebell

Wie läuft psychiatrische Behandlung in Indien ab? Auf einer Gruppenreise konnten sich bvvp-Mitglieder einen eigenen Eindruck verschaffen – und wurden Zeuge von starken Kontrasten, die dieses Land prägen

licher Psychologie und indischer Philosophie“. Der Besuch zeigte, dass sich psychiatrische Institutionen sowie die Behandlung von Patienten deutlich von dem unterscheiden, was ich aus Deutschland kenne. Das eingestellte Wachpersonal war – so sah es aus – nicht nur dafür da, die Einrichtung zu schützen, sondern auch die Patienten zu bewachen und zu maßregeln. Als zweite Fachexkursion stand ein Besuch in einem Yogacenter an. Dabei wurde uns erneut ein Vortrag geboten – und wir konnten auch ein paar Yogaübungen ausprobieren.



Foto: Moján Kaufmann

Generell sind mir die vielen Kontraste in Erinnerung geblieben: farbenfrohe Kleidung vs. Smog, der alles blass färbte. Grüne Weiten während der Überlandfahrt vs. eng bebaute Städte, in denen jeder Platz ausgenutzt wurde. Verdorrte Grasflächen in der Stadt vs. wunderschöne Blütenpracht auf dem Land. Arm vs. Reich.

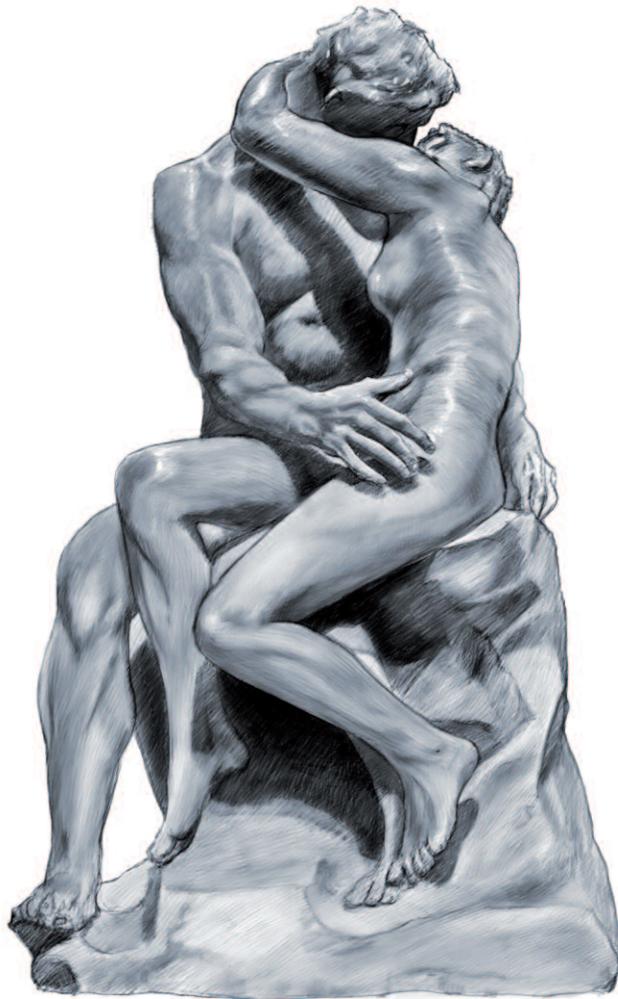
Zwei Dinge sollte man auf seiner Delhi-Reise keinesfalls missen: Ich würde jedem zu einer Tuk-Tuk-Fahrt und einem Besuch des Sikh-Tempels in der Dämmerung raten. Wieder handelt es sich um Gegensätze: Im Tuk-Tuk, einer motorisierten



Foto: Moján Kaufmann

Rikscha-Variante, erlebt man das Gewusel auf den Straßen Delhis. Im Tempel wird man durch die fernöstlichen Gesänge aus der Hektik herausgerissen.

Ich muss ehrlich zugeben: Vor der Reise war ich unsicher. Noch nie bin ich so weit weg gewesen, umgeben von so viel Fremdem. Aber nun, nach der Reise, schätze ich mich glücklich, dass ich die Erfahrung habe machen können. Die Scheu vor weit entfernten Ländern habe ich in Indien verloren. Es würde mich nicht wundern, wenn mich mein Weg noch einmal in dieses Land der Gegensätze führen wird.



„LE BAISER“ AUGUSTE RODIN | ILLUMINATION: LESTRUPHEN

Nur stark gemeinsam

Gute Kunst berührt uns, wenn es ihr gelingt, leblosem Material eine Seele einzuhauchen, wenn sie die Grenze zwischen Körper und Geist transzendiert.

Die Medizin hat jahrhundertlang einen anderen Weg beschritten: Nicht der Einheitsgedanke, der strikte Dualismus zwischen Soma und Psyche steht im Vordergrund. Doch langsam bricht das alte Dogma auf: Mediziner aus allen Disziplinen führen wieder zusammen, was zusammengehört.

Ein Schwerpunkt über die Grenzgänger zwischen Psyche und Soma –
und über den Körper als Spiegel der Seele

Leibhaftig und beseelt

Warum eine Trennung in Geist und Körper keinen Sinn macht

Von **Norbert Bowe**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp

— **Wenn Thomas Fuchs** in seinem Artikel über das Wort Leib ausführt, dass es zum gleichen Wortstamm wie das Wort Leben gehört, dass der Leib mit dem Lebendigen, mit der „leibhaftigen“ Gegenwart eines Menschen verknüpft ist, so führt er mitten in das Thema hinein. Sprechen wir dagegen vom Körper – vom lateinischen „corpus“ = Körper, Leichnam –, so wechseln wir den Blickwinkel. Wir betrachten ihn – von der bewegten Lebendigkeit abstrahierend – als einen primär materiellen Gegenstand, als zu nutzendes oder auch zu manipulierendes Instrument. Unsere Schwierigkeit mit dem Leib liegt in seiner Ins-Leben-Geworfenheit. Hier geht es nicht um das Machbare, sondern um das, was uns und in uns geschieht, was wir gelassen annehmen können oder mit dem wir hadern. Daher ist das Wort Leib unmodern geworden in einer Zeit, in der die Möglichkeiten der Selbstoptimierung und -manipulation exponentiell gewachsen sind.

Die Medizin hat mit der Konzentration auf den objektivierbaren „Körper“ eine folgenschwere Aufteilung vollzogen – der medizinische Fortschritt scheint dem Vorrang der Machbarkeit recht zu geben. Fachgebiete, in denen die Psyche ins Körperliche hineinspielt oder im fachlichen Mittelpunkt steht, geraten da an den Rand.

Umso spannender sind die Untersuchungsergebnisse, die der Chirurg Bernd Hontschik vorstellt: Er fand heraus, dass junge, schweigsame Patientinnen, die nach einem Familienwochenende in Begleitung ihrer das Gespräch an sich reißen Mütter zur Aufnahme kommen, von jungen,

männlichen Chirurgen zu 70 Prozent mit der Fehldiagnose Blinddarm operiert wurden. Das passiert, wenn der Chirurg nur den Akt der Operation vor Augen hat, den Körper des Patienten nur als ein für den Eingriff offenes Objekt betrachtet. Für die Phase vor und nach der Operation, wenn ihm der Patient leibhaftig als leidendes, gefühl- und willenbegabtes Subjekt gegenübersteht, kann er dagegen kein Interesse und keine medizinische Erfahrung aufbieten. Schon Anamnese- und Befunderhebung, Grundlage jeglicher Indikationsstellung, verlangen Offenheit für verbale, nonverbale und szenische Botschaften, damit Familienkrisen nicht unter dem Skalpell landen.

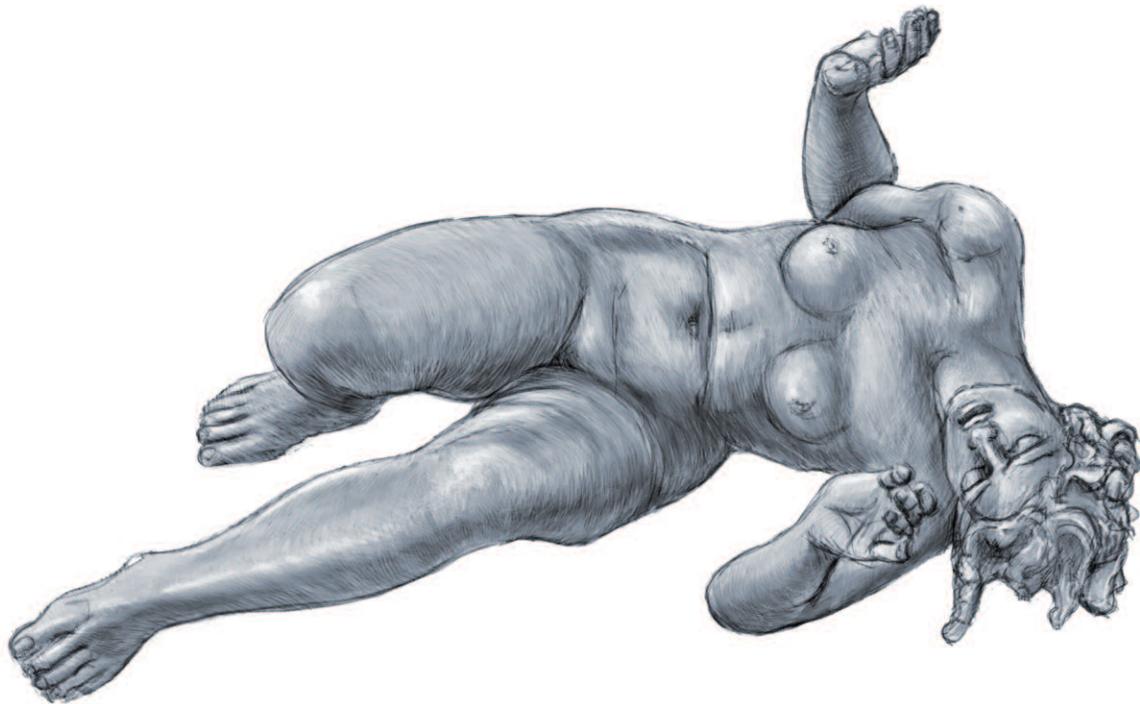
Wir sehnen uns alle danach, dass die uns begegnenden Leiden mit einfachen Erklärungen zu erfassen und machbaren Maßnahmen zu behandeln sind, und tun uns mit Perspektivwechseln schwer. Dies wirkt sich, wie Constanze Hausteiner-Wiehle uns vor Augen führt, besonders bei den Patienten aus, die anhaltend unter gravierenden, somatisch lokalisierten Beschwerden ohne objektivierbare Befunde leiden oder bei denen weder Psychisches noch Somatisches als Primärleiden ausgemacht werden kann. Der Umgang mit dem nicht klar Fassbaren belastet die Betroffenen und verlangt vom Behandler Geduld, Frustrationstoleranz und viel Einfühlung. Aber diese „Grenzerfahrungen“ können auch helfen, mehr über die Komplexität der Leiblichkeit, auch der eigenen, zu erfahren und etwas von der Gelassenheit zu entwickeln, die wir nach Fuchs den Lebensvollzügen gegenüber benötigen.

Dass die Komplexität seelisch-leiblicher Manifestationen sich aus der Seinsgrundlage allen Seelenlebens verstehen lässt, kann man dem Artikel von Ulfried Geuter entnehmen. Lebewesen bilden ihre innere Welt in der Auseinandersetzung mit der äußeren Welt als Erfahrungen im „Prozess des Lebens selbst“. Dabei wird eine Einheit aller Lebensprozesse einschließlich der vegetativen, motorischen und kognitiven erlebt. Die Geschichte der Erfahrungen lebt in affektmotorischen Schemata fort, in denen Körperhaltungen, Bewegungsweisen, Atem, Muskelspannungen, motorische Impulse und Bauchgefühle gebündelt sind neben Fantasien, Träumen und Gedanken, die unser Erleben beeinflussen. In der Körpertherapie werden Inkongruenzen zwischen (unbewusster) Körpersprache und Sinngebung aufgespürt. Indem wir sie in der therapeutischen Sitzung nachvollziehen, werden sie dem Eigenerleben und dem Erleben in der Gegenübertragung (wieder) zugänglich gemacht.

Timo Storck weist in seinem Artikel auf die Bedeutung von Berührungserfahrungen hin, in denen ein ambivalenter Versuch von Grenzsetzung gesehen werden kann. Einerseits gelte dies für psychische Individuationsprozesse, aber auch für die Erfahrung von Leiblichkeit von Selbst und Objekt und für psychosomatische Symptombildungen.

Der leibhaftige, beseelte Mensch in all seinen Bezügen gehört ins Zentrum der Heilkunde, während auf den Körper als zu behandelndem Objekt nur vorübergehend zu fokussieren ist. —

Familienkrise mit dem Skalpell behandelt



„LA QUIÈDE“, ARISTIDE MAILLOU | ILLUSTRATION: LESPEDEKEN

Wenn Chirurgen vergessen,
dass auf dem OP-Tisch fühlende Wesen
mit Wünschen und Ängsten liegen,
entstehen Fehler – und unnötige Operationen

Von **Bernd Hontschik**

— Körper und Seele: ein Dauerbrenner in der Auseinandersetzung mit den paradigmatischen Grundlagen der Humanmedizin. Gerade Chirurgen wissen sehr genau, dass es noch etwas anderes geben muss zwischen Himmel und Erde als die „Maschine“ Mensch, an die sie ständig Hand anlegen. Zu eindrucksvoll sind immer wieder unterschiedlichste Verläufe bei identischen körperlichen Voraussetzungen aufseiten der Patienten – und aufseiten der Chirurgen. Welchen Platz also sollte die Psychosomatik in der Chirurgie haben, sollte sie überhaupt einen haben?

In der Geschichte der Psychosomatik spielt die Chirurgie an einer Stelle eine kurze, aber wichtige Rolle. Flanders Dunbar, eine Schülerin von Franz Alexander, verfolgte 1954 eine spannende Annahme: Ähnlich wie man in der Psychoanalyse zeitlich eingrenzbar biographischen Lebensphasen die Entstehung entsprechender Neurosen zuordnet (Waschwang – anale Phase), glaubte sie, dass auch in der Psychosomatik einer bestimmten körperlichen Erkrankung ein solcher typischer biographischer, ungelöster Konflikt zugrunde liegen könnte. Dunbar untersuchte mit dieser Fragestellung Patienten, die an Angina Pectoris litten. Als Kontrollgruppe wählte sie Patienten einer Unfallstation. Die Untersuchung blieb hinsichtlich der Angina Pectoris-Patienten ohne jedes Ergebnis.

„Eine hochinteressante Überraschung aber widerfuhr der Autorin bei der Analyse ihrer Kontrollgruppe, die sie aus den Patienten einer Unfallstation bildete, in der Annahme, dass es sich dabei wohl mit Sicherheit um Patienten handeln müsse, deren Ursache des Leidens rein physischer Natur, abhängig nur vom Zufall und von mechanischen Bedingungen, sei. Die Mehrzahl der Patienten hatte nämlich schon eine Reihe von Unfällen erlebt, jedenfalls wesentlich mehr, als es der statistischen Erwartung entsprochen hätte (Wesiack, in: Loch 1983).“ Bei einer Beratungstätigkeit für eine weltweit tätige Spedition konnte sie diese Ergebnisse später noch einmal bestätigen. Es ließen sich bei der Analyse der Lkw-Unfälle bestimmte Fahrer herausfiltern, die besonders häufig in Verkehrsunfälle verwickelt waren. Diese Fahrer wurden in den Innendienst versetzt. Dort stolperten sie dann

Der Kontakt mit den Patienten vor und nach der Operation wird häufig vernachlässigt. Ohne dessen Ängste und Wünsche zu berücksichtigen, wird die Arzt-Patient-Beziehung aber scheitern

überzufällig häufig über Türschwellen, zogen sich an zerbrochenen Gläsern Schnittwunden zu oder verbrühten sich mit heißem Kaffee. Es gibt also einen Unfalltyp, einen Angina-Pectoris-Typ hingegen nicht. Das soll keine Debatte über die Spezifitätshypothese (gleiche Krankheit – gleicher Konflikt) aufwärmen, im Gegenteil. Ein Unfall ist ein Vorgang, ein Handlungsablauf, aber keine Krankheit.

Die Chirurgie bezieht ihre Identität allein aus ihrer Tätigkeit, aus ihrem Handeln. Wenn es für eine Krankheit oder eine Krankheitsphase eine angemessene operative Therapie gibt, ist die Krankheit eine chirurgische Krankheit und der Patient ein chirurgischer Patient. Wenn nicht, dann nicht. Daraus ergibt sich, dass die Krankheit keine Rückschlüsse auf die Ätiologie zulässt. Man kann also nicht ein chirurgisches Lehrbuch nehmen und die übliche Darstellung von Befund, Diagnose und Therapie noch um ein psychosomatisches Anhängsel ergänzen. Es gibt nämlich keines.

Wenn also die chirurgischen Krankheiten nicht der Schlüssel zum Verstehen sind, dann muss der chirurgische Patient in den Mittelpunkt rücken. Auch in der Chirurgie werden nicht Krankheiten, sondern Kranke behandelt. Das Einzige aber, was chirurgische Patienten gemeinsam haben, ist die potenzielle chirurgische Therapie. Somit können auch chirurgische Patienten strukturell nichts gemeinsam haben außer Zufälligkeiten. Wenn es also überhaupt einen Platz für die Psy-

chosomatik in der Chirurgie gibt, dann nicht in der chirurgischen Krankheitslehre und nicht in der Betrachtung der chirurgischen Patienten. Es bleibt nur die Betrachtung des chirurgischen Handelns übrig.

Das chirurgische Handeln wird immer mit dem Handwerk der operativen Fertigkeit gleichgesetzt. Es wird dabei aber übersehen, dass vor und nach einer Operation ganz entscheidende Phasen chirurgischen Handelns stattfinden, während in der Phase der eigentlichen Operation vom dynamischen Standpunkt aus betrachtet eher wenig passiert. Wäre die Chirurgie nur ein Handwerk, dann wäre der Mensch, also der Patient, auch nur ein Werkstück, eine „triviale Maschine“, wie Heinz von Foerster das genannt hat (von Foerster 1993). Eine triviale Maschine zeichnet sich dadurch aus, dass auf die gleiche Ursache (Input) immer und ausschließlich die gleiche Folge sichtbar wird (Output). Es handelt sich um ein triviales, ein nicht lernendes Modell. Es wird eine objektive Realität unterstellt. Diese objektive Realität ist unabdingbar, immer gleich und sinngebend.

Das Modell der trivialen Maschine ist für die Chirurgie fundamental und unverzichtbar. Es ist die Grundlage enormer chirurgischer Behandlungserfolge der letzten 100 Jahre. Interventionen im Sinne des trivialen Maschinenmodells sind immer dann notwendig, wenn ein akutes Krankheitsgeschehen ein unmittelbares Eingreifen erfordert, um die physiologisch-physikalischen Abläufe aufrechtzuerhalten. Konkret: Der intubierte polytraumatisierte bewusste Patient im Notarztwagen ist mit seinen „trivialen“ physikalischen, chemischen und biologischen Funktionen in Lebensgefahr. Der Chirurg handelt nun mit einem konstanten, nicht lernenden, entschlossenen Prinzip, steuert vitale Funktionen medikamentös, maschinell, operativ und invasiv. Der Chirurg weiß „alles“ über diesen Patienten. Der Patient hat keinerlei Geheimnisse, sondern ist ein hochkompliziertes System voller mechanischer, physikalischer, chemischer und biologischer Kausalitäten.

Gegenüber diesem Extremfall auf der einen Seite stelle man sich den gleichen Patienten (gerettet) vier Wochen später als

einen Diabetiker vor – mit viertgradiger arterieller Verschlusskrankheit eines Beines, Ulcus cruris und Mal perforans, gestörtem Sehvermögen und einer reaktiven Depression. Vom Ulcus cruris geht eine Phlegmone aus, es droht eine Sepsis. Jetzt ist kein entschlossenes, kommunikationsloses Eingreifen gefragt. Jetzt liegt ein Patient im Krankenbett mit einer Vergangenheit und einer Gegenwart, mit Wünschen und Ängsten für seine Zukunft.

Der Chirurg weiß zunächst nichts über diesen Menschen, der sich aus seiner Welt, aus seiner Blackbox, mit mehr oder weniger verständlichen Zeichen zu seinen existenziellen Problemen äußert, die er jetzt hat, auch zu der Frage der bevorstehenden Unterschenkelamputation. Biologie, Chemie und Physik helfen jetzt nichts. Jetzt muss ein anderes Kommunikationskonzept zum Zuge kommen, eines ohne objektive Realität, ohne objektives Wissen über das Subjekt Patient. Jetzt weiß der Chirurg nichts über diesen Patienten: Jetzt steht ihm kein offenes, triviales System gegenüber, sondern ein geschlossenes, ein verschlossenes. Der Chirurg muss auf Zeichen achten, auch auf die eigenen, und er muss mit dem Patienten eine gemeinsame Realität aufbauen, eine Passung, ohne die es kein therapeutisches Weiterkommen geben kann. Dieses konstruktivistische Kommunikationsmodell nennt Heinz von Foerster das der „nicht-trivialen Maschine“.

Verschreibt sich der Chirurg aber nun weiter dem Konzept der trivialen Maschine, dann wird die Arzt-Patient-Beziehung scheitern, unabhängig von der technischen Fertigkeit dieses Arztes. Ein solches Scheitern ist die Voraussetzung für die verschiedensten postoperativen Komplikationen, von Wundheilungsstörungen über Chronifizierungen und Nachoperationen bis zur „Psychiatriisierung“ aufgrund des eintretenden psychosozialen Desasters.

Die ärztliche „Kunst“ des Chirurgen besteht also darin, die aktuelle Situation des Patienten zwischen den beschriebenen Polen zu erkennen. Er muss sozusagen zwischen dem trivialen und dem nicht-trivialen Maschinenmodell floaten, wandern, frei schweben.

Vor einer Operation steht die erste Phase des chirurgischen Handelns, die Phase der

Auffällig viele Fehldiagnosen bei Appendektomien führten auf eine ungewöhnliche Fährte: Waren die Unterleibschmerzen pubertierender Töchter Ausdruck einer wochenendlichen Familienkrise?

Indikation, und nach der zweiten Phase, der Operation, steht die dritte Phase des chirurgischen Handelns, die Phase der Restitution.

Ich betrachte also nicht chirurgische Krankheiten, auch nicht chirurgische Patienten, sondern den chirurgischen Handlungsablauf. Weder bei der Indikation noch bei der Restitution sind in erster Linie technisch-handwerkliche Fähigkeiten gefragt, sondern vielmehr professionelle Fähigkeiten in der Arzt-Patient-Beziehung. Diese Fähigkeiten sind erlernbar (Hontschik 2013). Das möchte ich an einem Beispiel aus dem Abschnitt der Indikation verdeutlichen.

Als Chirurg ist man immer zuerst mit der Indikation befasst. Dabei sind es immer gleiche oder zumindest ähnliche Abläufe, insbesondere im Umgang mit der immer im Vordergrund stehenden Angst der Patienten vor einer Operation. Immer wieder aber fielen mir Patienten auf, die nicht erleichtert waren, wenn ich keine Operationsindikation feststellte, sondern im Gegenteil eine aggressive Auseinandersetzung mit mir begannen, also auf einer Operation bestanden. Daher beobachtete ich diese Fälle etwas genauer, denn sie hinterließen bei mir immer ein schlechtes Gefühl: Fast immer handelte es sich um die Indikation zur Appendektomie. Fast immer waren die Patienten Mädchen und junge Frauen. Fast immer waren es außerdem gar nicht die eigentlichen jungen Patientinnen, die die Auseinandersetzungen mit mir begannen, sondern die regelmäßig mit anwesenden Mütter. In die weitere Aus-

wertung wurden auch unkonventionelle Parameter einbezogen, wie der Wochentagsrhythmus, Alter und Geschlecht des chirurgischen Erstuntersuchers, Diagnose-sicherheit in den verschiedenen zeitlichen Abschnitten des chirurgischen Arbeitstages und anderes.

Es stellte sich heraus, dass diese schweigsamen Mädchen und jungen Frauen, die Auseinandersetzung zwischen beredter Mutter und Chirurg beobachtend, etwa zehnmal häufiger an Montagen in der chirurgischen Ambulanz auftauchten, als dies nach dem statistischen Zufall zu erwarten gewesen wäre. Die untersuchenden Chirurgen waren zu 20 Prozent häufiger junge männliche Chirurgen, als dies ihrem Anteil am ärztlichen Ambulanzpersonal entsprach. Vorsichtig formuliert: Junge männliche Chirurgen wiesen eine erhöhte Affinität zu jungen weiblichen Patientinnen mit Unterbauchschmerzen auf.

Die Fehldiagnoserate bei diesen Mädchen und jungen Frauen betrug circa 70 Prozent, während sie bei allen männlichen Patienten und bei Frauen sonstigen Lebensalters mit etwas über 20 Prozent der krankheitsimmanenten Fehldiagnoserate von circa zehn Prozent zumindest nahekam. Das Risiko dieser Töchter, unnötig appendektomiert zu werden, lag zehnmal höher als das männlicher Jugendlicher gleichen Alters oder das jüngerer oder älterer Frauen. Nebenbei bemerkt: Wahrscheinlich hängt es nur von den innerfamiliären Machtverhältnissen ab, welche der beiden Frauen zur chirurgischen Patientin wird, denn die Zahl der Gallenblasenentfernungen und/oder der verstümmelnden gynäkologischen Eingriffe am weiblichen Genitale ist in dem Alter der Mütter eigenartig hoch.

Damit konnte ich eine Hypothese bilden: Es könnte sich um eine durch Pubertät und Adoleszenz, also durch die erwachende eigenständige Sexualität der Tochter ausgelöste Familienkrise handeln, die natürlich am Wochenende eskaliert und in der spätestens am Montag eine ganz bestimmte Sorte Mann als Ausweg gesucht werden muss und gefunden wird. Wir finden überzufällig häufig an Montagen ein stereotypes, regelmäßiges Vorspiel zwischen junger Frau (Patientin), jungem Mann (Chirurg) und älterer Frau (Mutter), das entweder (wenn

der Chirurg sich verweigert) tiefe Aggressionen auslöst oder (spielt der Chirurg mit) eine unnötige Operation nach sich zieht: Am Ende wird unter sterilen Kautelen der Unterbauch rechtsseitig eröffnet und das unschuldige Organ entfernt. Operateure sagen oft lapidar, die Appendix erröte, wenn sie – nicht erkrankt – ans Licht gezerrt wird. In manchen chirurgischen Lehrbüchern wird die Appendix auch als ins Operationsfeld erigiert beschrieben. So hat man es bei dieser Operation ständig mit doppeldeutigen – man könnte auch sagen eindeutig sexuellen – Begriffen zu tun.

Die Symbolik des Eingriffs in den Unterbauch, die unbewusst einer sexuellen Handlung wie Defloration mit Geschlechts- und Schwangerschaftskontrolle oder einer Strafe oder einer Kastration oder einer Beschneidung mit unsichtbarer, innerer Verstümmelung und sichtbarer, äußerer Vernarbung nahekommt, diese Symbolik beinhaltet auch das aggressive Element, das sich in der Mutter findet, die neben der aufblühenden Tochter zu verblassen droht. Die immer schweigenden Töchter wiederum sind an einer Art Absolution für die mit ihrem sexuellen Erwachen ausgelöste Familienkrise interessiert und nehmen die Operation quasi als gerechte Strafe in Kauf. Vielleicht ist es auch nur eine Art von Vergegenständlichung des Begriffs Einschnitt, welcher ja an jedem Übergang von einer Lebensphase in die andere zu verzeichnen ist. Man könnte solche Gedanken noch weiterspinnen, wenn man eine solche Operation, massenhaft ausgeführt wie in unserem Land üblich, als zivilisierte Sonderform eines Initiationsritus auf sich wirken lässt. Begreift man diese Töchter im Sinne Balints als vorgeschobene Patientinnen, die stellvertretend für ihren die ganze Familie betreffenden Adoleszenzkonflikt operiert werden, so kann man auch sagen, dass die Chirurgie hier missbraucht wird, sich missbrauchen lässt zu einer Art „Familien-therapie“ oder, wie ich es nennen würde, zu einer „Psychotherapie mit dem Skalpell“.

Mit solchen Erkenntnissen kann man die triviale Realität der Chirurgie völlig verändern. Wir haben uns in unserer Klinik entschlossen, diese nicht krankheitsimmanent, sondern psychodynamisch verursachten Fehldiagnosen abzustellen. Unsere

Mit der Spezialisierung „Psychosomatik“ findet ein „Outsourcing“ des Menschen aus der Humanmedizin statt

Maßnahme war einfach: Die bislang nur für die Zeit des Bereitschaftsdienstes geltende Maxime, nur akute Fälle, dann aber unverzüglich zu operieren, wurde in die normale Arbeitszeit übernommen. Mit anderen Worten: Keine Appendektomie mehr als Wahl-eingriff, geplant auf dem Operationsprogramm, sondern immer nur sofort oder gar nicht, was auch für die zur Beobachtung aufgenommenen unklaren Fälle galt.

Die Ergebnisse dieser Umstellung von dem vormals sehr weiten auf ein jetzt restriktives Indikationskonzept hat alle überrascht: Statt wie bislang über 600 Appendektomien im Jahr wurden von da an – und bis heute – nur noch weniger als 150 durchgeführt, also ein Viertel.

Ich bin sicher, dass nahezu alle Operationsindikationen unserer täglichen chirurgischen Praxis in dieser ganzheitlichen, Körper und Seele nicht trennenden Weise durchdacht werden könnten. Erfahrung und Selbsterfahrung sind dazu nötig. Diese Fähigkeiten sind nicht angeboren. Diese Fähigkeiten sind erlernbar.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es chirurgische Krankheiten im nosologischen Sinn ebenso wenig gibt wie den chirurgischen Patienten. Betrachtungen, die das chirurgische Handeln in den Mittelpunkt stellen, zeigen das herrschende triviale Maschinen-Paradigma der Humanmedizin, das Ursache-Wirkungs-Denken, das selbstverständlich auch das der Chirurgie ist, als völlig unzulänglich. Daher kommt ein additives Verfahren, das die Psychosomatik als eigenständiges ärztliches Fach ansieht, als Ausweg nicht infrage. Und es wäre völlig absurd, aus guten Chirurgen schlechte Psychotherapeuten machen zu wollen. Außerdem kann ein chirurgischer Patient nach einer Operation nicht psychisch gesünder sein, als er es vorher war.

Aus meiner Sicht ist es daher mehr als bedauerlich, dass die Psychosomatik ein ei-

genständiges Fach geworden ist (damit meine ich nicht die Psychotherapie!). Es ist dadurch zu einer weiteren Zementierung der Zerteilung der Medizin für körperlose Seelen und einer Medizin für seelenlose Körper gekommen, sozusagen zu einer Art von schleichendem „Outsourcing“, Seelisches wird als fachfremd, als „Überlagerung“ ignoriert oder abgetan und an die neuen Spezialisten delegiert. Der biopsychosoziale Zusammenhang, diese faszinierende individuelle Konstruktion von Wirklichkeit, die jedes Lebewesen, jeder Mensch leisten muss, um zu überleben, und innerhalb derer sich auch Gesundheit und Krankheit entwickeln und entscheiden, wird an neue Spezialisten delegiert. Bernard Lown nennt das „die verlorene Kunst des Heilens“ (Lown 2015).

Dagegen ist Widerstand angesagt. Selbstverständlich beinhaltet dieser Widerstand auch die kategorische Ablehnung der trivialen Schematisierung der ärztlichen Tätigkeit, wie wir sie schon in der International Classification of Diseases finden, zunehmend gesteigert in Managed Care und Disease-Management-Programmen, Qualitätsmanagement oder Diagnosis Related Groups. Das sind die modernen Chiffren zur Zerstörung jeder individuellen Wirklichkeit in der Heilkunde.

Die Psychosomatik gehört in die Chirurgie hinein, und in alle anderen Fächer auch. So verstandene Psychosomatik muss also daran arbeiten, sich überflüssig zu machen. —

Literatur kann beim Verfasser angefordert werden: chirurg@hontschik.de; www.medizinHuman.de



Foto: Privat

**Dr. med.
Bernd Hontschik**

ist Chirurg und Publizist. Bis 1991 war er Oberarzt am Klinikum Frankfurt-

Höchst, bis 2015 in seiner chirurgischen Praxis in der Frankfurter Innenstadt tätig. Der gebürtige Grazer arbeitet als Kolumnist für die „Frankfurter Rundschau“ und gibt mit „medizinHuman“ eine Taschenbuchreihe im Suhrkamp Verlag heraus. Jüngste Buchpublikation: „Hippokrates for Sale“ (2014).



"EDUCATION OF A FORM" = HUMAN, LUNAR, SPECTRAL, HAAS' ART | ILLUSTRATION: LESNICKAYA

Kein Befund – was nun?

Schwierige Patienten oder unpassendes System? Wie wir funktionelle und somatoforme Störungen einordnen und mit ihnen umgehen können

Von **Constanze Hausteiner-Wiehle**

Etwa 20 bis 30 Prozent aller Patienten in Hausarztpraxen und bis zu 50 Prozent in Spezialambulanzen haben Beschwerden (zum Beispiel: Schmerzen, Schwindel, Erschöpfung), die nach hinreichender Diagnostik nicht durch eine definierte körperliche Erkrankung erklärt werden können.

Rund zwei Drittel davon verlaufen so leicht, dass sie weder Lebensqualität noch Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Aus solchen nicht-spezifischen Beschwerden bzw. Befindlichkeitsstörungen werden nur dann Krankheiten, wenn etwa durch das Umfeld, Medien oder Ärzte Krankheitsängste geschürt oder vorschnell Diagnosen vergeben werden („iatrogene Somatisierung“).

Bei etwa einem Drittel der Patienten verlaufen die Beschwerden chronisch, können

sogar zu Verrentung oder dauernder Bettlägerigkeit führen. Als Risikofaktoren gelten unter anderem belastende (Körper-)Erfahrungen wie Flucht, Gewalt, Vernachlässigung, schwere Krankheit oder Krankheit der Eltern. Aktuelle Belastungen wie Konflikte am Arbeitsplatz oder in der Partnerschaft, eine körperliche Begleiterkrankung, eine Operation oder ein Unfall können konkrete Auslöser darstellen.

Schwierige Patienten?

In der „somatischen“ Medizin erfahren Betroffene anfangs oft viel Engagement („Das kriegen wir hin!“), ernten später aber Unverständnis („Das kann doch gar nicht sein“). Auch bei Psychotherapeuten sind sie nicht sonderlich beliebt, da sie ...

- Verunsicherung auslösen. Das organische Korrelat der Beschwerden ist (gerade für Psychologische Psychotherapeuten) oft schwer zu beurteilen; die notwendige Abstimmung mit anderen Behandlern, zum Beispiel dem Hausarzt, wird oft als lästig und unangebracht empfunden.
- eine dysfunktionale Inanspruchnahme aufweisen. Sie brechen zum Beispiel Behandlungen ab oder berichten neuen Behandlern nicht über Vorbefunde.
- oft kein klares Anliegen, keine hohe Therapiemotivation und ein anderes Krankheitsverständnis als der Therapeut haben. Dann streiten beide über die „eigentliche“ Ursache oder die „richtige“ Behandlung. Hinzu kommen Missverständnisse durch die unterschiedliche Wahr-

nehmung und sprachliche Umsetzung körperlicher und emotionaler Vorgänge in verschiedenen Schichten und Kulturen.

Schwierige Behandlungssituationen entstehen nicht nur durch „schwierige Patienten“, es gibt auch „schwierige Behandlungen“.

Unpassendes System?

Unser dualistisches Krankheitsverständnis betrachtet Leib und Seele als getrennt, den Körper als berechenbare Maschine. Entsprechend werden funktionelle und somatoforme Störungen vor allem über eine „fehlende organische Erklärbarkeit“ definiert (und leider oft als „Sie haben nichts!“ kommuniziert).

Dieses Postulat hat sich aber als kaum haltbar erwiesen, denn:

- „Objektive“ Untersuchungen, zum Beispiel Antikörpertiter, haben oft wenig mit dem Ausmaß der subjektiven Beeinträchtigungen zu tun. MRT-Befunde korrelieren zum Beispiel nicht mit Rückenschmerzen.
- Fachleute sind sich oft uneinig darüber, welche Befunde „organisch erklärt“, welche „organisch unerklärt“ sind. Zudem gibt es meist zu viele (vielleicht noch unbekannt) Tests, die man zum Ausschluss aller denkbaren Differenzialdiagnosen durchführen müsste.
- Eine „vollständige“ organische Abklärung führt zu einer Fixierung auf somatische, erschwert aber die Berücksichtigung psychosozialer Aspekte. Psychische Erkrankungen bis hin zum Suizid drohen übersehen zu werden.
- Menschen haben oft „unerklärte“ und „erklärte“ Beschwerden zugleich, entweder zusätzliche funktionelle Befunde (erhöhter Muskeltonus, erhöhte Herzfrequenz) oder strukturelle organische Erkrankungen (zum Beispiel MS-assoziierte Fatigue).
- Zudem gibt es körperliche Erkrankungen, die sich typischerweise in unspezifischen Beschwerden äußern und immer wieder als „psychisch“ fehlgedeutet werden („Chamäleon“; zum Beispiel neurologische, endokrinologische, Autoimmunkrankheiten). Es gibt in der Medizingeschichte mehrere Erkrankungen, die als „psychogen“ fehleingeschätzt wurden, bis eine

überwiegend „organische“ Pathophysiologie aufgeklärt wurde (zum Beispiel Myasthenia gravis, Colitis ulcerosa).

Was ist überhaupt „körperlich“, was ist „psychisch“?

Es gibt zahlreiche Belege dafür, dass die strikte Trennung nicht aufrechtzuerhalten ist, dass „körperliche“ und „psychische“ Prozesse eng ineinandergreifen, zum Beispiel:

- Das Gefühl des Ausgegrenztseins stellt sich in der funktionellen Bildgebung in denselben Hirnarealen dar wie physischer Schmerz.
- Ob Patienten nach einer Verletzung chronische Schmerzen entwickeln, hängt weniger von Verletzungsmuster und -schwere ab als vielmehr von psychosozialen Faktoren wie der Arbeitsplatzzufriedenheit.
- Die Wahrscheinlichkeit, nach einer Virenexposition an einer Erkältung zu erkranken, hängt auch von der sozialen Integration ab.

Unsere Schwierigkeiten im Umgang mit unklaren Körperbeschwerden zeigen sich auch in der Sprache. Wir haben unscharfe diagnostische Kriterien und keine einheitliche Terminologie:

Funktionelle Syndrome wie zum Beispiel Fibromyalgie-, Reizdarm-, Chronisches Müdigkeitssyndrom und Multiple Chemikaliensensitivität gelten trotz fehlender körperlicher Befunde oder pathophysiologischer Erklärungen als „somatische Erkrankungen“, mit entsprechenden ICD-Codierungen. Die Lebensqualität ist oft paradox stark beeinträchtigt, die psychische Komorbidität liegt bei rund 50 Prozent. (Das heißt aber auch, dass 50 Prozent keine kriteriumsgemäß ausgeprägte psychische Diagnose haben.) Die Überlappung der Syndrome untereinander ist groß, sodass vermutet wurde, dass es sich nicht um eigenständige Erkrankungen, sondern um unterschiedliche Manifestationsformen ein und desselben Phänomens handelt („Ein-Syndrom-Hypothese“).

Die psychosoziale Medizin hingegen beschreibt Körperbeschwerden ohne hinreichendes organisches Korrelat, die zu einer erhöhten Inanspruchnahme und

einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit führen, als somatoforme Störungen und damit als „psychische Erkrankungen“ (F-Diagnosen), was Patienten oft nicht akzeptieren. Die Kernkategorie „Somatisierungsstörung“ ist selten, viel häufiger finden sich subsyndromale Formen und Mischbilder aus einigen körperlichen Beschwerden und Gesundheitsangst (undifferenzierte Somatisierung und Hypochondrie). Die Komorbidität mit depressiven, Angst-, Sucht- und Traumafolgeerkrankungen, bei schweren Verläufen auch mit Persönlichkeitsstörungen, ist hoch. Leider gibt es auch eine Reihe besonders abwertender Bezeichnungen (Koryphäen-Killer-Syndrom, Morbus Mittelmeer, heartsink patient).

Schubladenartige Trennung überdenken

Eine grundlegende Reform unserer Herangehensweise an unklare Körperbeschwerden scheint also notwendig – und findet gerade statt: 2009 wurde für den deutschsprachigen Raum die „chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ neu in die ICD-10 aufgenommen (F45.41). Sie würdigt die Tatsache, dass gerade bei chronischen Schmerzerkrankungen körperliche und seelische, ursächliche und aufrechterhaltende Faktoren kaum noch sinnvoll zu unterscheiden sind und die Behandlung dementsprechend biopsychosozial erfolgen muss.

Für die große Gruppe der funktionellen und somatoformen Störungen wurde der Oberbegriff „interface disorders“ vorgeschlagen, also Zwischendrin-, Grenz- oder Brückenerkrankungen, die weder eindeutige „körperliche“ noch „psychische“ Störungen sind.

In der aktuellen US-amerikanischen Klassifikation psychischer Störungen (DSM-V) wurde die Kategorie der somatoformen Störungen bereits abgeschafft. Stattdessen spricht man dort nun von „somatic symptom disorders“:

- Es wird nicht mehr nach der Erklärbarkeit der Beschwerden gefragt (!), sondern nur mehr nach Leidensdruck (A-Kri-

terium), begleitenden psychobehavioralen Auffälligkeiten (B-Kriterien) und Chronizität (C-Kriterium).

- Auf Deutsch wird der Begriff übersetzt als „Körperliche Belastungsstörung“, was bereits auf die anvisierte Bezeichnung in der ICD-11 hinweist.
- Für die ICD-11 (circa 2018) nämlich ist eine noch einfachere Neukonzeption geplant, wahrscheinlich unter dem Begriff „bodily distress disorder“. Diese Diagnose erfordert lediglich eine Kombination (bestimmter) körperlicher Beschwerden (cardiopulmonary/autonomic arousal; gastrointestinal arousal; musculoskeletal tension; general symptoms) ohne zusätzliche Kriterien – auch ohne die Forderung nach unauffälligen organischen Befunden.

Aber es mangelt nicht nur an einer einheitlichen Terminologie. Auch die bestehenden Therapiekonzepte weisen noch Defizite hinsichtlich ihrer Verfügbarkeit, Akzeptanz und Wirksamkeit auf.

Die Therapie funktioneller Syndrome konzentriert sich, teilweise natürlich zu Recht, auf die körperlichen Beschwerden. Sie erfolgt manchmal mit einem kausalen Ansatz (zum Beispiel Probiotika bei Reizdarmpatienten), überwiegend aber symptomatisch (Analgetika, Spasmolytika, Massagen). Übergeordnete Faktoren wie Reizverarbeitung oder Krankheitsverhalten werden dabei ignoriert.

Das gilt auch für Antidepressiva, die zwar bei Schmerzdominanz wirksam sind, aber keine nachhaltigen Effekte und zuweilen erhebliche Nebenwirkungen haben.

Inzwischen haben wir recht ausgereifte Psychotherapie-Konzepte für Einzel-, Gruppen-, Verhaltens-, tiefenpsychologische Therapie oder Hypnose. Allerdings gibt es gerade im ländlichen Raum noch zu wenige Psychotherapeuten. Die störungsspezifische Behandlungsquote ist mit circa 40 Prozent niedrig. Psychotherapie-Skeptiker, Männer und ältere Menschen werden oft gar nicht erreicht. Die Behandlung beginnt oft erst nach 5 bis 15 Jahren, wenn die Symptomatik bereits chronifiziert ist. Psychotherapiestudien haben oft Rekrutierungsprobleme, hohe Drop-out-Raten und eher kleine bis mittlere Wirkeffekte. Zwar verbessern sie die Lebensqualität insgesamt, seltener aber die Beschwerden selbst.

Auch reine körperliche Übungstherapien (wie „graded exercise“) erreichen nur mäßige Effekte; immerhin werden sie von den Patienten meist einigermaßen gut angenommen.

Viele Patienten favorisieren sogenannte komplementärmedizinische Therapien, weil sie sie als weniger stigmatisierend, weniger anstrengend und nebenwirkungsarm empfinden. Allein dadurch sind (wertvolle) Placeboeffekte anzunehmen; mögliche Risiken (Kosten, Nebenwirkungen, weitere Passivierung) werden aber oft unterschätzt. Die Datenbasis für die meisten Verfahren ist noch schmal, auch wenn es – zumindest bei leichteren Verläufen – erste Hinweise auf positive Effekte gibt. Ein gutes Beispiel hierfür liefert die Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion.

Offenbar wären also multimodale (oder „ganzheitliche“) Behandlungen, bei denen verschiedene Therapieelemente kombiniert werden oder mehrere Disziplinen zusammenarbeiten, am vielversprechendsten. Anders als in der früheren „Generalistenmedizin“ ist das aber bei der heutigen Spezialisierung nicht leicht umzusetzen, zumindest im ambulanten „Einzelkämpfer“-Setting.

Was ist zu tun?

Das Phänomen „unklare Körperbeschwerden“ zeigt deutlich die Schwächen unseres dualistischen Krankheitsverständnisses. Es fordert uns auf, unser Gesundheitssystem neu auszurichten, zum Beispiel durch ...

- mehr Interdisziplinarität, schon in der Ausbildung. Die „psychosomatische Grundversorgung“ durch Allgemeinärzte, Gynäkologen etc., die „fachgebundene ärztliche Psychotherapie“, interdisziplinäre Schmerzzentren oder Ähnliches sind hier sinnvolle Entwicklungen.
- bessere Vergütung für gesundes Patientenverhalten (Selbstwirksamkeit), Gesprächsleistungen (sprechende Medizin) und kluge, schlanke Diagnostik („choose wisely“). Hausärzte sollten ausführliche Beratungs- und Motivationsgespräche, Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten überbrückende und niedrigschwellige Angebote abrechnen können.
- mehr Prävention (Familienhebammen zur Primärprävention von Vernachlässi-

gung und Gewalt, Mobbing-Präventionsprogramme in Firmen, Aktionen wie „Lauf dich fit!“).

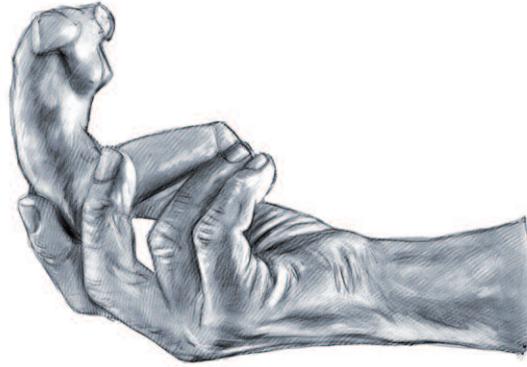
Wir Psychotherapeuten können dazu beitragen, indem wir ...

- die Motivation zur Psychotherapie nicht als Bringschuld, sondern als erstes Therapieziel betrachten.
- mit Patienten nicht über die diagnostische Zuordnung und über die Beschwerdeursache ringen, sondern gemeinsam ein multifaktorielles Erklärungsmodell erarbeiten. Hier kann die Beschreibung psychosozialer Probleme als „zusätzliche Bausteine“ anstatt als „Ursachen“ hilfreich sein.
- durch Psychoedukation die engen Wechselwirkungen von Körper und Seele sowie deren mögliche Beeinflussbarkeit aufzeigen, zum Beispiel über Teufelskreismodelle.
- weniger Defizite und (Hypothesen über) Konflikte betonen, sondern Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten, die auch die körperliche Dimension mit einbeziehen, durchaus auch durch Ermunterung zu sportlicher Betätigung.
- mehr körperpsychotherapeutische Behandlungselemente einbeziehen, mit deren Hilfe unter anderem positives Körpererleben gefördert werden kann.
- mit anderen Behandlern kommunizieren, indem wir gegebenenfalls eine Schweigepflichtentbindung erfragen und für den Hausarzt erreichbar sind.

PD Dr. med.

Constanze Hausteiner-Wiehle

ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie. Sie arbeitet als Konsiliarärztin in der BG Unfallklinik Murnau und als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Technischen Universität München. Jüngste Publikationen: „Kein Befund und trotzdem krank?“ (2015), „S3-Leitlinie: Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ (2013, online verfügbar: bit.ly/körperbeschwerden).



Wie ein Händedruck auf die Spur sexuellen Missbrauchs führen kann

Unsere Körpersprache verrät viel über unseren Seelenzustand, wir müssen die Zeichen nur zu deuten lernen.
Die Theorien von Embodied Mind und Mindful Body liefern wichtige Hilfestellungen

Von **Ulfried Geuter**

Wer an Körperpsychotherapie denkt, hat vielleicht das Bild von Menschen im Kopf, die auf dem Boden liegen und auf ihren Atem achten oder die auf ein Kissen eindreschen, um ihre Wut zu spüren. Solche unterschiedlichen Bilder haben mit den zwei frühen Quellen der Körperpsychotherapie zu tun: der leibpädagogischen Körpererfahrung und der Psychoanalyse. So regten Ferenczi und Reich dazu an, Affekte wie Kinder auszudrücken oder Spannungen in den Muskeln freizusetzen, um in ihnen gebundene Affekte zu befreien.

Die Körperpsychotherapie hat aber noch eine dritte Quelle: die Humanistische Psychotherapie, in der Therapie als ein Prozess der Selbstexploration und der Wiederaaneignung nicht gelebter, unentdeckter Teile des Selbst in einer Beziehung ver-

standen wird. Diese Idee sehe ich auch als eine Grundlage für eine erlebniszentrierte Körperpsychotherapie an, in deren Zentrum ich den Begriff des erlebenden Subjekts stelle (Geuter 2015).

Erleben ist ein subjektives Sich-Beziehen auf sich selbst und die Welt, in dem Bedeutung und Sinn erzeugt wird. Wenn wir das Erleben vertiefen, erschließen wir Subjektivität. Nach einem Begriff von Rogers werden wir uns im Erleben der Inkongruenzen zwischen dem, was wir denken, und dem, was wir spüren, gewahr. Ein solches Gewahrwerden treibt in einer Therapie den Prozess der Selbstexploration voran, insbesondere dessen, was Patienten abwehren oder noch nicht wissen. Wenn wir sie auffordern, zu etwas hin zu spüren, bedeutet das, Erfahrungen anzuerkennen und sie nicht zu vermeiden.

In der Körperpsychotherapie erarbeiten wir das Selbsterleben immer auch aus dem Körpererleben heraus. Denn Bedeutung gründet in der körperlichen Erfahrung und in der Fähigkeit, diese Erfahrung mithilfe von Konzepten zu verstehen (Johnson 2007). Sie teilt sich mit, indem ich mich in Bezug zu einer Situation oder einem Reiz als bedrückt oder beglückt, gelangweilt oder neugierig, traurig oder wütend fühle. Diese emotionalen Bewertungen erfahren wir in Gedanken und Bildern sowie in körperlichen Empfindungen und Impulsen. Beziehen wir Empfindungen und Impulse und deren körperliche Ausdrucksmöglichkeiten in die Therapie ein, eröffnen wir Patienten zusätzliche Wege der Erfahrung.

Das möchte ich anhand einer klinischen Vignette erläutern. Eine Patientin gibt mir an der Türe auf eigenwillige Weise die

Hand. Sie streckt Zeige- und Mittelfinger vor, um sie gleich aus meiner Hand wieder herauszuziehen. Ich bekomme sie nicht zu greifen und denke an Hänsel, der ein Stöckchen aus dem Käfig schiebt, wenn die Hexe an seinem Finger prüfen will, ob er genug gemästet ist.

Als Psychotherapeut kann ich dieser Fantasie nachgehen und mich nach ihrer Bedeutung fragen. Ich kann die Bedeutung aber auch im Erleben erkunden. In einer Stunde spreche ich die Art ihrer Begrüßung an. Sie erzählt dazu, sie habe Angst, bei anderen Menschen nicht anzukommen, sei verspannt, ernst und misstrauisch. Ich habe nicht das Gefühl, dass dies ihre Geste erklärt. Daher schlage ich vor, ihr Handgeben experimentell zu sondieren. Konkret heißt dies, dass wir die Begrüßung nachstellen und sie mir langsam und bewusst so die Hand gibt, wie sie es an der Haustüre tut.

Etwas zu verlangsamen ist hilfreich für den Prozess des Selbstentdeckens, in den die Patientin nun eintritt. Als sie es tut, bemerkt sie eine Angst, ich könnte sexuell über sie verfügen wollen: sie umarmen wollen und dann nicht loslassen. Vielleicht wäre ich so charmant, dass sie sich dem nicht entziehen könne, auch wenn sie es nicht wolle. Sie spürt ihre Angst im Bauch. So begegnet sie etwas bislang Unerkanntem. Ich bitte sie, einen Satz für die Angst zu finden. Sie sagt: „Ich habe Angst, ich könnte von Ihnen abhängig sein.“ Danach entspannt sie sich. Sie fühle sich sicherer. Der Kontakt zwischen uns wird klarer.

In der folgenden Stunde erzählt sie erstmals von einem sexuellen Missbrauchserlebnis als Kind. Der Prozess des Erkundens führte in einer inneren Selbstbewegung dazu, etwas bislang Unausgesprochenes auszusprechen. Jetzt konnte ich meine Fantasie verstehen: Wenn Hänsel der Hexe ein dürres Stöckchen hinschiebt, signalisiert er: Ich bin noch zu klein oder sexuell nicht reif genug, dass du über mich verfügst.

Die Patientin zeigt ein bestimmtes affektmotorisches Schema: „Wenn der Kontakt näher wird, habe ich Angst, nicht mehr über mich selbst verfügen zu können.“

Menschen erleben die Welt ganzheitlich in einer körperseelischen Einheit. Reißt ein Mensch seine Arme vor Begeisterung hoch, ist dies kein Ausdruck seiner Freude. Die Geste selbst ist die Freude

Dieses Schema wird in der Art des Handgebens deutlich. Sie gibt nur einen Teil ihrer Hand her, und das so schnell, dass sie nicht festgehalten werden kann. Damit schützt sie sich davor, dass ein anderer auf sie zugreift. Diese Bedeutung wurde unmittelbar deutlich, indem wir handelnd im Dialog erkundeten, wie sie ihre Art, die Hand zu geben, erlebt.

Menschen erfahren die Welt in ihrer subjektiven Bedeutung. Nach der Theorie des *Embodied Mind* ist dieser subjektive Bezug zur Umwelt ein Kennzeichen von Lebewesen. Lebewesen verbinden sich mit ihrer Umgebung durch körperlich handelnden Weltbezug. Sie bringen ihre innere Welt in der Auseinandersetzung mit der äußeren Welt als Erfahrungen im „Prozess des Lebens selbst“ hervor. Das bezeichnen Maturana und Varela (2012) als Autopoiese. Sie erzeugen ihre Wahrnehmungen in verkörpertem Handeln. Bewusstsein existiert nur in einem Körper und in Bezug auf das Verhältnis dieses Körpers zur Welt. Gleichzeitig gibt es einen subjektiv erlebten Körper nur in einem Geist, der diesen Körper als Erlebenden erlebt und mit Bewusstsein seiner selbst ausstattet. Letzteres kann man als *Mindful Body* bezeichnen (Sheets-Johnstone 2011). Körperpsychotherapie heißt vor diesem Hintergrund, dass wir in der Körper-Psyche-Einheit des Erlebens mit Lebensprozessen arbeiten, dem *Embodied Mind* und dem *Mindful Body*.

Menschen erleben sich und die Welt nicht entweder kognitiv oder körperlich oder in einer Wechselwirkung zwischen Gedanken und Empfindungen, sondern ganzheitlich in einer körperseelischen Einheit. Wenn sich ein Mensch freut und dabei vor Begeisterung die Arme hochreißt, sagen wir: Er zeigt seine Freude. Das bedeutet aber nicht, dass er erst innerlich Freude empfindet und dann als deren Ausdruck die Arme hochreißt. Vielmehr ist die Geste selbst die Freude. Psyche und Körper sind eins in ihrem Geschehen. Zwar kann ich das innere „Ich freue mich“-Gefühl vom Hochreißen der Arme unterscheiden und unabhängig von der Geste darüber sprechen – oder auch über die Bewegung der Geste unabhängig vom begleitenden Gefühl. Aber wenn wir so von psychischen oder körperlichen Vorgängen sprechen, sind das Aspekte, die wir an lebendigen Prozessen unterscheiden, und keine getrennten Vorgänge.

Erleben findet in einer Einheit lebendiger Prozesse statt, die vegetative, motorische und kognitive Prozesse einschließen, welche von Emotionen und Intentionen geprägt werden. Affekte bestimmen die inneren Zustände, in denen wir etwas erleben, und diese werden wiederum bestimmt von der Geschichte unserer Erfahrungen.

Diese Geschichte lebt in affektmotorischen Schemata fort (Downing 1996). In ihnen bündeln sich Körperhaltungen, Bewegungsweisen, Atem, Muskelspannungen, motorische Impulse, Bauchgefühle, Fantasien, Bilder, Träume, Gedanken zu Mustern, in denen wir der Welt begegnen und sie erleben. Wenn ich eine depressive Mutter hatte, kann ich ein affektmotorisches Muster haben, keine Antworten auf meine Handlungen zu erwarten. Das kann sich motorisch in meinem Nicht-Handeln zeigen, vegetativ in meiner Schläffheit, kognitiv in meiner Überzeugung, dass niemand für mich da ist.

Nach einem körperpsychotherapeutischen Modell erfahren wir die Welt auf diesen drei Ebenen des Erlebens: kognitiv, in motorischen Impulsen oder propriozeptiven Wahrnehmungen und in vegetativen Prozessen oder interozeptiven

Wahrnehmungen. Die Basis dafür sind die exterozeptiven Sinne und die Systeme zur Wahrnehmung der inneren Welt. Zu Letzteren gehört die Interozeption mit ihren Informationen aus Organen, Atmungs- oder Herz-Kreislauf-System, endokrinen, chemischen oder osmotischen Vorgängen. Das interozeptive System informiert beispielsweise über den Zustand der glatten Muskeln in den Eingeweiden oder über die Durchblutung in der Haut. Auf diesem Weg erlebt man, dass einem etwas „unter die Haut“ geht oder auf den Darm schlägt.

Über die Propriozeption nehmen wir wahr, wo und wie der Körper in Ruhe und Bewegung im Raum ist. Informationen kommen aus Muskel- und Sehnenwindungen, Gelenk- und Hautrezeptoren oder dem Gleichgewichtsorgan. Propriozeptiv spüren wir auch, ob wir uns einem Menschen annähern oder uns von ihm fernhalten wollen. Das kann man in einer Körperpsychotherapie nutzen, indem Patienten in einer szenischen Arbeit lokomotorisch Beziehungen zu anderen Menschen erkunden: ob sie sich ihnen annähern, sich von ihnen abwenden oder sie von sich fernhalten möchten.

Ein Abgleich zwischen inneren Empfindungen und Gedanken treibt die therapeutische Exploration voran (Gendlin 1996). Wir können Patienten fragen, was sie bei dem, was sie sagen, fühlen. Um sich darüber klarer zu werden, können wir sie bitten, in ihren Körper hineinzuspüren und mitzuteilen, was sie wahrnehmen. Hierin liegt ein zentrales Arbeitsprinzip der Körperpsychotherapie: das Aktualbewusstsein zu fördern, indem Patienten körperlich spüren, was gerade geschieht, in ihnen vorgeht und sie in Resonanz auf andere und ihre Umgebung empfinden (Geuter 2015, S. 149).

Körperzustände verweisen auf Bedeutungen. Eine Patientin erzählt, sie habe geträumt, ich hätte ihr gesagt, eine Affäre zu haben und meine Familie zu verlassen. Bei diesem Traum zog sich alles in ihr zusammen, denn sie fürchtet, dass ich als Therapeut sie verlasse. Hätte sie ein Gefühl der Weite gehabt, hätte die gleiche Traumgeschichte vielleicht eine Fantasie aus-

Ein Muster lässt sich nicht allein kognitiv, sondern nur auf allen Ebenen der Erfahrung ändern

gedrückt, in der ich ihretwegen meine Familie verlasse.

Die Erfahrung erhält eine Evidenz, wenn die im Körper gegründete Wahrnehmung und der Sinn, den wir einem Geschehen mit Worten verleihen, kongruent und für das Subjekt bedeutsam sind.

Als Körperpsychotherapeuten versuchen wir die Muster des lebendigen Bezugs zur Welt zu verändern. Zieht sich jemand zum Beispiel immer in sich zurück, wenn ihn ein anderer berührt, liegt der Grund vielleicht darin, dass er als Kind erfahren hat, zurückgewiesen zu werden, wenn er Verbindung suchte. Das kann Angst, Depression oder bei traumatischen Erfahrungen auch somatoforme Störungen erzeugen. Dann arbeiten wir am Symptom, indem wir auf die Ebene dieser Disposition gehen. Ein Muster lässt sich aber nicht allein kognitiv, sondern nur auf allen Ebenen der Erfahrung ändern. Solange jemand weiterhin körperlich zurückschreckt, verändert die Einsicht in ein Muster nicht sein Leben.

Vom Erleben auszugehen ist eine phänomenologische Methode. Wir fokussieren auf das, was sich zeigt, aber als Erscheinung eines Nicht-offen-Sichtbaren, zum Beispiel auf ein distanzierendes Verhalten als Ausdruck eines Schemas, aus Angst Nähe zu vermeiden. Heidegger verstand unter einem Phänomen nämlich nicht das, was sich an der Oberfläche zeigt, sondern das, was in dem, das sich zeigt, „verborgen ist“, aber so dazugehört, „dass es seinen Sinn und Grund ausmacht“ (Heidegger 1967, S. 35). Phänomenologisch vorzugehen heißt daher zu verstehen, wie sich etwas als das zeigen kann, was es ist.

Die Fokussierung der phänomenologischen Methode auf das Wie statt auf das Was zeigt sich in der Psychotherapie darin,

dass wir darauf achten, *wie* ein Patient über sich spricht, *wie* er sich körperlich darstellt, *wie* er sich im Moment verhält oder *wie* er ein Symptom oder Problem lebt und erlebt. Wir schauen auf die Phänomene und versuchen zugleich, das noch Verborgene spürbar und sichtbar zu machen – beim Kunstwerk nennt Heidegger das „Entbergung“.

Psychische Störungen sind emotionale Störungen des Selbst- und Welterlebens. Daher ist Therapie im Verständnis der Humanistischen Psychotherapie eine Wiederaneignung des Selbst im Angesicht unterdrückter, abgespaltener oder als nicht zu sich selbst gehörig erlebter Erfahrungen (Greenberg 2011). Die Körperpsychotherapie bezeichnet Marlock als eine Praxis der „Wiederbelebung des Selbst“ in einem Prozess, der „emotionale Unbeweglichkeit, Taubheit und Dysregulation“ aufzuheben hilft (Marlock 2006, S. 149). Der Mensch kann nur als ein lebendiges Subjekt in einem erlebten Körper in Einklang mit sich selbst kommen. Nach diesem Verständnis ist das Ziel der Therapie nicht nur, dass Patienten ihre dysregulierten Emotionen besser regulieren können, sondern auch die Amplitude ihrer Lebensbewegungen zu erweitern. Das tun Eltern, wenn sie Kinder bei der Regulation emotionaler Erregungsspannungen darin unterstützen, ein Mehr an Angst auszuhalten oder ein Mehr an Freude zu empfinden. Wenn wir das Selbsterleben vom Körpererleben her fördern, tragen wir dazu bei.

Literatur kann beim Verfasser angefordert werden: u.geuter@gmx.de



Foto: Privat

Prof. Dr. Ulfried Geuter

ist Psychologischer Psychotherapeut (Psychoanalyse, TP, Körperpsychotherapie) in eigener

Praxis in Berlin und lehrt Körperpsychotherapie an der Universität Marburg. Vor einem Jahr erschien sein Buch „Körperpsychotherapie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis“ im Springer-Verlag.



„MUTTER MIT ZWEI KINDERN“, KRITIKER KOLLWITZ | UNIVERSITÄT WÜRZBURG

Der Körper des Anderen

Manche Symptome bleiben unverständlich. Kapitulieren sollte der Therapeut trotzdem nicht – und das negative Verständnis als Sprungbrett für eine neue Beziehungsebene mit dem Patienten nutzen

Von **Timo Storck**

Im vorliegenden Beitrag möchte ich drei Ebenen des Körpers des Anderen, das heißt den des Gegenübers in einer Beziehung, unterscheiden: die entwicklungspsychologische, die klinische und die hermeneutische Ebene. Zunächst wird es darum gehen, wie frühe interpersonelle, zwischenleibliche Interaktionen Selbst und Objekt zu differenzieren helfen. In einem zweiten Teil werde ich darauf eingehen, in welcher Weise in klinischer Hinsicht psychosomatische Symptome als eine negative Bezogenheit auf den personalen Anderen begriffen werden können. Diese negative Bezogenheit hat die Funktion, körperliche Grenzen initial zu etablieren, jedoch damit auch die Erfahrung der Andersartigkeit des Gegenübers zu umgehen. Schließlich wird es im dritten Teil um die Frage danach gehen: Wie kann

in psychotherapeutischen Prozessen jenseits der Körperarbeit etwas vom Leiblichen verstanden und verändert werden?

Im vorliegenden Zusammenhang kann ich nicht auf die relevante Literatur zum Thema eingehen; verwiesen sei aber auf ausführliche Gedanken an anderer Stelle (Storck 2016a, b; Storck & Warsitz 2016) sowie auf für meine Überlegungen wichtige Referenzen aus phänomenologischer (Waldenfels 2000) oder psychoanalytischer Sicht (Küchenhoff 2012).

1. Die Entwicklung des Leiblichen: entwicklungspsychologische Ebene

In weiten Teilen der psychoanalytischen Theorie wird angenommen, dass die psychische Repräsentation des Getrenntseins vom personalen Anderen in der frühen psy-

chischen Entwicklung erst hergestellt werden muss. Ausgehend von einem Erleben, in welchem Selbst und Objekt nicht unterschieden werden, weil es keinen Anlass dafür gibt, so etwas wie ein Nicht-Selbst (und damit auch ein Selbst) zu denken, sind es erste Erfahrungen von Nicht-Unmittelbarkeit der Reaktion des personalen Anderen, dessen Eigenständigkeit oder passagere Unverfügbarkeit, die zu Situationen von Berührung, Anwesenheit und emotionalem *atunement* hinzutreten und die Notwendigkeit in Gang setzen, Grenze und Getrenntheit zu repräsentieren. Während zunächst im Sinne Bions gilt: „Mit der Brust im Mund gibt es kein Denken“ (das heißt Zustände einer dauerhaften Erfüllung der Bedürfnisse ziehen keine psychische Entwicklung nach sich), wird für das Erleben

leitend, dass das Objekt auch *nicht* da sein kann. Erst so kann beispielsweise Berührung ersehnt, kann jemand schmerzlich vermisst, ein Abschied gefürchtet werden. Und erst so kann körperliche Berührung als etwas erlebt werden, das zwischen zweien stattfindet.

Die Möglichkeiten, die hier für die Psychoanalyse in einem Anschluss an Maurice Merleau-Pontys phänomenologische Figur des Fleisches als „formendes Milieu für Objekt und Subjekt“ (1964, S. 193) liegen, werden von ihr erst langsam erkannt. Für die Psychoanalyse ist wichtig, dass durch die Erfahrung von Wechseln zwischen Berührung und Nicht-Berührung, Befriedigung und Nicht-Befriedigung jenes triebhafte Pulsieren in Gang kommt, das Psychisches konstituiert und – in Freuds Sprache – die Bildung und Besetzung der Objektvorstellungen in psychischer Hinsicht ermöglicht.

Das hat auch Konsequenzen für die Repräsentation des eigenen Körpers, die den Denkfiguren einer Leibphänomenologie gleichen: Für diese ist die zum Beispiel mit Gabriel Marcel akzentuierbare Doppelfigur eines Leib-Seins und Körper-Habens entscheidend. Deutlich wird dies etwa als ein Changieren dazwischen, zum Beispiel bei einem Hundert-Meter-Sprint seinen Körper funktional in Bewegung zu versetzen, und dem, den Sprint auch als eine leibgetragene Erfahrung zu spüren. Auch psychoanalytisch kann mein Körper zum einen als Gegenstand der Repräsentation auftauchen, aber er ist zugleich als Leib auch die Wirkungsstätte einer Durchformung des Psychischen mit dem, was als Trieb, Affekt oder unbewusste Fantasie konzipiert wird.

Der entscheidende Punkt ist, dass es hier im ganz eigentlichen Sinn um eine „Entwicklung“ des Leibes geht – also darum, dass sich aus dem „fleischlichen“, zwischenleiblichen Geschehen (wie Merleau-Ponty formulieren würde) erst ein individuelles Leibliches herauschält, das über das Gegebensein physikalischer Körper hinausgeht.

Kurz gesagt sind dabei die Ausdifferenzierungen eines Eins-Seins auf psychosomatischer und interpersoneller Ebene wichtig. Sie ermöglichen auf der einen Seite das Changieren zwischen dem Leib/Körper

als Gegenstand und Mittel von Perzeption oder Repräsentation: Körperlich sind wir Teil der Dinge der Welt, aber unser Leib ist dabei immer „unser Mittel, überhaupt eine Welt zu haben“ (Merleau-Ponty 1945, S. 176). Auf der anderen Seite ermöglichen die Ausdifferenzierungen des Eins-Seins erst psychisch erlebte Beziehung zum personalen Anderen trotz beziehungsweise als Folge der grundlegenden Getrenntheit von ihm.

2. Sich den Anderen vom Leib halten: klinische Ebene

Diese Sicht auf eine psychosomatische Entwicklung des Leiblichen hat Konsequenzen für eine Sicht auf die Entwicklungspsychopathologie psychosomatischer Erkrankungen. (Damit sind an dieser Stelle in allgemeiner Art diejenigen unter den „somatoformen Störungen“ gemäß ICD-10 bzw. den „somatischen Belastungsstörungen“ gemäß DSM-5 gemeint, bei denen sich körperlich zeigende, psychogen mitbedingte Symptome mit einer abgeflachten Affektivität verbinden. Die Bezeichnung soll hier auch die „klassischen“ Psychosomatosen einschließen.)

Die Erwähnung spezifischer Behandlungsprobleme angesichts des klinischen Bildes psychosomatischer Erkrankungen beginnen bei Freuds Bemerkungen zur Aktualneurose (die für ihn die Hypochondrie, die Angstneurose und die Neurasthenie umfasst). Darin bemerkt er, dass diese Erkrankungsgruppe psychoanalytischer Arbeit nicht offenstehe, weil das Symptom keine symbolische Bedeutung aufweise, es keine infantil-psychosexuelle Genese gebe und sich keine Übertragung ausbilde. Zwar war man in der Folge weit weniger skeptisch, was die Behandelbarkeit psychosomatischer Erkrankungen angeht, aber bestimmte klinische Schwierigkeiten ließen sich auch genauer konturieren. Deutlich wird dies insbesondere in den Konzeptionen des operativen Denkens oder der Alexithymie in den 1960er und 1970er Jahren:

- eine entsubjektiviert wirkende Sprache der Patienten
- ein weitgehendes Fehlen von affektiver Lebendigkeit, Assoziationen oder Fantasien, das als „Hyperfaktizität“ oder Verdopplung der Handlungen durch Worte beschrieben wurde

- ein hohes Maß an sozialer (Über-)Angepasstheit
- eine als charakteristische Gegenübertragungsreaktion interpretierte Langeweile und Interessellosigkeit der Behandelnden.

Im Anschluss an Arbeiten Joyce McDougalls in den 1980er Jahren überwiegen in den letzten Jahren Auffassungen (beispielsweise von Joachim Küchenhoff oder Claude Smadja), diese klinischen Phänomene konsequent in ihrer Negativität zu begreifen: Was als Beziehungs-, Besetzungs- und Bedeutungslosigkeit im Erleben der Patienten und womöglich als psychisches (Entwicklungs-)Defizit erscheint, weist *auch* funktionale Aspekte auf. Die Negativität einer scheinbaren Absage an Affekte, an psychisches Bedeuten jenseits bloßer Fakten und an Beziehung jenseits bloßer Handlung, dient dabei dem (dysfunktionalen) Versuch des Schutzes des Selbst vor Desintegration.

Nicht nur ist die Symptomatik dann insofern funktional, als sie eine basale Grenze zwischen Selbst und Nicht-Selbst etablieren soll, sondern ihr liegen auch psychische Konflikte zugrunde. Zwar sind es nicht solche in klassischer Auffassung der Psychoanalyse (Wunsch-Verbot-Konflikte wie im frühen Verständnis der Hysterie), aber sehr wohl solche zwischen Nähe-sehnsüchten und Näheängsten in jeweils archaischer Form. Die Nähe zum Objekt wird ersehnt, ist aber einzig vorstellbar als eine absolute Nähe der Verschmelzung, deren Alternative wiederum nur als absolute Trennung auftauchen kann, die Isolation bedeutet. Dem liegen in vielen Fällen entwicklungspsychologische Prozesse zugrunde, in denen die Getrenntheit vom Objekt unaushaltbar erscheint und nicht repräsentiert sein kann als etwas, das Bezogenheit erst stiftet.

Die Abwesenheit des Objekts wird als absolut erlebt, es gibt kein Zurück zur Anwesenheit. Das bringt es mit sich, dass es in höchstem Maß angstbesetzt ist, die prinzipielle psychosomatische Getrenntheit und Andersartigkeit des personalen Anderen zu denken – so erklärt sich unter anderem das klinische Phänomen der Überangepasstheit. Unterschiede werden unkenntlich gemacht, denn sie würden an potenzielle Trennung erinnern, die zu be-

drohlich ist. Den personalen Anderen *als Anderen* muss man sich vom Leib halten.

Eine „Lösung“ dieses Problems besteht in der psychosomatischen Symptombildung, die in verschiedener Differenzierung einen Bezug dazu aufweist, im Körpersymptom das Objekt aufzuheben: Das Objekt wird so als quälend und schmerzlich anwesend (aber anwesend!) erlebt wie in der Schmerzstörung oder als dysfunktional und unbrauchbar (aber anwesend!) wie in funktionalen oder Somatisierungsstörungen. Wie mit dem eigenen Körper geht es auch hinsichtlich des Objekts „nicht mit und nicht ohne“. Das Körpersymptom zeigt, wie eine Trennung nicht geschehen darf.

Der Körper ist hier dann auch in der Tat ent-leiblicht im oben dargestellten Sinn. Von vielen Autorinnen und Autoren wird für die psychosomatische Symptombildung eine Psyche-Soma-Spaltung beschrieben, die sich zum einen in der Leere psychischer Repräsentation, zum anderen in zerstörerischen Momenten der Physiologie äußert. Das Leibliche hat hier aufgehört, die Erlebniswelt zu durchformen – der eigene Körper ist wirklich nur noch ein physikalischer Körper unter anderen (wenn auch unbewusste Fantasie-Fragmente ihn ans Objekt verweisen).

3. Leibhaftiges Verstehen: die hermeneutische Ebene

Mit den Gedanken zur klinischen Dimension ist eine weitere Frage vorbereitet, nämlich die, wie eigentlich zu begründen ist, dass etwas Psychosomatisches verstanden werden kann und dass das psychotherapeutische Gespräch etwas an dem, was sich als körperliches Leiden zeigt, verändern kann. Der Wechsel der Ebene zwischen Symptomatik (Körper) und Intervention (Gespräch) ist zunächst ja erklärungsbedürftig. Warum sollte es andere Möglichkeiten psychosomatischer Behandlung geben als die Körperpsychotherapie?

Eine Antwort müsste von der Bedeutung der Sprache für den Menschen ausgehen, was ich an dieser Stelle allerdings weder in seinen vielfältigen philosophischen noch in seinen psychoanalytischen Facetten und Argumenten nachzeichnen kann. Für den vorliegenden Zusammenhang entscheidend ist, dass es der Psychotherapie und Psy-

choanalyse im Umgang mit psychischem und psychosomatischem Leid dann notwendigerweise auch um Hermeneutik geht, um die Lehre von der Methode und den Vollzügen des Verstehens.

Dabei lässt sich für die Psychoanalyse begründen, weshalb angesichts des dynamisch Unbewussten als deren Erkenntnisgegenstand eine negative Dimension des Verstehens ins Zentrum zu rücken ist. Negativ soll hier nicht im wertenden Sinn eines Schlechten, Bösen oder Unerwünschten gemeint sein, sondern als Gegenteil von Positivität oder Affirmation – so wie auch das Fotonegativ nicht ein schlechtes Foto meint, sondern eine Form der „umgekehrten Vorzeichen“.

Eine solche negative Dimension erkennt an, dass es das konstitutive Merkmal des Zu-Verstehenden ist, sich (als dynamisch Unbewusstes, dem Bewusstsein funktional Unzugängliches) dem Verstehen zu entziehen. Die Negativität im Verstehen ist dabei allerdings nicht schlichte Kapitulation, sondern markiert die Funktion oder Bedeutung von Nicht-Sinn, die Phänomene der Angriffe auf den Sinn oder das prinzipiell Sinnfremde (Angehrn 2010).

Das hat eine besondere Bedeutung für das Verstehen psychosomatischer Symptome und der klinischen Situation, in der sich bestimmte Beziehungssymptome im oben genannten Sinn zeigen. Die Negativität der Symptome im Sinne einer Absage an Bedeutung und Beziehung zum Zweck des Schutz des Selbst – und der womöglich initialen Etablierung einer Grenze zum Anderen, die immer mit dem Dilemma ringt, die Grenze als unüberwindbare Mauer der Isolation erleben zu müssen – muss verstanden werden als *potenziell progressives* Nein. Dieses Nein kann gleichwohl nur in Form eines Körperagierens äußerlich werden, allerdings (noch) nicht als Teil des psychischen Erlebens oder der dialogischen Verbalisierung. Es geht also nicht um Sinn- oder Bedeutungslosigkeit – und auch nicht um besonders tief verborgenen Sinn –, sondern um die unbewusst fantasierte Bedrohung *durch* Sinn und Bedeutung als intersubjektiv beziehungsstiftendes Moment.

Ich halte die so möglich werdende Wahrnehmung zweier Gefahren für zentral für

die psychoanalytische Erkenntnishaltung: Zum einen wird so die Gefahr eines therapeutischen Verstehenszwangs erkennbar, zum anderen die Gefahr einer hermeneutischen Resignation aus therapeutischer Sicht.

Statt diesen Gefahren zu erliegen, kann in Anerkennung einer Negativität des Verstehens die Arbeit daran beginnen, in der psychotherapeutischen Arbeit „zum Anderen zu werden“ und mit den Patientinnen und Patienten daran zu arbeiten, dass Beziehung trotz Getrenntheit (beziehungsweise sogar auf deren Grundlage) möglich ist.

Ein meines Erachtens leitender Weg ist, psychosomatische Symptome als Hinweise wahrnehmen und verstehen zu können, die eine Zurückweisung des Bezogenseins auf den Anderen „verkörpern“ sollen. Körperliches Leiden und darin verkörperte existenzielle Ängste durch den Austausch von Worten zu verändern hieße in der Konsequenz, Getrenntheit zu verkörpern und das beziehungsstiftende Moment darin emotional erlebbar werden zu lassen.

Anmerkung: Der Text ist im vom österreichischen Fonds zur Förderung der Wissenschaftlichen Forschung (FWF) geförderten Projekt „Topographien des Körpers“ (Projektnummer P 25977-G22) an der Medizinischen Universität Wien, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, entstanden. Literatur kann beim Verfasser angefordert werden: t.storck@psychologische-hochschule.de

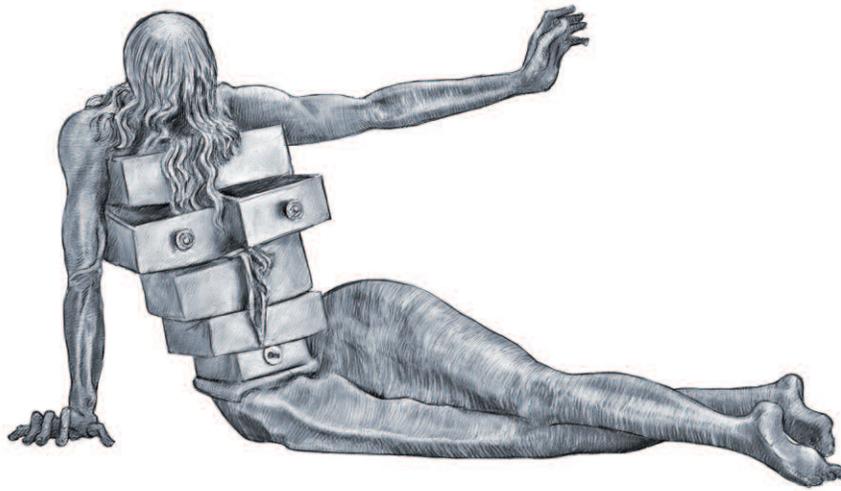


Foto: Privat

Prof. Dr. Timo Storck

ist Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Psychologischen Hochschule Berlin. Seit Oktober 2014

arbeitet er im FWF-Forschungsprojekt „Topographien des Körpers“ an der Medizinischen Universität Wien. Er ist Psychologischer Psychotherapeut (AP/TP) und lebt in Heidelberg. Jüngste Publikationen: „Psychoanalyse und Psychosomatik. Die leiblichen Grundlagen der Psychodynamik“ (2016), „Formen des Andersverstehens“ (im Erscheinen).



LE CABINET ANTHROPOMORPHIQUE, SALVADOR DALÍ | ILLUSTRATION: LESPELDEY

Zwischen Leib und Körper

Das Wort „Leib“ ist aus unserer Alltagssprache verschwunden;
wir reden vom „Körper“. Aber warum eigentlich?
Es lohnt sich, zwischen beiden Begriffen zu unterscheiden

Von **Thomas Fuchs**

„**Körper haben** oder *Leib sein* – diese Gegenüberstellung der philosophischen Anthropologie (Plessner 1941/1970) unterscheidet nicht nur Körper und Leib, sondern auch Haben und Sein. Etymologisch ist der Begriff des Leibes mit dem Wort „Leben“ verbunden (mittelhochdeutsch „lip“ bedeutete noch undifferenziert „Leib“ und „Leben“). Der Leib meint also das Lebendige, Gelebte und Gespürte, die „leibhaftige“ Gegenwart eines Menschen. Das Wort „Körper“ hingegen ist abgeleitet vom lateinischen „corpus“ – also „Körper, Leichnam“ – und bezeichnet primär den materiellen Gegenstand etwa der Anatomie und Physiologie.

Nun ist das Wort „Leib“ in der heutigen Alltagssprache kaum noch gebräuchlich; meist sprechen wir nur vom „Körper“. Das war bis in das 19. Jahrhundert hinein noch anders, als „Leib“ nur für lebendige, „Körper“ hingegen für leblose, physikalische Dinge gebraucht wurde. Die Zeiten haben sich offenbar geändert. In den letzten 200 Jahren ist der Körper als sicht- und greifbares Objekt, als ein Instrument, mit dem wir umgehen und das wir auch manipulieren können, offenbar gegenüber dem subjektiv gelebten Leib in den Vordergrund getreten. Dass wir immerhin noch vom *Unterleib*, aber vom *Oberkörper* sprechen, ist ein interessanter Hinweis

darauf, dass der Leib eher einer vor- oder unbewussten Sphäre des Lebens zugehört, während der Körper dem bewussten Ich näherliegt. Es ist eben mein Leib, der ich selbstverständlich bin, aber es ist mein Körper, den ich als Instrument habe und gezielt nutze.

Damit sind wir beim zweiten Begriffspaar – „Haben oder Sein“. In seinem 1976 erschienenen Buch mit diesem Titel beschreibt Erich Fromm zwei grundlegende Orientierungen oder Lebenseinstellungen (Fromm 1976). Haben, Besitzen bezeichnet eine Haltung der Aneignung von Dingen oder Menschen; sie ist häufig mit einer Quantifizierung verbunden: „Ich habe

etwas und will mehr davon, denn das Haben erfüllt mich nicht wirklich.“ Anders das Sein: Es meint das Existieren, das sich spontan und von selbst vollzieht; das Hervorgehen des Lebens aus einer Quelle, deren man gerade nicht habhaft werden kann. Sein ist die Bewegung des Lebens selbst, es strömt nach außen und ruht doch zugleich in sich. Alle lebendigen Prozesse und Tätigkeiten können nicht eigentlich gehabt oder gemacht, sondern nur gelebt und erlebt werden – das Einschlafen und Aufwachen, das Gehen und Stehen, das Sprechen und Tanzen, das Lachen und Weinen, das Lieben und Trauern.

In der Orientierung auf das Haben, so Fromm, wird die Umwelt verobjektiviert, verdinglicht und in Besitz genommen. In der Lebensweise des Seins dagegen geht der Mensch auf in seinen Tätigkeiten, in seinem leiblichen Lebensvollzug. Dabei ist die Orientierung auf das Sein mit einer Haltung der Gelassenheit verknüpft, aus der heraus man sich selbst, die Menschen und Dinge auch *sein lassen*, sie nehmen kann, wie sie sind. Hingegen ist es ein Grundzug der Moderne, dass sie das Gegebene nicht mehr *sein lassen*, sondern es immer mehr in ein *Gehabtes und Gemachtes* verwandeln will (Böhme 2001). Sich der Welt, der Natur, der Lebensprozesse und schließlich des eigenen Körpers zu bemächtigen, sie in Gegenstände zu verwandeln und so immer erfolgreicher manipulieren zu können, das ist der Kern des naturwissenschaftlich-technischen Fortschrittsprogramms seit der Neuzeit.

Eine parallele Bewegung ist die Verwandlung von immer mehr Dingen oder menschlichen Tätigkeiten in *Waren*, die man kaufen und haben kann. Waren sind quantifizierte Dinge, ihre Qualität dient vornehmlich ihrem Marktwert, ihre Besonderheit geht in der allgemeinen Vergleichbarkeit auf dem Markt verloren. Waren werden konsumiert, verbraucht und müssen daher immer neu geliefert werden. Der historische Prozess des Kapitalismus unterwirft daher immer mehr Bereiche des Lebens dem Warenmodus. Neu ist, dass die Individuen auch ihren *Selbstwert* immer mehr von ihrem Marktwert abhängig machen, und dies bezieht sich besonders auf den eigenen Körper,

Mit dem Kranksein tritt eine Entfremdung vom eigenen Leib auf, die bei der Therapie hilfreich sein kann. Der kranke Körper wird zum Gegner – den man bekämpfen kann

gesehen mit den Augen der anderen, also auf das Körperbild oder *body image*. Ich finde mein Sein in dem, was ich anzubieten habe, oder kurz: *Ich bin, was ich habe*. Das heißt, ich bin mein Körper, den ich zu Markte trage.

Damit trifft sich die Verdinglichung des gelebten Leibes zum manipulierbaren Körper, die der wissenschaftlich-technische Fortschritt erzeugt, mit der Selbstverdinglichung, die der kapitalistische Warenprozess zur Folge hat. Insofern ist es kein Wunder, dass wir heute nicht mehr vom Leib, sondern vom Körper sprechen: Es ist der instrumentalisierte und technisierte, der reparierbare und verwertbare Körper, mit dem wir heute leben.

Unser alltägliches Erleben ist allerdings nicht von einem scharfen Entweder-Oder, sondern eher von einer *Polarität* geprägt, in der wir uns ständig zwischen dem Leib-Sein und dem Körper-Haben hin und her bewegen. Am einen Pol dieser Bewegung finden wir den *gelebten Leib* als Träger unseres Lebensvollzugs, als Medium, das alle unsere Wahrnehmungen und Bewegungen vermittelt, dabei gleichsam stillschweigend in all diesen Lebensäußerungen wirksam ist.

Tritt nun der Leib aus dieser Latenz hervor, so wird er zum *erlebten und gespürten Leib*. Dies ist der Leib zunächst als der Ort des Befindens, Behagens oder Unbehagens, der Vitalität, Frische oder Müdigkeit, sodann der Anspannung und Entspannung, des Hungers und Durstes und anderer Leibempfindungen; schließlich auch der Leib als der Resonanzraum aller Stimmungen und Gefühle, die uns ergreifen, die uns weit oder eng, gehoben oder gedrückt machen, uns vor Wut beben,

vor Heiterkeit lachen oder vor Schmerz weinen lassen. Bei all dem ist die Leiblichkeit etwas, was einem widerfährt, was man an sich selbst spürt; hier zeigt sich der Leib als *affizierbarer oder pathischer Leib*. Es sind zugleich Erfahrungen, in denen natürliche Regungen von Hunger, Durst, Müdigkeit, Anspannung, Erregung meist spontan, nicht selten auch in störender oder beunruhigender Weise auftreten (Schmitz 1965, Böhme 2003, Fuchs 2000).

Je mehr ich nun den Leib als „Werkzeug“ etwa zum Ausführen oder Erlernen einer bestimmten Bewegung benutze, desto mehr verliert er seinen medialen und spontanen Charakter. Er wird zu einem Instrument, das ich beherrsche und gezielt einsetze, das sich aber auch meiner Verfügung entziehen kann. Zum Körper wird der Leib daher vor allem in den *Störungen* des gewohnten Lebensvollzugs, etwa bei einer Ungeschicklichkeit oder einem Sturz, bei Verletzung, Lähmung oder Krankheit. Mit diesem Bewusstsein wird der zuvor selbstverständlich gelebte Leib andererseits in besonderer Weise zu *meinem* Körper, an den ich gebunden bin, der meine Existenz ermöglicht, durch den ich mich aber auch als verletzliches, kreatürliches, sterbliches Wesen erfahre. Solche Erfahrungen des körperlichen Leibes, in denen sich der Leib uns gewissermaßen entfremdet, haben seine medizinische Erforschung motiviert und eine naturwissenschaftliche Vergegenständlichung des Leibes gefördert. Hier geht es – am anderen Pol der Leiblichkeit – um den reinen *Körper* als der Gesamtheit organischer Strukturen und physiologischer Prozesse, die sich anatomisch oder physiologisch objektivieren lassen.

Doch es gibt noch eine andere Form, wie der gelebte Leib zum gegenständlichen Körper werden kann, nämlich unter dem *fremden Blick*. Dabei wird er zum *Körper-für-andere*, wie Sartre es ausgedrückt hat, nämlich in der Weise des Erblickt-Werdens, aber auch des bewussten Auftretens und Sich-Darstellens vor anderen, sei es in der bewusst eingenommenen Pose, sei es in Form von Schmuck, Kosmetik oder Tätowierung. Der Spiegel, in dem der ei-

gene Leib als sichtbarer Körper erscheint, ist das Sinnbild für diesen bewusst gewordenen Außenaspekt. Davon lässt sich auch der Begriff des „Körperbilds“ (*body image*) ableiten, also das vorgestellte Bild und Aussehen des eigenen Körpers, dessen Verzerrung besonders bei Essstörungen wie der Magersucht eine große Rolle spielt.

Mit dem Bewusstwerden der eigenen Erscheinung vor anderen sind zentrale personale Gefühle wie Scham, Befangenheit oder Stolz verknüpft. *Scham* ist das Gefühl des Erblickt-Werdens in einer peinlichen Situation, das einen seines Körpers peinvoll bewusst werden lässt, sodass man am liebsten „in den Boden versinken“ möchte. In der Paradieserzählung der Genesis sind Bewusstwerdung und Scham eng miteinander verknüpft: Mit dem Essen vom Baum der Erkenntnis „gehen Adam und Eva die Augen auf“ und sie erkennen sich in ihrer Nacktheit, die sie nun vor Gott verbergen, gleichsam vor dem allgegenwärtigen Blick des anderen. Beschämende Nacktheit bedeutet die Verwandlung des unbefangenen, frühkindlichen Leibseins in das bewusste Körperhaben. Mit dem Bewusstsein des Erblickt-Werdens und mit der Scham beginnt das reflexive oder Selbstbewusstsein (Fuchs 2000, S. 285 ff.). Das Kind wird gewissermaßen aus der primären leiblichen Verbundenheit mit der Welt heraus- und auf seinen Körper zurückgeworfen. Generell vermag also der Blick der anderen – besonders der bewertende, verächtliche, kalt musternde oder voyeuristische Blick – den Leib zum Körperobjekt zu verdinglichen.

Am Beginn des Lebens steht die reine Leiblichkeit, Leib und Welt sind noch nicht voneinander getrennt. Erst nach und nach – in den Erfahrungen von Widerstand, Misslingen, Schmerz – tritt der eigene Körper im Erleben hervor. In der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahrs erkennt das Kind sein Spiegelbild; es lernt sich und seinen Körper aus der Perspektive der anderen zu sehen. Es begreift, dass es einen Körper hat, auf den es zeigen, mit dem es etwas tun und darstellen kann. Es lernt, ihn zu beherrschen, sich zu benehmen, den spontanen Ausdruck zu

Der menschliche Leib befindet sich in einem ständigen Austarieren zwischen Kultur und Natur. Vollständig „zähmen“ lässt er sich aber nie

hemmen oder eine Rolle zu spielen. Die Fähigkeit der Leibbemeisterung zu erwerben und Selbstdisziplin zu üben, auch Haltungen, Manieren zu erlernen, ist Teil des Prozesses der Kultur. Die kulturelle Überformung des Leibes kann allerdings mit der Spontaneität des Leibes in Konflikt geraten – etwa wenn man, wie man sagt, „sich gehen lässt“, die Beherrschung oder die Fassung verliert. Die Naturseite des Leibes widersetzt sich bis zu einem gewissen Grad der Naturbeherrschung, die der Mensch im Laufe der Kulturentwicklung auch an sich selbst vollzieht.

Fassen wir zusammen: Im erwachsenen Leben bezeichnen Leib und Körper zwei Pole unserer Existenz, zwischen denen wir fortwährend pendeln. Einmal ist der Leib selbstverständliches Medium unseres Lebensvollzugs, das andere Mal wird er uns als Körper bewusst, sei es bei einer Verletzung, Erkrankung oder Behinderung.

Ungeminderte, selbstverständliche leibliche Existenz, die erlaubt, sich frei der Welt zuzuwenden, ist gleichbedeutend mit *Gesundheit*. Demgegenüber tritt in der Erfahrung des *Krankseins* eine Entfremdung auf. Mein bis dahin unbemerkter Leib stellt sich mir in den Weg und wird zu dem Körper, den ich habe. Darauf weist schon die alltagssprachliche Artikulation von Kranksein hin, beispielsweise mit Wendungen wie „Ich habe etwas (einen Ausschlag, Durchfall, Husten) bekommen“ oder „Mir fehlt etwas“. Im Kranksein wird der entfremdete Leib (Sein) zum Körper (Haben), an den ich gebunden bin. Ich „habe“ jetzt ein schmerzendes Körperteil, eine Magenverstimmung, ein krankes Herz, während ich mich zugleich leiblich krank fühle (Sein).

In der Begegnung von Arzt und Patient wird schon durch die Versprachlichung der Beschwerden und durch die ärztliche Diagnose die Veräußerlichung noch weitergetrieben. Das kann für den Patienten Distanzgewinn und Beruhigung durch Einordnung der entfremdenden Erfahrung in das medizinische Wissen bedeuten. Diese Veräußerlichung kann sich in der Therapie noch steigern zur ganz realen „Verkörperung“, indem nämlich die Krankheit zu einem fremden Agens oder Fremdkörper materialisiert wird, den man entfernen muss – sei es wie in vielen ursprünglichen Kulturen durch Heilriten, sei es wie früher durch Aderlass oder heute durch operative Entfernung. Gerade die technisierte Medizin mit ihren enormen Eingriffsmöglichkeiten beruht auf der Umdeutung von leiblicher Erfahrung in mechanisch-materielle Körperprozesse.

Dass die Gesundheit im Gefolge der verdinglichten Betrachtung des Leibes auch Schaden nehmen kann, etwa weil die Eigentätigkeit des Organismus nicht unterstützt, sondern medizinisch gehemmt oder ersetzt wird, oder Leibliches verdinglichend umgedeutet wird, sei nur abschließend bemerkt. Zumindest gibt es Herangehensweisen, die weit mehr Leiberfahrungen zu integrieren vermögen, zum Beispiel leibbezogene Therapieformen in der heutigen Psychosomatik. Die Polarität von Leib und Körper begleitet uns somit nicht nur durch unser Leben, sie charakterisiert auch unsere Grundhaltungen zu Gesundheit und Krankheit.



Foto: Privat

Prof. Dr. Dr. Thomas Fuchs

ist Karl-Jaspers-Professor für philosophische Grundlagen der Psychiatrie an der Psychiatrischen Uni-

versitätsklinik Heidelberg und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für phänomenologische Anthropologie, Psychiatrie und Psychotherapie (DGAP). Jüngste Publikation: „Self across time: the diachronic unity of bodily existence“ (2016).

Mit dem Widerstand arbeiten

Der Weg zur allgemeinen Anerkennung der psychoanalytischen Psychotherapie ist noch weit. In diesem Sammelband nennen die Autoren die mannigfaltigen Widerstände beim Namen und liefern positive Erfahrungen aus ihrem Arbeitsalltag

Von **Norbert Bowe**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp

Das Wort „Widerstände“ im Titel könnte dazu verleiten, einen Bogen um dieses Buch zu schlagen. Doch das respektierende Arbeiten am Widerstand – statt eines positivistischen Beseitigungsversuchs – stellt einen entscheidenden psychoanalytisch/psychodynamischen Beitrag zur Psychotherapie dar.

Im Buch kommen die vielfältigen Widerstände auf den verschiedensten Ebenen zur Sprache:

Auf *gesellschaftlicher Ebene* sticht die Ökonomisierung der Psychiatrie mit Arbeitsverdichtung, Verweildauerverkürzung, Reduzierung von Gesprächsangeboten und Finanzierungslücken durch Personalkostensteigerungen hervor.

Auf *institutioneller Ebene* werden genannt: Abnahme des Interesses an den inneren Prozessen der Patienten, eine vorwiegend deskriptiv-kognitive Ausrichtung der Psychotherapie, die biologistische Definition von Psychosen als Gehirnveränderungen (welche eine weitgehende Reduktion auf Psychopharmakotherapie zu

rechtfertigen scheint). Das muss sich identitätsbedrohend auswirken – gründet doch im subjektiven Narrativ, auch im psychotischen, das Erleben personaler Identität. Nicht weil das Gesagte immer „stimmt“, sondern weil sich darin zeigt, wie eine Person mit sprachlichen Mitteln ein Bild von sich und ihren Beziehungen entwirft.

Ebenfalls zur Sprache kommen Widerstände von Psychoanalytikern, die notwendige Modifikationen als Verwässerung der reinen Psychoanalyse abwehren und an rein neurosenspezifischen Konzepten festhalten. Erforderliche Handreichungen überlassen sie lieber der pragmatischen Verhaltenstherapie, anstatt sie selbst zu integrieren. Entsprechend ist Psychotherapie kaum in den Ausbildungen repräsentiert.

Auf der *Ebene der Psychiater in Weiterbildung*, die fast ausschließlich behavioristische Ansätze vermittelt bekommen, richten sich Widerstände gegen das Befassen mit der gesamten Lebensgeschichte, mit den auslösenden Situationen und deren Verknüpfung mit aktuellen Konflikten (die nicht erzählt, sondern geduldig erkundet werden müssten), mit der oft langen Krankheitsvorgeschichte. Nicht selten werden solche Lücken mit gängigen psychodynamischen Hypothesen gefüllt.

Am spannendsten wird das Buch, wenn es sich anhand von Fallbeispielen mit den *Abwehrvorgängen der Erkrankten selbst und ihrer Krankheiten* befasst. In der Psychose geschieht kein Realitätsverlust, sondern ein Aufgeben der Realität als Abwehrfunktion. Dies lässt sich am Beispiel der doppelten Buchführung zeigen, wo

der Realitätssinn nicht verloren gegangen ist, sondern die psychotische Sicht als die richtige angesehen wird. Ein weiteres Beispiel stellt das Projizieren von Innerseellichem nach außen dar – ein aktiver seelischer Vorgang. Nach dem in der Psychose – als (Weltuntergangs-)Katastrophe – erlittenen Verlust des gewohnten In-der-Welt-Seins befindet sich der Psychotiker in einem persistierenden Nähe-Distanz-Dilemma: Er befürchtet einerseits, sich in der Nähe des ersehnten Objekts zu verlieren, während er andererseits glaubt, ohne dieses Objekt nicht existieren zu können. Der Beziehungs- oder Verfolgungswahn ist die typische Kompromissbildung dieses Dilemmas, Selbstbezogenheit oder Objektbezogenheit als unvereinbare Gegensätze erleben zu müssen.

Eine „gute“ Betreuungsbeziehung ist daher eine ständige Herausforderung für die Ich-Funktion des Patienten: Durch die angeregte Objektsehnsucht werden hochbedrohliche Affekte angerührt, was wiederum zu verstärkten psychotischen Symptombildungen Anlass geben kann. Dies zeigt die Gratwanderung der Behandelnden an, die ständig mit existenziellen Gefährdungen umzugehen haben und dabei ohne eigene Festigkeit in den Strudel hingezogen werden können. Derartig intensive, auch Kapazitätsgrenzen touchierende Übertragungen erfordern eine Halt vermittelnde, engagierte Präsenz, auch Begleitung durch Super- oder Intervention. Belohnt wird man mit tief berührenden existenziellen Erfahrungen.



Ausgebrannt

Ein „Glücksfall für die Psychotherapie“: Der Hamburger Psychotherapeut Ortwin Meiss hat gute Erfahrungen mit hypnosystemischen Methoden zur Behandlung von Depression und Burnout gemacht. Seine Erkenntnisse hat er nun als Buch veröffentlicht

Von **Peter Stimpfle**, Psychotherapeut in Eichstätt

— **Ortwin Meiss** hat seine langjährigen Therapieerfahrungen mit Menschen, die von Depression oder Burnout betroffen waren, veröffentlicht. Auf der Basis des hypnosystemischen Therapieverständnisses zeigt er, wie Behandlung aussehen kann und welche therapeutischen Grundhaltungen sinnvoll sind. Dabei werden die emotionalen Reaktionen der Betroffenen in einen sinnvollen lebensgeschichtlichen Zusammenhang gestellt. Das spannende Vorwort stammt von Gunther Schmidt, der für eine Synthese hypnotherapeutischer und systemischer Methoden wirbt.

Das Buch beginnt mit einem skeptischen Blick auf eine derzeit ausschließlich störungsorientierte Sichtweise der „Volks-epidemie“, vor allem in der Medikamentenbehandlung. Die bekannten Erklärungsmodelle werden kritisch gesichtet und therapeutische Ansatzpunkte und Irrtümer (wie etwa, dass Gefühle durch Gedanken geändert werden könnten) herausgearbeitet. Nach dem biologischen Ökonomieprinzip werden Burnout und Depression als unbestechlicher, sinnvoller und unbewusster Protest gegen das Fortsetzen selbstschädigender Aufopferungstendenzen gesehen. Hypersoziale Einstellungen, überzogene Selbstlosigkeit, kostenlose Vorleistungen, faule Kompromisse sowie unter anderem Schuld und Scham führen zu Gratifikationskrisen. Diese wiederum basieren auf bestimmten Kindheitserfahrungen (was an Fallbeispielen aufgezeigt wird), wobei gleichzeitig andere wichtige Erfahrungen wie Schutz, Selbstachtung, Sicherheit, Geborgenheit, Zugehörigkeit oder Autonomie

fehlen. Es geht darum, wie Betroffene selbst zu dieser Erkenntnis gelangen können, um zu spüren, was sie brauchen, und zu lernen, ihre eigenen Handlungen, Entscheidungen und Befindlichkeiten zu steuern. Depression wird als Trancephänomen (Problemtrance) verstanden, eng verknüpft mit einhergehenden hypnotischen Sprachmustern. Scham und Schuld erhalten den Kreislauf aufrecht. Systemisch kann auch das Arbeitsumfeld durch die Missachtung von psychischen Grundbedürfnissen die Erkrankung begünstigen, ebenso wie Leistungsdruck in Familien, die Sucht nach Anerkennung, das Verbot, von Erfolgen erzählen zu dürfen, erniedrigende Ratschläge und Geschenke sowie bestimmte Familien(arrangements). Meiss zeigt typische Probleme der therapeutischen Beziehung auf (Hilflosigkeit, Regression, Neigung zu Dominanz, verdeckte Aggressionen, Suizidalität, Umgang mit Misserfolgen). Widerstand versteht er als Versuch, die eigene Würde und Autonomie zu wahren.

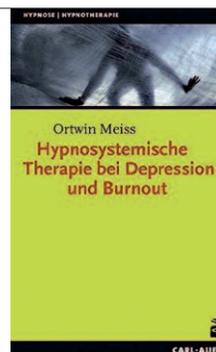
Ebenfalls dargestellt werden bewährte Behandlungsmethoden wie die Stellvertretertechnik, Landschaftsmetaphern für die Lebenssituation und die Nutzung des Symptoms als Berater („ungebetener Hausgast“), um einen Perspektivenwechsel herzustellen. Sehr wichtig ist dabei die Aufarbeitung belastender Kindheitserfahrungen, um die Frage „Welche Rolle spiele ich im Leben?“ zu klären. Damit lassen sich Überforderung und Hilflosigkeit identifizieren sowie familiäre Einschränkungen und Bindungen, Schuld

und Scham und alte belastende Interaktionsmuster auflösen. Therapeutisch können fehlende Erfahrungen nachgeholt werden – vor allem jene, sich kompetent zu erleben, das eigene Leben gestalten zu können, Selbstachtung und Selbstbewusstsein zu spüren. Dafür eignen sich auch Geschichten, Metaphern, Symbole, Gedichte und Filme. Des Weiteren kann Zeitprogression eingesetzt werden, um Veränderungsbereitschaft angesichts einer Gewöhnung an das Leid zu schaffen.

Zusammenfassend eröffnet das Buch ermutigende Perspektiven für die Diagnostik und die Therapie schwieriger Krisen, wobei ein Rahmen eröffnet wird, der es Therapeuten und Patienten ermöglicht, emotionale Reaktionen verstehbar zu machen. Einen „Glücksfall für die Psychotherapie“ hat Gunther Schmidt dieses Buch genannt – und dieser Einschätzung kann ich nur beipflichten. Im Eigeninteresse der Behandler rate ich dazu, es zu lesen. Vielleicht wird die Behandlung dadurch ja etwas leichter?

Ortwin Meiss:
**Hypnosystemische
Therapie bei Depression
und Burnout**

Carl-Auer Verlag,
Heidelberg
1. Auflage 2016
336 Seiten, 34,95 Euro
ISBN: 978-3-8497-0097-3



Ein Schlüssel zu psychischer Gesundheit

Das neue Buch von Svenja Taubner bietet einen guten Einstieg in die noch junge Theorie des Mentalisierens und gibt konkrete therapeutische Hilfe an die Hand

Von **Angelika Haun**, kooptiertes Vorstandsmitglied des bvvp

Klar und kompakt stellt die Psychoanalytikerin Svenja Taubner die relativ junge Theorie des Mentalisierens dar. Sie wurde Anfang der 90er Jahre von den Psychoanalytikern Peter Fonagy und Mary Target entwickelt und beschäftigt sich mit der Möglichkeit, bewusste und unbewusste mentale Zustände von sich selbst und von anderen erfassen zu können. Die Autorin forscht selbst auf diesem Gebiet und gibt einen beeindruckenden Überblick über die derzeitige Studienlage.

Zunächst aber führt die Diplom-Psychologin und Professorin an der Universität Klagenfurt in das Mentalisierungskonzept ein. Sie stellt dar, wie die Interpretation der Bindungsbeziehungen auf dem Boden der Qualität der frühen Eltern-Kind-Interaktion in die Entwicklung bewusster und unbewusster mentaler Zustände von sich selbst und von anderen eingeht. Eine frühe Bedeutung gewann das Konzept zur Erklärung von Somatisierungsstörungen und dem oftmals damit einhergehenden konkretistischen Denkstil. Mentalisierung konstituiert

die Fähigkeit zur Repräsentation und Symbolisierung körpernahen affektiven Erlebens in etwas Mentales. Das spannende Konzept bildet eine Brücke zwischen psychoanalytischer Objektbeziehungstheorie, Bindungstheorie und empirischer Entwicklungstheorie. Zugleich ist es empirischen Forschungsmethoden und neurobiologischen Untersuchungsmethoden gut zugänglich. Im Buch werden die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit und die damit einhergehende dynamische Fähigkeit zur Affektregulierung sowie die Wechselwirkungen zwischen Stress, Aktivierung des Bindungssystems und der jeweils aktuellen Mentalisierungsmöglichkeit gut nachvollziehbar dargestellt und jeweils mit Forschungsergebnissen belegt.

Im Weiteren erfahren wir vom Misslingen in der Entwicklung von Mentalisierung, den Bedingungen, unter denen dies geschieht, und den Zusammenhängen zwischen Mentalisierungshemmungen und einem fragilen Selbst. Es entstehen plastische Erklärungsmuster, die hilfreich sind für den therapeutischen Alltag. Die Autorin setzt Mentalisierungseinschränkungen in Beziehung zu spezifischen psychischen Störungen besonders der Borderline-Persönlichkeitsstörung, zu Störungen des Sozialverhaltens und zu affektiven Störungen wie Depression und Panikstörung. Dabei zeigt sie auf, wie die Mentalisierungsfähigkeit sich unter Psychotherapie verändert, indem sie als Resilienzfaktor betrachtet wird, als eine Art Immunsystem der Psyche und als intrapsychische Ressource in Bezug auf die Entwicklung eines Individuums.

Ein eigenes Kapitel widmet sie der Mentalisierung und Bindungssicherheit als Kernkompetenz von Psychotherapeuten, wozu sie geforscht hat. Interessant ist der Blick auf die Auswirkungen des Beziehungserlebens in der Ausbildung selbst und die Bedeutung sicherer Bindung für die psychotherapeutische Kompetenz. Dabei scheinen aversive frühe Bindungserfahrungen eine Berufsmotivation für Psychotherapeuten zu sein. Zuletzt geht die Autorin der Frage nach, wie Mentalisierung gefördert werden kann. Dazu stellt sie die mentalisierungsbasierte Therapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit ihren dazugehörigen Grundhaltungen und Basistechniken vor.

An dieser Stelle gibt Taubner konkrete therapeutische Hilfe an die Hand – besonders in der Achtsamkeit darauf, ob Patienten jeweils aktuell in der Lage sind, über ihre psychischen Befindlichkeiten nachzudenken, ohne sie agieren zu müssen: Der Therapeut achtet darauf, dass Emotionen nicht zu stark werden, weil mit einem hohen emotionalen Stresslevel schlechter mentalisiert werden kann. Spannend und absolut notwendig ist dabei auch der Blick auf die Mentalisierungsfähigkeit des Therapeuten, die bei einem vorübergehenden Verlust möglichst schnell zurücklernt werden soll.

Wer ein fundiertes Kompendium sucht, um sich rasch und verdichtet in dieses innovative und zukunftssträchtige Konzept einzuarbeiten, ist mit diesem Buch bestens bedient. Es erfordert eine gute Konzentration beim Lesen, ist aber spannend, anregend und immer wieder erhellend.



MARKTPLATZ

Hamburg:

Schöner, heller Therapieraum in repräsentativer zentraler Lage (Colonnaden) zu vermieten.
Kontakt: Dr. Lars-Erik Prien,
Tel. 040/3551370

Ihre Kleinanzeige auf dem Marktplatz in Projekt Psychotherapie

Bis 200 Zeichen 40 Euro.
Schicken Sie Ihren Anzeigentext an: marktplatz@projekt-psychotherapie.de oder per Fax an: **030/39 835 188-5**
Chiffre-Anzeigen werden derzeit nicht angeboten.

TERMINE

2. Juni, 20 bis 22 Uhr
vvps – Erfolgreicher Start in die Praxis
Informationen unter vvps@bvvp.de
Ort: Freiburg / Baden-Württemberg, Haus der Ärzte

16. Juni 17.30 bis 20.30 Uhr
Kooperationsformen für psychotherapeutische Praxen
Fortbildungsveranstaltung
Info und Anmeldung: bvvp@bvvp.de
Ort: Weimar, KV Thüringen,

Verhaltenstherapiewochen
Informationen und weitere Termine:
www.vtwoche.de

17. bis 20. Juni
Ort: Lübeck

23. bis 26. September
Ort: Freiburg

11. bis 13. November
Ort: München

20. Juni 16.00-17.30 Uhr
Verstehen und Anwenden des EBM und der GOÄ/GOP
Gruppenberatung per Telefon auf Basis des bvvp EBM Info Paket Plus 2016
Info und Anmeldung: bvvp@bvvp.de

22. Juni, 16 bis 19.30 Uhr
Zulassung in der Psychotherapeutischen Praxis: Grundlagen und Beispiele ...
Seminar des bvvp Westfalen-Lippe unter

Projekt Psychotherapie

03/2016

AUSBLICK AUF DAS NÄCHSTE HEFT

Flucht, Migrationsbewegungen und Terroranschläge haben Kriegstraumata zurück in eine Gesellschaft gespült, die fast vergessen hat, was Krieg bedeutet. Dabei ist die Geschichte des Krieges so alt wie die Geschichte der Menschheit selbst – und macht auch vor unserer globalisierten Gesellschaft nicht halt. Zurück bleiben tief traumatisierte Menschen, die Hilfe benötigen. Unsere nächste Ausgabe widmen wir deshalb dem „seelischen Danach“, den Erfahrungen mit Gewalt zwischen „ausgewählten und ausgewählten Zielen“. Es wird eine schwere Lektüre zu entscheidenden psychischen Realitäten – aber genau deshalb eine sehr wichtige.

der Leitung von Dr. Elisabeth Störmann-Gaede. Info und Anmeldung bvvp Westfalen-Lippe: bvvp-wl@bvvp.de
Ort: Ärztekammer Westfalen-Lippe, Münster

30. Juni
Netzwerke gestalten – Psychisch erkrankte Beschäftigte wirkungsvoll unterstützen
3. Fachtagung: Schnittstellen zwischen Arbeitsschutz, Rehabilitation und Psychotherapie
Ort: DGVV Akademie Dresden, Königsbrücker Landstraße 2, Dresden

22. August 16.00-17.30 Uhr
Verstehen und Anwenden des EBM und der GOÄ/GOP
Gruppenberatung per Telefon auf Basis des bvvp EBM Info Paket Plus 2016
Info und Anmeldung: bvvp@bvvp.de

08. September 19.00 Uhr
bvvp-Stammtisch
bvvp Landesverband Sachsen
Info: bvvp-sachsen@bvvp.de
Ort: Restaurant „Brennessel“, Schützengasse 18, Dresden

10. September 10 bis 16.00 Uhr
QM-Seminar
bvvp Niedersachsen
Leitung: Dr. Uwe Bannert
Info und Anmeldung: bvvp-nds@bvvp.de
Ort: Hannover

Wenn die Worte fehlen

Mit einfachem Fingerzeig eine Aussage tätigen



Wie geht es mir heute? Wie stark ist der Schmerz? Wie groß ist die Angst? Vielen Patienten fällt es schwer, diese Fragen mit Hilfe von Worten zu beschreiben.

Hier helfen

- Skalen zu Gefühlen wie Schmerz, Angst, Wut, Traurigkeit, Freude, Scham, Ekel und Entspannung
- SUD- und VoC-Skalen für die Traumabehandlung mit EMDR
- Universal-Skalen

Die Skalen sind attraktiv illustriert und robust gefertigt für den häufigen Einsatz.

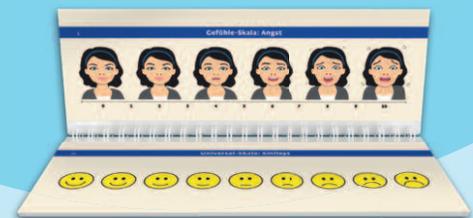


Abbildung ähnlich

Melanie Gräßer / Eike Hovermann jun. / Annika Botved
Rating-Skalen zum Einsatz in der Psychotherapie
20 Skalen für Therapie, Beratung und Coaching
2016. € 29,95 • ISBN 978-3-621-28315-1

Erfahren Sie mehr!
www.beltz.de

BELTZ

**Anzeige
wird von
Medienanker
an Druckerei
gesendet**