Der Rundbrief März 2002

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort (1. Vorsitzender)

1.1 Landesstellenleiter

2. Ankündigung 8. Arbeitstagung der DGÄHAT
in Blankenburg/Harz

2.1 Einladung Mitgliederversammlung am 08.06.2002
Blankenburg/Harz

3. Bericht über die Sitzung des wissenschaftl. Beirates
der AÄGP in Düsseldorf am 21.09.2001

4. Sitzung des wiss. Beirates der deutschsprachigen
Hypnosegesellschaften (WBDH) 27.09.2001 in
Bad Lippspringe

5. Protokoll Sitzung BGM am 06.11.2001 in Berlin

6. Bericht über Delegiertenkonferenz der AWMF am
10.11.2001 und der ständigen AG der psychosozial en Fachgesellschaft in der AWMF am
10.11.2001

7. Anhörung zur Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung am 29.01.2002 BÄK in Köln

8. Internet und Aktuelle Therapeutenliste

9. Urteil des Bundessozialgerichtes vom 04. März 2001 Hypnose und Psychosomatische
Grundversorgung

10. Neue Mitglieder

11. Verstorbene Mitglieder

12. Zertifikate

13. Veröffentlichungen von Mitgliedern

13.1 Abriss der Geschichte der Trance-Arbeit. Zur historischen Entwicklung der Hypnose und des
Autogenen
Trainings.

13.2 Hirnforschung und Konsequenzen für die unbewusste Dynamik der hypnotischen Interaktion.
Ein kurzer Überblick.

14. Termine/Tagungen/Internationale Kongresse

1. Liebe Mitglieder,

der Jahreswechsel liegt wieder hinter uns und die gemeinsame Zukunft vor uns.
Ich möchte Sie gleich am Anfang zu unserer Jahrestagung vom 07. bis 09. Juni 2002 nach Blankenburg in den Harz einladen.
Das Programm mit den Kursen und Vorträgen haben wir nach Ihren Wünschen zusammengestellt.

In der Langzeitplanung steht die Tagung 2003 in Königswinter bei Bonn. Von den Referenten hat schon Prof. Dr. phil. Dieter Vaitl von der Justus-Liebig-Universität Giessen zugesagt. Er wird über die Psychophysiologie der Entspannung mit veränderten Bewußtseinszuständen einen Hauptvortrag halten. Das Adam-Stegerwald-Haus ist schon gebucht.

Der wissenschaftliche Beirat der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie [AÄGP] hat seine Arbeit aufgenommen, eine virtuelle Fort- und Weiterbildungsakademie ist gegründet worden und im Internet unter

www.aaegp.de

mit den Detailinformationen und den Weiterbildungsveranstaltungen zu erreichen.

Wir arbeiten mit im wissenschaftlichen Beirat der deutsch-sprachigen Hypnosegesellschaften, vertreten unsere Interessen im Bundesgesundheitsministerium, bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF] und bei der Bundesärztekammer.

Wie letztes Jahr auch, liegt mir die "Aktuelle Therapeutenliste" [Internet und Postversand] insbesondere am Herzen. Die Anfragen Ratsuchender [per Telefon / Post / Fax / und Email info@dgaehat.de] nach ärztlicher Hypnose sind ungebrochen stark.
Bitte entscheiden auch Sie sich, dabei zu sein!

Unser Mitglied Dr. med. B. Kossmann aus Wangen hat vor dem Bundessozialgericht in Kassel ein wichtiges Urteil mit einer weitreichenden Bedeutung in der Psychosomatischen Grundversorgung erstritten.

Unser neues Mitglied, Herrn Dr. med. F. Kohl aus Freiburg, begrüße ich ganz herzlich. Unsere verstorbenen Mitglieder betrauern wir. Die Glückwünsche aller gehen an unsere neuen Dozenten für Autogenes Training und Ärztliche Hypnose.

Sowohl die "Aktuelle Therapeutenliste" als auch die "Dozentenliste" sind im Internet unter

www.dgaehat.de

für jeden zugängig. Auch unser Mitgliederverzeichnis steht im Internet. Bitte überprüfen Sie Ihre persönlichen Daten und melden mir Änderungswünsche.

Nach den Beiträgen unserer Mitglieder Dr. med. R. Bauß und Dr. med. A. Schelper finden sie die Tagungstermine und den Fort- und Weiterbildungskalender.

Auch für dieses Jahr habe ich Wünsche:

" Entscheiden Sie sich bitte für die "Aktuelle Therapeutenliste" [Internet und Postversand].
" Beantragen Sie bitte bei vorliegender Qualifikation das Therapeuten und Dozentenzertifikat der DGÄHAT.
" Teilen Sie uns bitte Ihre örtlichen/ regionalen Fort- und Weiterbildungsaktivitäten mit und arbeiten und wirken Sie bitte aktiv am Rundbrief mit.
" Kommen Sie zu unserer Jahrestagung mit Mitgliederversammlung nach Blankenburg in den Harz

Ihr

Dr. med. Günter R. Clausen

2. **Arbeitstagung der DGÄHAT vom 7. - 9. Juni 2002 in Blankenburg/Harz**

Ich möchte Sie auch dieses Jahr recht herzlich im Namen des Vorstandes zu unserer Jahrestagung nach Blankenburg in den Harz einladen. Ich persönlich kann an diesem Wochenende nicht dabei sein, die letzte Mitgliederversammlung hat sich mehrheitlich dafür entschieden, unsere Jahresta-gung um 2 Wochen vorzuverlegen, weil der Ferienbeginn in 3 Bundesländern dazu führen könnte, daß eine zu geringe Beteiligung unserer Mitglieder und Interessenten erfolge. Das beiliegende Programm haben wir nach den Wünschen der Teilnehmer der letzten Tagungen zusammengestellt.

Der theoretische Schwerpunkt wird diesmal die Psychotraumatologie sein, wir konnten den Leiter des EMDR-Institutes Deutschland, Herrn Dr. med. Arne Hofmann aus Bergisch-Gladbach mit einem Hauptvortrag und Videodemonstration einer Behandlung für den Sonntag, 09. 06. 2002 gewinnen.
Am Samstag wird Herr Dr. med. Stefan Jacobs aus der Universität Göttingen zum Thema "Verhaltenstherapeutische Hypnose" Behandlung chronischer Schmerzen mit Videobeispielen" sprechen.
Den zweiten Vortrag wird Herr PD Dr. med. F. Stetter aus Extertal über "Wirksamkeitsnachweise des Autogenes Training und dessen Rolle in integrativen Behandlungskonzepten" halten.

Bei den Kursen haben wir ein ergänzendes Angebot vorbe-reitet.
Die Zukunft liegt mit vielen Aufgaben vor uns, die ärztliche Weiterbildungsordnung wird novelliert, neben der Psychosomatischen Grundversorgung wird eine Psychosomatische Grundkompetenz eingeführt werden. Gerade in der Basis-versorgung werden unsere beiden Verfahren, das Autogene Training und die Ärztliche Hypnose, eine große Rolle spielen.

Mein Stellvertreter Dr. med. Siegfried Stephan freut sich zusammen mit den anderen Vorstandskollegen auf Ihr Kommen und den persönlichen Kontakt und einen regen Gedankenaustausch mit unseren Teilnehmern und Mitgliedern.

Ihr Günter R. Clausen

2.1

Liebe Mitglieder, sehr geehrte Damen und Herren.

Zur **Mitgliederversammlung** am Samstag, den 08. Juni 2002 um 20.00 Uhr im Hotel Vogelherd in Blankenburg/Harz lade ich Sie - im Namen des Vorstands - ein:

TOP 1: Begrüßung und Jahresbericht

TOP 2: Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung vom 23. Juni 2001 [Rundbrief Oktober 2001, S. 41 ff]

TOP 3: Bericht des Schatzmeisters/Aufgaben für die Zukunft

TOP 4: Bericht der Kassenprüfer

TOP 5: Entlastung des Vorstandes und des Schatzmeisters

TOP 6: Internetauftritt

TOP 7: Liste aktiver Therapeuten

TOP 8: 20. - 22. Juni 2003 Arbeitstagung der DGÄHAT in Königswinter/bei Bonn

TOP 9: Verschiedenes

TOP 10: Termine

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihr

Dr. med. Günter R. Clausen

3. **Bericht über die Sitzung des Wiss. Beirates der AÄGP in Düsseldorf am 21.09.2001**

In der Märzausgabe haben wir vom Treffen der korporativen Mitglieder der AÄGP berichtet und den abgeschlossenen Kooperationsvertrag auf den Seiten 16 - 18 abgedruckt. Die Gründungssitzung des wiss. Beirats der AÄGP ist am 09. 02. 2001 Neuss/Düsseldorf erfolgt.
An dieser Stelle möchte ich noch mal auf meine Beiträge im Rundbrief März 2001 hinweisen.
GRC

Information zum Treffen der Vorstände der AÄGP, der Deutschen Balint-Gesellschaft, der DGÄHAT, der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, der Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie, des Arbeitskreises psychosomatische Dermatologie, der Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie, der Akademie für Sexualmedizin und des Vereins Ärztlicher Gestalt-Psychotherapeuten am 21.09.01 in Düsseldorf.

Dieses Treffen fand von 14.00 Uhr bis 17.30 Uhr statt mit der Zielsetzung, nach einem Bericht der fachberufspolitischen Lage und der einzelnen Fachgesellschaften weitere Schritte zum Aufbau einer virtuellen Akademie der zusam-mengeschlossenen Gesellschaften zu formulieren.
Zunächst wurde festgestellt, daß die Lage der Psychotherapie im Bereich der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten weiterhin schlecht ist, und das BSG-Urteil mit seinen errechneten 10 Pfennig nicht umgesetzt ist.
Weitere Maßnahmen in Richtung der KV-en und Ärztekammern wurden diskutiert und beschlossen.
Des weiteren wurde über eine stärkere Verbindung der DGÄHAT und AÄGP im Bereich des Aufbaus der Mitgliederstrukturen gesprochen und die gegenseitigen Werbeaktionen begrüßt.

Als wichtigster Tagesordnungspunkt war der Aufbau der virtuellen Akademie vorgesehen und es wurde soweit geklärt, daß die einzelnen Gesellschaften an Herrn Dr. med. Thomas Heim, Gerstenhalmstr. 4, 79115 Freiburg, Telefon 0761 / 4882 777 Fax 4882 778 Emailanschrift: theim@freenet.de (Pressereferent der AÄGP) ihre Informa-tionen bezüglich überregionaler und regionaler Fortbil-dungsveranstaltungen leiten, und diese dann über die Homepage der AÄGP zu erreichen sind. Herr Heim wird sich darum kümmern, daß die von uns in unserer Homepage genannten Fortbildungsveranstaltungen auch regelmäßig in die der AÄGP bzw. der gemeinsamen Akademie übernommen werden.
Weitere Schritte der Kooperation und Verbindung werden bei unserer nächsten Sitzung in Ulm am 08.03.02 besprochen, insbesondere die Thematik der Mitgliedschaften und der Öffentlichkeitsarbeit.

S. Stephan

4. **Treffen des Wissenschaftlichen Beirates der Deutschsprachigen Hypnosegesellschaften am 27. 9. 2001 um 18.00 Uhr in Bad Lippspringe**

Von dem Gründungstreffen am Donnerstag, den
05. Okt. 2000 im Rahmen des 10. Internationalen Kongres-ses für Hypnose in München berichtete Dr. med.
S. Stephan. Das Gründungstreffen fand in einer recht positi-ven Atmosphäre statt, in den Ausschuss "Methodendefinition" wurde ich als Vertreter für unser Fachgesellschaft gewählt. Das Ziel des Beirates wurde mit dem Schwerpunkt, die Hypnotherapie als Methode weiter zu entwickeln, formuliert.

Von den deutschsprachigen Gesellschaften waren Herr Dr. med. Claude Beguélin (GHyps), Herr Prof. Dr. Walter Bon-gartz (KIKH), Herr Dr. med. Günter R. Clausen (DGÄHAT), Herr Dr. med. Dipl. Psych. Claus Derra (Psychologische Fachgruppe Entspannungsverfahren des BDP), Herr Dipl. Psych. Hans-Jörg Hautkappe (DGZH), Herr Dr. Michael Hübner (DGH), Frau Dipl. Psych. Helga Hüsken-Janßen (DGH), Frau Dr. Marianne Martin (ISOREC), Her Dr. med. dent. Volker Reindl (DGH), Herr Prof. Dr. Dirk Revenstorf (MEG), Frau Dr. Charlotte Wirl (MEGA), Herr Dr. med. Chri-stian Ziegler (SMSH), Frau Dr. Ulrike Halsband (MEG) und Dipl. Psych. Bernhard Trenkle (MEG) anwesend.

Die Tagesordnung war sehr umfangreich, gesprochen wurde über die Verbesserung der Kommunikation und die Zusammenarbeit auf nationaler Ebene in der Dreiländerkonstellation. Ein regelmäßiges Treffen des Wiss. Beirates der deutschsprachigen Hypnosegesellschaften (WBDH) wurde auf nationalen und internationalen Tagungen vereinbart. Forschungs- und Projektsberichte sollen auf einer WEB-Seite zukünftig einsehbar sein. Von den bereits durchgeführten bzw. geplanten gemeinsamen Forschungsobjekten wurden "Hypnose minimiert craving von

Alkoholkranken" (Walter et al.), "Vorbereitung der Geburt mit Hypnose" (DGH/Hüsken-Janßen), "Hypnose bei essentieller Hypertonie" (Trenkle/DGZH), "PET und Hypnose" (Halsband) und "Meta-Analyse zur Hypnotherapie" (Bongartz et al.) berichtet.
Die Ausweitung auf den europäischen Raum mit Zusammenarbeit der ESH wurde diskutiert, die Anwesenden sprachen sich deutlich dafür aus, den Beirat auf der Ebene der deutschsprachigen Hypnosegesellschaften zu belassen und mit den europäischen Kollegen das weitere Vorgehen zu besprechen und auszuloten. Geplant ist während der ESH-Tagung in Rome 2002 dieses zu thematisieren.
Mit 10 Ja-Stimmen wurde bei 4 Enthaltungen beschlossen, den Beirat weiter mit "Wissenschaftlicher Beirat der deutschsprachigen Hypnosegesellschaften" zu benennen (WBDH). Er ist unter der homepage http://mitglied.lycos.de/AGHypnose zu erreichen.

Über den Ist-Zustand der klinischen Hypnoseausbildung und Therapie wurde gesprochen, die einzelnen Aus- und Weiterbildungscurricula der Gesellschaften vorgestellt. Die Schwierigkeiten der Abgrenzung von Hypnose und Hypnotherapie wurde diskutiert, eine Entscheidung über mögliche Abgrenzungskriterien wurde vertagt. Es wurde angeregt, diese Diskussion zunächst in den einzelnen Fachgesellschaften zu führen. Die Erarbeitung von Standards und die Diskussion der Erstellung von Curricula für die verschiedenen Anwendungsfelder wurde vertagt.
Die gegenseitige Anerkennung von Kursbestandteilen der deutschsprachigen Hypnosegesellschaften wurde erneut diskutiert, eine generelle Regelung wurde nicht erzielt. Ein Antrag zur Abstimmung lag nicht vor. Die unterschiedlich langen Ausbildungsgänge bei unterschiedlichen Ausbildungsvoraussetzungen müssen noch ausdiskutiert werden.
Die Fachzeitschriften der Hypnosegesellschaften und die Publikationsorgane wurden noch einmal benannt, die Qualität der Beiträge sollte durch kompetente externe Gutachter evaluiert werden, eine größere internationale Verbreitung wird durch englische Summery angestrebt. Eine Aufnahme in internationale Datenbanken z. B. Medline und PsychINFO wurde angeregt. Bei Tagungen und Kongressen soll sicher gestellt werden, daß die Beiträge fachlich und kompetent auf hohem Niveau durchgeführt werden und eine eindeutige Abgrenzung zur sog. "Esoterik-Ecke" erfolgen soll. Auch wird eine bessere thematische und zeitliche Koordination der unterschiedlichen Hypnose-Tagungen gewünscht, gleiche Leitthemen im selben Jahr erscheinen ungünstig.

Abschließend wurde auf Anregung von Prof. Revenstorf die Möglichkeit diskutiert, im Rahmen des Wissenschaftlichen Beirates der Deutschsprachigen Hypnosegesellschaften eine Akkreditierungskammer zu gründen, die die Anerkennung von Hypnosecurricula in den deutschsprachigen Ländern vornimmt (in der Schweiz für deutschsprachige Curricula).
Ein gegenseitiges Anerkennen der Ausbildungs- und Weiterbildungscurricula ist erwünscht, eine Abgrenzung gegenüber anderen Hypnoseausbildungen vor allen Dingen im Bereich der Heilpraktiker und dem nicht therapeutischen Bereich soll erfolgen und deutlich gemacht werden. Anerkannt werden sollen von der Akkreditierungskammer nur Ausbildungscurricula in klinischer Hypnose, die die Aus-/Weiterbildung von approbierten Therapeuten beinhalten.

Der abschließende Beschluss wurde mit 2/3 Mehrheit gefasst: "Die Akkreditierungskammer des WBDH besteht aus jeweils einem Mitglied der Gesellschaften/Institutionen, die dem WBDH angehören. Die Kammermitglieder werden jeweils von der Mitgliedsinstitution bestimmt."

Die Sitzung war geprägt von einer konzentrierten Diskussion, die unterschiedlichen Standpunkte wurden sehr schnell deutlich, was ist Hypnose (Methode/Heilzustand/ Heilwirkung) und Hypnotherapie (eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren) konnte ebenso wenig übereinstimmend geklärt werden wie die Zustandsbeschreibungen hypnoid/hypnotische Trance/ Trance.
Ich achte sehr darauf, wer wann, wo, welche Begriffe in der Diskussion, in der Therapie und in der Literatur gebraucht, wie er sie definiert und wann ein Begriffswechsel (ein Situationswechsel)

durchgeführt wird.
Die Interessenlagen der Fachgesellschaften blieben bedingt auch durch ihre Mitgliederstrukturen unterschiedlich. Wenn Fachärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Psychotherapeuten für Hypnose und Diplom-Psychologen mit Heilpraktikererlaubnis Hypnose therapeutisch zur An-wendung bringen, gibt es in den verschiedene Gesundheitssystemen [Deutschland / Österreich / Schweiz] ganz un-terschiedliche Ansätze.

Vielleicht finden wir nicht nur den kleinsten gemeinsamen Nenner, sondern auch einen großen gemeinsamen Konsens, wo alle sich verbindlich wiederfinden können.

GRC

5. **Protokoll der Sitzung im Bundesgesundheitsministerium am 06.11.2001 um 11.00 Uhr in Berlin**

Frau Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, außerdem Frau Becker und Herr Hiddemann vom BMG, zusammen mit Vertretern der verschiedenen Psychotherapeutischen Verbände in der gesetzlichen Krankenversicherung, Richtlinienverbände (AGR), außerdem die Allianz psychotherapeutischer Berufs- und Fachverbände, weiterhin die Arbeitsgemein-schaft Psychotherapeutischer Fachverbände AGPF, die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychothera-pie (GWG), die STÄKO (ständige Konferenz ärztlicher Psychotherapeutischer Verbände) sowie der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer waren anwesend.

Zunächst gaben die einzelnen Fachverbände ihre Stellungnahmen ab. Im Vordergrund stand die Honorierung der psy-chotherapeutischen Leistungen mit der dringenden Bitte an das BMG, mehr Druck auf die KBV auszuüben, damit das adäquate Geld dann auch bezahlt werde. Hingewiesen wur-de auch auf die schlechter gestellte Diagnostik (probatori-sche Sitzungen etc.) und die damit verbundene Schwierigkeit der Erbringung der notwendigen Leistungen, die zur Versorgung der Patienten notwendig ist.
Außerdem wurde eingegangen auf die Schwierigkeit des Abzugs von 20% bei Ausbildungsinstituten, die nicht gerechtfertigt sei, da ja öffentliche Förderung dieser privaten Institute nicht erfolge.
Eine adäquate Berechnung der Versorgungszahlen im Psychotherapie-Bereich sei auch bisher nicht erfolgt, und die Fachkompetenz der Psychotherapeuten sei hierzu bisher nicht adäquat einbezogen worden.
Von der STÄKO wurde auch nochmals eingebracht, daß ein Schutz der ärztlichen Psychotherapie durch die 40%-Klausel über das Jahr 2008 weiter bestehen müsse, um den spezifi-schen Versorgungsauftrag der ärztlichen Psychotherapeuten zu stützen. Außerdem wurde die 90%-Regelung (Paragraph 85 Abs. 4 SGB V) angesprochen.
Die Psychiatrie-Psychotherapie-Kombination sei so nicht länger überlebensfähig, wenn die 90%-Regelung bleibe, und dies sei zum Schaden der Patienten.

Vom wissenschaftlichen Beirat, Prof. S. O. Hoffmann, wurde noch die Wichtigkeit einer weiteren Psychotherapiefor-schung beschrieben. Hier bestehe ein großer Nachholbedarf. Die medikamentöse Forschung sei ja durch die Pharmafirmen finanziert, die Psychotherapieforschung werden letzten Endes kaum bezahlt. Da aber die Pharmaforschung über die Patentschutzklausel finanziert werde, bezahlen letzten Endes die teuren Medikamente ja die Kassen, d. h., daß die Kassen letzten Endes die Pharmaforschung mitfinanzieren, aber die Psychotherapieforschung durch die Kassen kein Geld erhalte.
Weiterhin sei der wissenschaftliche Beirat sehr daran interessiert, daß es nicht zwei verschiedene Psychotherapien (ärztliche Psychotherapie und psychologische Psychotherapie) gebe, und daß von daher eine Einheitlichkeit erzielt werden solle. Eine gemeinsame Orientierung der Ausbil-

dung in der Bundesärztekammer und auch in der späteren Bundespsychotherapeutenkammer sei sinnvoll und wünschenswert.

Nach diesen ganzen Statements kam Frau Ministerin Schmidt selbst zu Wort. Sie gab an, daß sie und ihre Partei keine Unterscheidung in Grund- und Wahlleistungen im Bereich der Psychotherapie wollen, und alle Leistungen im Kassensystem belassen wollen, die Psychotherapie in adäquater Weise betreffen. Eine Zuzahlung zur Psychotherapie soll auch nicht geschehen, denn dies würde eine weitere Stigmatisierung dieses Bereiches bedeuten. "Wir müssen zu einer Gleichbewertung psychischer und somatischer Erkrankungen kommen." Allerdings müsse Psychotherapie zweckmäßig und angemessen und das nötige Maß nicht übersteigend sein. Durch sektorale Budgetierung könne eine gute Versorgung nicht erreicht werden. Das Prinzip der kommunizierenden Röhren sei besser, da es ja um eine gesamtheitliche Sichtweise gehe. Auch müsse das Geld den Leistungen folgen, d. h. eine Verlagerung der Psychotherapie aus dem stationären in den ambulanten Bereich müsse auch mit einer entsprechenden Geld-Transferleistung beantwortet werden.

Von Frau Schmidt wurde betont, daß die Gremien der Selbstverwaltung sinnvoll sind und diese auch nicht abge-schafft werden sollen. "Ich bin nicht geneigt, die Selbstverwaltung aufzugeben." Sie gehe davon aus, daß eine Selbstverwaltung eine größere Kompetenz habe als eine Steuerung durch die Politik.
Der § 85 Abs. 4 des SGB V (90%-Regelung) müsse auch dringend angegangen werden. "Das kann man nicht beiseite schieben (das Problem)." Eine Umsetzung der DRGs lasse sich zur Zeit im Bereich der Psychotherapie noch nicht verwirklichen, jedoch solle eine Verzahnung der stationären und ambulanten Vorgehensweise elementar verbessert werden.

Ziel einer weiteren Qualitätssicherung solle sein, daß bei nachgewiesener Qualität die entsprechenden Leistungen weiter bezahlt werden sollen. Sie sprach hier auch den wissenschaftliche Beirat noch mal in seiner wichtigen Funktion an.
Auch wurde erwähnt, daß "Depression eine der sieben Volkskrankheiten sei" und von daher in diesen Bereich aufgenommen werden soll, und dies solle dann auch in der Bundesärztekammer eingebracht werden.
Insgesamt wurden die Vertreter der verschiedenen Psychotherapieverbände aufgefordert, dringlich in den ärztlichen Gremien mitzuarbeiten, um ihre Interessen dort einzubringen, da das ja ein Ministerium von außen nicht so gut machen könne.
Nachdem Frau Schmidt aus Zeitgründen gegangen war, sprachen ihre Mitarbeiter (Herr Hiddemann und Frau Schwarz) weiterhin noch mit den Anwesenden.

In dem Gespräch ergaben sich noch einige wichtige Punkte:
So sprach S. O. Hoffmann an, daß eine Bedarfsplanung im psychotherapeutischen Bereich, wie sie momentan ange-strebt wird, auch eine politische Dimension habe, da ja ent-schieden werden müsse, wieviel Geld man investieren wolle in diesen Bereich. Das Beispiel der Abschaffung von Nieren-transplantationen über das 60 Lebensjahr hinaus in England wurde angesprochen, daß hier auch politische letzten Endes die Bedarfsplanung mitbestimmen und nicht abgelöst davon gesehen werden können.

Herr Weithaus von der Vereinigung sprach nochmals die Vergütungsbewertung an, und das Problem der probatorischen Sitzungen und deren schlechteren Bezahlung sei so dringlich, daß ein Warten bis 2003 (dieses Jahr hatte Frau Schmidt zu einer allgemeinen Veränderung erwähnt) nicht möglich sei.

Wichtig wurde angegeben, daß am 05.11. ein Gespräch im BMG mit einigen Vertretern des Bewertungsausschusses der KBV (Köhler u. a.) und Kassenvertretern geführt wurde, und es wurde dringlich darauf eingewirkt, daß das BSG besser umgesetzt werden solle, da dies ja bisher

noch nicht geschehen sei. Weitere Details wurden hierzu jedoch nicht angegeben, daß diese Verhandlungen noch im Gange sei-en.
Auch das BMG sieht den Mißstand in der 90%-Regelung und will dazu Stellung beziehen, jedoch keinen bestimmen-den Einfluß ausüben.
Interessant war, daß Herr Hiddemann vom BMG ansprach, daß er dieses 90%-Problem heute erstmals gehört habe (also schlecht vorbereitet!).
Frau Clever vom BVVP sprach nochmals an, daß wichtig sei, daß insgesamt mehr Geld in das System der Psychotherapeuten kommen müsse, da ansonsten bei sektionierter Betrachtung der psychotherapeutischen Leistungen lediglich eine Verschiebung innerhalb des Topfes erfolgen werde, d. h., daß z. B. genehmigte Leistungen besser bewertet werden, und damit aber gleichzeitig andere diagnostische Psychotherapie-Leistungen schlechter bewertet werden. Diese Umverteilung könne keine Verbesserung des gesamten Systems bedeuten.
Herr Hiddemann äußerte dann noch: "Beim BMG ist es angekommen, daß der jetzige Zustand unhaltbar ist."

Als Letztes wurde dann noch das Problem der Psychotherapeuten-Ausbildung nach dem PTG angesprochen, die Problematik des einen psychiatrischen Jahres, der Rechtsstatus während dieser Zeit, die Nicht-Bezahlung etc. Angegeben wurde jedoch, daß die Ausbildungskandidaten sich nicht auf eine bereits abgeschlossene Berufsausbildung als Psychologe beziehen können, und es sei so geregelt, daß prinzipiell eine Förderung dieser Ausbildungskandidaten nach dem BAföG möglich sei.
Zuletzt wurde noch einmal der wissenschaftliche Beirat angesprochen und seine momentane Bindung an die Bundesärztekammer, wobei längerfristig auch eine Mitanbindung an die Bundespsychotherapeutenkammer denkbar sei, ohne jedoch die Bindung an die Bundesärztekammer zu verlassen, da es ja das allgemeine Ziel sei, eine einheitliche Psychotherapie zu betreiben und diese nicht aufzuspalten.

Nach zweieinhalb Stunden wurde das Gespräch aus Zeitgründen von den Vertretern des BMG beendet. Die STÄKO hat einige Unterlagen schriftlich eingegeben. Dies wurde teilweise auch von den anderen Verbänden gemacht, und weitere Kontakte sind gewünscht und sollen folgen.

Dr. med. S. Stephan

6. **Bericht über die Delegiertenkonferenz der AWMF am 10.11.2001 und die Sitzung der ständigen Arbeitsgruppe der psychosozialen Fachgesellschaft in der AWMF vom 10.11.2001**

Den inhaltlichen Beginn der Delegiertenkonferenz stellte ein Referat von Professor Bauer (Chirurg aus Altötting) zum aktuellen Stand der DRG´s dar. Er berichtete, dass die DRG´s kommen sei klar - offen sei, wann dies der Fall sei. In seinem Referat wies er auf die Risiken aus ärztlicher Sicht hin und schloß damit, dass die DRG´s eine "Industrialisierung und ALDI-sierung der stationären Patientenversor-gung" bringen werden. Professor Seving berichtete für die Aufnahmekommission der AWMF, dass in dieser Konferenz über den Aufnahmeantrag der Deutschen Gesellschaft für Kolo-Proktologie und über den der Deutschen Gesellschaft für positive Psychotherapie entschieden werden solle. Erstere erhielt ein befürwortendes, zweitere ein ablehnendes Vo-tum der Kommission. Beide Gesellschaften stellten sich vor. Die Gesellschaft für Kolo-Proktologie wurde bei fünf Enthaltungen zur Aufnahme angenommen. Die Deutsche Gesellschaft für positive Psychotherapie wurde bei neun Enthaltungen zur Aufnahme abgelehnt, wobei sich das negative Votum der Kommission und auch der Diskussion darauf stützte, dass diese Gesellschaft nur einen kleinen Ausschnitt des psychotherapeutischen Fachgebietes abbilde.

Den größten Raum der Konferenz nahmen die ausführlichen Berichte der Präsidiumsmitglieder

ein. Professor Enke berichtet vom Deutschen Ärztetag, dass die Nachwuchsförde-rung dort als dringliche Aufgabe formuliert wurde. In den nächsten Jahren werde ein erheblicher Nachwuchsmangel an jungen Ärztinnen und Ärzten erwartet, zum Einen weil der Beruf nicht mehr so attraktiv sei, dass er nach dem Studium auch ausgeübt werde (nur ca. 50 % der Medizin-Studien-Absolventen ergreifen den Arztberuf!) und zum Anderen dadurch, dass fertige Ärztinnen und Ärzte aus der Bundesrepublik durch attraktivere Auslandsangebote vom hiesigen Markt abgezogen werden. In der Diskussion wurde darauf verwiesen, dass das jüngste Urteil des Kieler Arbeitsgerichtes, wonach Bereitschaftsdienste als volle Arbeitszeit anzurechnen sind, die Lage noch einmal erheblich verschärfen werde, wobei sich keinerlei Diskussion über dieses Urteil des Kieler Arbeitsgerichtes ergab und die möglicherweise von der Mehrheit der Delegierten als vermutlich kommende Rechtslage eingeschätzt wird. Weiterhin berichtete Professor Enke über eine Anhörung zur Novelle der Approbationsordnung zusammen mit der Bundesärztekammer beim Bundesgesundheitsministerium. Es sei viel Kritik geäußert worden. Es sei noch nicht völlig sicher, ob die gegenwärtig vorliegende Entwurfsfassung noch in dieser Legislaturperiode verabschiedet werde, einiges spricht offen-bar aber dafür. Auch wenn inzwischen viel Nachbesserungsbedarf bestehe, sei eine kleinere Reform besser als gar keine. Im Hinblick auf die Qualitätssicherung soll ein gemeinsamer Ausschuß von AWMF und Bundesärztekam-mer gebildet werden. Die AWMF sei jetzt auch in zwei der sechs Arbeitsgruppen des "runden Tisches" vertreten und zwar in dem zur Krankenversorgung und in dem zur Leitlinienentwicklung. Hier ergänzte Professor Reinauer aus der konkreten Arbeitsgruppe "Leitlinien" daß gegenwärtig die Finanzierung, Koordinierung und Priorisierung sowie Implementierung die Hauptthemen seien. Im Hinblick auf die Finanzierung solle eine Stiftung entstehen, die Geldzuflüsse vom Bundesgesundheitsministerium, von den Krankenkassen und von der Industrie erhalten solle und bei der AQS der Bundesärztekammer angesiedelt sein solle. Zu den angeschnittenen Fragen entwirft die Arbeitsgruppe Vorschläge, die dann am runden Tisch diskutiert und möglicherweise auch angenommen werden. Professor Lorenz, der Leitlinenbeauftragte der AWMF, berichtete, dass sich inzwischen drei Expertenkreise, drei Arbeitsgruppen der ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄzQ) gebildet hätten, darüber hinaus habe man an der Vorbereitung der ersten nationalen Qualitätskonferenz der AQS am dritten und vierten Dezember 2001 in Bremen mitgewirkt und müsse darüber hinaus das AGREE-Projekt und die Empfehlungen des Europa-Rates vom 10.10.2001 und deren Konsequenzen berücksichtigen und darüber hinaus auch die Erklärung der G7-Staaten (der führenden Industrienationen) zu Implementierung von Leitlinie berücksichtigen.

Innerhalb der AWMF sind gegenwärtig sieben Leitlinien auf S3-Niveau (durch Konsensprozesse entstanden und voll-ständig evidenzbasiert), 68 Leitlinien sind auf S2-Niveau (durch Konsensprozesse entstanden und teilweise mit Evi-denzen abgesichert), 869 Leitlinien seien auf dem S1-Niveau (ohne formale Konsensprozesse und mit geringer oder ohne Evidenzbasierung). Im Hinblick auf die Entwick-lung der S3-Leitlinien, die allenfalls zusammen mit den S2-Leitlinien allein Bedeutung im gesundheitspolitischen Raum haben werden, sei eine engere Verzahnung mit der ÄzQ eingetreten und dadurch ein engerer Schulterschluß mit den ärztlichen Körperschaften erreicht worden. Im Hinblick auf Finanzierungsprobleme der Leitlinienerstellung gebe es lau-fende Verhandlungen. Beispielhaft wird die Leitlinieentwick-lung von der S1 zur S3 Leitlinie zur Früherkennung des Prostatakarzinoms anhand des sog. "PSA-Wertes" vorgestellt. Professor Lorenz rechnet in der BRD mit Kosten zur Erstel-lung einer S3-Leitlinien in Höhe von 200.000,- - 250.000,- DM. Entsprechende Finanzierungsanträge seien an das BMG gerichtet worden. Auf Nachfrage stellt Professor Lorenz heraus, dass es auch Leitlinienentwicklungen außerhalb der AWMF gibt und verweist auf zum Teil leidvolle Erfahrungen mit Leitlinien der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.
Er stellt heraus, dass gegenwärtig auch S3-Leitlinien keine Frage zur Effizienz, wohl aber zur Kosteneffektivität enthal-ten sollen. Mit Kosteneffektivität ist folgendes gemeint: Wenn es gute Studien zu zwei Verfahren gibt und mit bei-den Verfahren die gleichen Ergebnisse zu erzielen sind, dann ist das kostengünstigere Verfahren zu empfehlen. Professor Brähler von der

Bibliometrie-Kommission berichtete, dass der SCI und SSCI über die Internetseite der AWMF abrufbar seien.

Er bat alle Fachgesellschaften darum, wissenschaftliche Verlage zu benennen, die für hohe oder zumindest brauch-bare Qualität in ihrem jeweiligen Bereich stehen. Die Mitglieder der DGÄHAT werden gebeten, entsprechende Vorschläge an Priv.-Doz. Dr. F. Stetter zu senden.

Er berichtete, darüber hinaus über die Leistungserfassung an den Universitäten zur Mittelvergabe und die Lehrleistungserfassung. Bei Letzterer zeigte sich in einer Untersu-chung, dass die Ergebnisse der Medizinstudenten bei den IMPT-Fragen eine ungeeignete Meßgröße sind, da hier keine statistischen Unterschiede weder zwischen den Fächern noch zwischen den Fakultäten der verschiedenen Orte zu finden seien. Grundsätzlich stehe er einer Evaluation der Lehrleistungen kritisch gegenüber und möglicherweise werde die Bibliometrie-Kommission alternativ Wege zur Quali-tätssicherung empfehlen. Professor von Wiechert berichtete, dass die Hochschuldienstrechtsreform vom Bundestag verabschiedet jetzt im Bundesrat sei. Er empfehle jeden, der an einer Universität tätig sei, diese gründlich zu lesen. Profes-sor Reinauer berichtete, dass das Zeitschriftenprojekt "German medical science" seit 1999 betrieben werde. Die Zusammenarbeit mit dem DIMDI sei im Jahr 2000 etabliert worden. Der Förderantrag an die DFG liege jetzt dort in einer korrigierten Zweitfassung und man rechne mit einer Entscheidung im Januar 2002. Im befürwortenden Falle würde dann mit dieser Zeitschrift gestartet, so dass eine erste Sitzung des Editorial board im Frühjahr 2002 geplant sei.

Professor Bock wurde bei zwei Enthaltungen als Schatz-meister der AWMF wiedergewählt. Ab nächstem Jahr erfolgt eine Umstellung auf Euro, bei der der Beitrag etwas abgerundet wurde. Pro zahlendes Mitglied jeder AWMF-Mitgliedsgesellschaft sind 1,75 Euro zu entrichten.

Professor Seving berichtete über bioethische Fragen der Präimplatationsdiagnostik und der Forschung an embryonalen Stammzellen und stellte dies sehr differenziert dar. Aus seiner Sicht seien die sachlichen und gesellschaftlichen Argumente seit über einem halben Jahr ausgetauscht. Seither kämen keine neuen Argumente mehr hinzu und die Politik sei aufgefordert, zu entscheiden. Er habe aber den Eindruck, dass die Politik dies entweder nicht wolle oder nicht könne. Weiterhin berichtete Professor Seving, daß der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer weiter die enge Kooperation mit der AWMF pflegen wolle. Auch Professor Jagow vom Medizinischen Fakultätentag bestätigte die gute und enge Kooperation mit der AWMF und berichtete darüber, dass gegenwärtig eine Studie über den IST-Zustand an den 36 medizinischen Fakultäten der BRD laufe.

In der anschließenden Sitzung der ständigen Arbeitsgruppe der psychosozialen Fachgesellschaften in der AWMF berichtete das Präsidiumsmitglied der AWMF und der Spre-cher der Arbeitsgruppe, Professor von Troschke, darüber, dass aus seiner Sicht die Ministerin Schmidt die AO-Welle noch in dieser Legislaturperiode durchbringen wolle. Es ent-spann sich eine Diskussion der Teilnehmer darüber, dass in die Novelle - damals auch seitens der AWMF und des Fakultätentages - Kapazitätsbegrenzungen eingebaut worden sind, die geeignet sind, zu einer Reduktion der Medizinstudentenzahlen beizutragen. Angesichts des inzwischen eingetretenen erheblichen Nachwuchsproblems ist die ana-chronistisch. Ob sich hier allerdings eine Änderung erreichen lassen wird oder ob dies später auf Einzelantrags- und Verordnungswege erfolgen muß, blieb offen. Danach wurde auch das Gutachten des Sachverständigenrates der konzertierten Aktion im Gesundheitswesen über die Versorgungssituation in Deutschland diskutiert und dabei auch darauf hingewiesen, dass zum Teil den Mitgliedern des Sachverständigenrates seitens der Fachgesellschaften nur wenige oder unvollständige Daten zur Verfügung gestellt wurden, wobei dies vielfach auch darauf beruhte, dass schlicht und einfach keine Daten über die Versorgungssituation in den Fachgesellschaften vorhanden sind (vergl. auch Bericht von Dr. Siegfried Stephan über die Sitzung der STÄKO beim BMG). Es wurde auch über das Desiderat

nach mehr Versorgungsforschung diskutiert, bei der die Fachgesellschaften nach Ansicht des Sachverständigenrates eine zentrale Rolle spielen und die ggf. für entsprechende Förderprojekte auch Mittel erhalten sollen. Den größten Raum nahm dann planmäßig die Vorbereitung des großen Kongresses aller beteiligter Fachgesellschaften dieser ständigen Arbeitsgruppe im Jahr 2003 ein. Man legte sich darauf fest, dass an drei vollen Tagen im September dieser Kongreß in Hamburg stattfinden solle. Favorisiert wird die Universität Hamburg mit ihrem Auditorium Maximum und den begleitenden Räumen als Veranstaltungsort, da dort die Kosten geringer ausfallen. Alternativ steht das große Hamburger-Kongreßzentrum mit mehr Professionalität aber deutlich höheren Kosten zur Debatte. Würde es gelingen, den Kongreß in der Universität auszurichten, so wäre mit einem Teilnahmebeitrag von 200,- bis 300,- DM, im Kongreßzentrum auf jeden Fall mit 500,- DM zu rechnen. Alle 11 in der Arbeitsgruppe vertretenen Fachgesellschaften richten den Kongreß aus. Das lokale Organisationskomitee wird von Prof. Dr. Dr. Uwe Koch in Hamburg gebildet. Auf Antrag können auch andere Fachgesellschaften sich dem Kongreß anschließen, richten diesen aber nicht aus. Formal wird vermutlich ein eingetragener und gemeinnütziger Hamburger Verein zur Förderung somatisch Kranker als offizieller Veranstalter fungieren, um für den Zweck dieses Kongresses nicht einen eigenen Verein gründen zu müssen. Professor Koch verfügt hier bereits über einschlägige und positive Erfahrungen. Die Vorfinanzierung des Kongresses soll nicht durch die Fachgesellschaften erfolgen, sondern durch Drittmittel erreicht werden. Professor Koch wird eine Anfrage an das BMG und auch an den Deutschen Stifterverband richten. Es wurde weiter vereinbart, dass in den nächsten Tagen ein Brief von Professor von Troschke und Professor Koch an die AWMF-Delegierten sowie an die Vorsitzenden der 11 psychosozialen AWMF-Fachgesellschaften gerichtet wird, bei dem um Vorschläge gebeten und eine verbindliche Zusage angefragt wird. Explizit wurde festgehalten, dass diese jetzige Zusage nicht mit einem finanziellen Haftungsrisiko für die jeweilige Fachgesellschaft verbunden ist. Der insgesamt dreitägige Kongreß wird jeweils drei halbe Tage Plenumssitzungen vorsehen. Die verbleibenden drei halben Tage werden durch Parallelveranstaltungen und kleinere Arbeitsgruppen gestaltet werden, wobei die Vorplanungen jetzt vorsehen, jeder Fachgesellschaft einen halben Tag (vermutlich einen Nachmittag) zur Verfügung zu stellen, um ein eigenes Symposium und/oder auch eine eigene Mitglie-derversammlung abhalten zu können. Zur Vorbereitung des Kongresses findet eine Abstimmung zwischen Professor Koch, Professor von Troschke, Professor Janssen und Pro-fessor Saß statt, wobei jeweils der AWMF-Delegierte jeder der anderen Fachgesellschaften zur Teilnahme an diesen Planungssitzungen eingeladen ist. Die nächste Sitzung wird am 20.12.2001 in Franfurt stattfinden.

Priv.-Doz. Dr. med. F. Stetter

7. **Anhörung zur Novellierung der (Muster-) Weiter-bildungsordnung am 29.01.2002 BÄK in Köln**

Der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der BÄK, Herr Dr. med. H. Hellmut Koch, Präsident der Bayrischen LÄK, hat nach den erbetenen schriftlichen Stellungnahmen der Wissenschaftlichen Med. Fachgesellschaften und Berufs-verbände zu einem Beratungstermin nach Köln am Diens-tag, den 29. Januar 2002 von 9 - 12 Uhr eingeladen.

Die DGÄHAT ist Mitglied der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Med. Fachgesellschaften) und war zum Anhörungstermin durch den Vorsitzenden vertreten.

Eingeladen waren die Wiss. Med. Fachgesellschaften und Berufsverbände mit ihren Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin und der beiden Bereiche Psychotherapie und Psychoanalyse. Die Sitzung hat bis 12.27 Uhr gedauert und war durch eine 10-minütige Pause unterbrochen.

In unserem Rundbrief Oktober 99 habe ich auf den Seiten 42 - 45 von der letzten Anhörung am 08. 09. 1999 bei der BÄK in Köln berichtet.

Herr Prof. Hohagen aus Lübeck vertrat die Position der DGPPN und führte in einem Statement aus, daß zur Psych-iatrie die Basiskompetenz der Psychotherapie bei vielen psychiatrischen Erkrankungen gehöre. Die Beibehaltung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie sei un-bedingt notwendig, in der Bevölkerung werde der Psychiater immer noch mit rein pharmakologischer Behandlung in Verbindung gebracht. Die forensische Psychiatrie sollte einen Schwerpunkt bilden, für die zu integrierenden Bereiche nannte er den Schmerz, die Suchtmedizin, die Schlafmedizin und die Geriatrie. Er könnte sich auch vorstellen, daß das eine Jahr Neurologie im Rahmen der 5-jährigen Fach-arztweiterbildung durch ein Jahr Innere Medizin ersetzt werde, die Neuropsychiatrie könnte in den Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie integriert werden, wobei die zentrale Neurologie im Vordergrund stünde und nicht jeder Facharzt unbedingt die periphere Neurologie ausdifferenziert wissen müsse. In der 5-jährigen Facharztausbildung könnte dann die Neuropsychiatrie, die Sozialpsychiatrie, die Gerontopsychiatrie, die Sucht und anderes integriert werden.

Herr Prof. Hirsch aus Bonn sprach für die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie (DGGPP) und machte deutlich, daß die Gerontopsychiatrie ein Schwerpunkt und kein Bereich im Rahmen des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie sein müsse. Die Meinung, daß es unwichtig sei, ob ein Teilgebiet in einem Schwerpunkt oder einem Bereich vertreten sei, wurde nicht von allen getragen.
Die Schwerpunkte müssen innerhalb einer Mindestweiterbildungszeit in hauptberuflicher Stellung als vertiefte Spezialisierung in einer Facharztbezeichnung erworben werden. Die Bereiche können auch berufsbegleitend ohne Gebietszuordnung erworben werden.
Zur Schmerztherapie führte Dr. Koch aus, daß die akute Schmerztherapie ein ursächlicher Bestandteil jedes Facharztes sei, aber eine spezielle Schmerztherapie sicherlich in den verschiedenen Bereichen unterzubringen sei.

Gefragt wurde, ob denn in der Facharztbezeichnung unbedingt die Psychotherapie vorhanden sein müßte, wenn denn die Psychotherapie ein ursächlicher Bestandteil sei und damit Basiskompetenz, dann brauchte man es doch nicht auf das Schild schreiben. Es entwickelte sich darüber eine lan-ge Diskussion, für den Patienten und die Bevölkerung müßte deutlich gemacht werden, daß der Psychiater auch Psy-chotherapeut sei und die negative Stigmatisierung des Pati-enten, wenn er "nur" zum Psychiater ginge, aufgehoben wäre. Heute formulierten immer noch viele Patienten und auch Hausärzte, daß bei psychischen Störungen man zum Psychologen oder Neurologen gehe, weil man es "an den Nerven habe".

Ich machte deutlich, daß die Bezeichnung Psychotherapie bei allen Fachärzten bleiben müsse. Eine isolierte Herausnahme bei einem Facharzt irritiere sowohl die Patienten als auch die ärztlichen überweisenden Fachkollegen.
"Ist denn ein Psychiater auch Psychotherapeut, wenn es nicht auch auf dem Facharztschild steht?"
Dr. Koch machte mehrmals deutlich, daß auch in dem Facharzt drin sein müsse, was auf dem Schild stehe. Wenn Psychotherapie auf dem Schild stehe, müsse auch psycho-therapeutische Kompetenz drin sein. Die Weiterbildungsinhalte und -kompetenzen wurden in der Diskussion sehr differenziert beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, bei den Gebietsärzten mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie und bei den Gebietsärzten mit Zusatzbezeichnung Psychoanalyse diskutiert.
Es wurde noch einmal deutlich gemacht, daß eine Muster-weiterbildungsordnung für die Zukunft gemacht werden solle, die dem europäischen Vergleich standhalte.

Gegen Ende einer eindreiviertel-stündigen Diskussion wurde eine kurze Pause gemacht, danach

sprach Prof. Jansen aus Dortmund für die DGPM und brachte in seinem Statement zum Ausdruck, daß seine Fachgesellschaft eine Umbenennung des FA für Psychotherapeutische Medizin in den Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie befürworte mit einer zwei-jährigen Weiterbildung in Psychosomatik und einer drei-jährigen Weiterbildung in Psychotherapie. Ein eigenes Facharztgebiet, das mehr an die Somatik heranrük-ke und das ganze Gebiet der psychosomatischen Erkrankungen abdecken solle. Gefragt und diskutiert wurde, wo die psychiatrische Kompetenz bliebe?
Der Psychologische Psychotherapeut müsse ein Jahr in praktischer Tätigkeit sich psychiatrische Kompetenz erwerben.
Bei der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie wurde schnell deutlich formuliert, daß auch dort die Psychotherapie in der Facharztbezeichnung bleiben müsse, wenn die beiden anderen Fachärzte diese Bezeichnung beibehielten. Prof. Lehmkuhl eröffnete noch einmal die Diskussion, ob die Psychotherapie groß geschrieben werden könne. Dr. Koch machte aber sehr schnell deutlich, daß nur eine psychotherapeutische Be-handlung von Kinder- und Jugendlichen und nicht von Erwachsenen für den Facharzt vorgesehen sei.Keiner der Anwesenden sprach sich für die Beibehaltung des Facharztes und des Gebietes für Nervenheilkunde mehr aus. Eine Diskussion hierzu wurde nicht geführt.
Den letzten Teil der Diskussion nahm die Zusatzbezeichnung Psychotherapie ein, der Bereich Psychoanalyse wurde nicht mehr angesprochen, die deutliche Zeitüberziehung machte es nicht mehr möglich.

Es wurde formuliert, daß in Zukunft im Kassenarztrecht nur noch Leitlinien-Psychotherapie abgerechnet werde, man den Gebietsarzt mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie nicht mehr brauche, es gäbe 3 Fachärzte mit dem Bereich der Psychotherapie, die gebietsbezogene psychotherapeutische Kompetenz gehöre in der Zukunft in die Psychosoma-tische Grundversorgung, man könne sich nicht vorstellen, daß ein Gynäkologe mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie wirklich eine Angsterkrankung behandeln werde und ein Dermatologe mit der Zusatzbezeichnung eine Zwangserkrankung. Diese Krankheiten gehörten in die Behandlungskompetenz der psychotherapeutisch weitergebildeten Fachärzte.
Eine gebietsspezifische Psychosomatik oder Psychotherapie im Rahmen der psychotherapeutischen Grundversorgung müsse es weiter geben. Wie man sie bezeichne sei noch völlig offen, eine Formulierung hierfür werde überlegt.

Wenn jemand in Zukunft sich als Psychotherapeut qualifizieren wolle, dann möge er eine 2. Facharztweiterbildung ab-solvieren, ein Großteil aus seinem 1. Facharztgebiet könne sowohl beim Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie als auch beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie angerechnet werden.

Der Vorsitzende machte erneut deutlich, daß in Zukunft das, was auf dem Facharztschild stehe, auch inhaltlich sowohl von der Weiterbildungsqualifikation als auch vom therapeutischen Angebot drin sein müßte.

Ich habe den Eindruck, daß nach dieser Anhörung in die Zukunft hineingesehen, es die Zusatzbezeichnung Psychotherapie bei den Gebietsfachärzten nicht mehr geben soll, eine ähnliche Kompetenz aber weiterhin erworben werden
kann, aber eine Bezeichnung für die psychosomatische/ psychotherapeutische fachspezifische Weiterbildung noch gesucht werden muss.

Wer hat da eine zündende, gutpassende, allen verständliche Idee?

Oder es bleibt alles so wie es ist. Facharzt mit Schrägstrich Zusatzbezeichnung in dem Bereich Psychotherapie.

z.B. : Facharzt für Allgemeinmedizin / Psychotherapie

Die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse blieb unangetastet. Die Diskussion um die Qualifikation der psychoanalytischen Weiterbildung mit Lehranalyse integriert in einen Facharzt wurde während der Anhörung nicht geführt.

Aus meiner Sicht bestand Konsens, daß es in Zukunft drei Fachärzte geben werde, den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, den Facharzt für Psychosomatik und Psy-chotherapie und den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie .
Deutlich wurde mir, daß die psychiatrische Kompetenz beim Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie noch nicht abschließend geregelt ist und beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die psychotherapeutische Weiterbil-dungskompetenz noch nicht den Inhalten des Facharztes für Psychosomatik und Psychotherapie entspricht.

Unsere Methoden, das Autogene Training und die Ärztliche Hypnose werden ein wesentlicher Bestandteil in der Psychosomatischen Grundversorgung bei allen Gebietsärzten mit einer gebietsspezifischen Bezeichnung, die noch nicht entwickelt ist, sein.

GRC

8. **Internetauftritt und Aktuelle Therapeutenliste**

Die Homepage der DGÄHAT hat jetzt eine Suchfunktion nach Namen und Postleitzahlen bekommen. Die Mitglieder und Therapeuten können so von Ratsuchenden besser gefunden werden. Bitte prüfen Sie Ihre persönlichen Daten und melden mir Änderungswünsche. Der informative Wert für Ratsuchende ist sehr groß, bei Anfragen verweise ich auf die entsprechenden Stellen unserer Internetseite.

Im Fenster "Aktuelles" erbitte ich weiterhin Ihre Mitwirkung.

Ich erhalte kontinuierlich Anfragen nach ärztlichen Hypno-setherapeuten. Unsere Anschrift und Telefonnummer werden von der Kassenärztlichen Vereinigung und der Ärztekammer an Ratsuchende weitergegeben. Ich komme diesen Anfragen gerne nach und wünsche mir noch mehr Therapeuten auf unserer "Aktuellen Therapeutenliste".

Wir haben jetzt 122 Ärzte/Ärztinnen vorwiegend mit abgeschlossener Facharztweiterbildung und Psychotherapeutenqualifikation auf unserer Internetliste, die auch postalisch verschickt wird.

Unsere Internetpräsentation ist unter www.dgaehat.de zu erreichen.

Das Antragsformular und die Einzugsermächtigung für die aktuelle Therapeutenliste liegen auch diesmal als Hand-lungswunsch des Vorsitzenden bei. Es ist gut, wenn alle möglichen Therapeuten mitwirken.

GRC

9. **Urteil des Bundessozialgerichtes vom 04. März 2001**
Hypnose und Psychosomatische Grundversorgung

Unser Mitglied Dr. med. B. Kossmann, Chefarzt der Abtei-lung Anästhesie/Intensiv- und Schmerztherapie, im Kran-kenhaus Wangen hat vor dem Bundessozialgericht in Kas-sel unter dem Aktenzeichen B 6 KA 49/00 R erstritten, dass die Psychosomatische Grundversorgung auch

die Methoden des autogenen Trainings, der progressiven Muskelrelaxation und der Hypnose neben den verbalen Interventionen beinhaltet. Auch als Anästhesist darf er im Rahmen seines Fachgebietes (also auch der Schmerztherapie) diese Methoden einsetzen und abrechnen.
Das elfseitige Urteil kann als Fotokopie im Sekretariat 1, Postfach 1365 in 41436 Neuss mit einem adressierten und frankierten [3 DM/1.53 Euro] DIN A 5 Briefumschlag abgeru-fen werden.

GRC

10. **Neue Mitglieder**

Dr. med. Franz Kohl, 79102 Freiburg
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie/ Rehabilitationswesen

11. **Verstorbene Mitglieder**

Dr. med. Horst R. Flachsmeier, Hamburg
Dr. med. Hartmut Klevenow, Würselen

12. **Zertifikate**

Dr. med. Ralf Möller, 32457 Porta-Westfalica, H-T
Facharzt für Allgemeinmedizin
Sportmedizin/Kurarzt/Flugmedizin

Dr. med. Hans-Werner Müller, 56235 Ransbach, H-T
Facharzt für Allgemeinmedizin
Verkehrsmedizinische Qualifikation

Dr. med. Cornelia van Eys, 52148 Würselen, H-T
Fachärztin für Allgemeinmedizin/Psychotherapie

13. Veröffentlichungen von Mitgliedern

13.1 **Abriss der Geschichte der Trance-Arbeit. Zur histo-rischen Entwicklung der Hypnose und des Autogenen Trainings**

1. Götter und Dämonen : Trance als transzendentale Erfah-rung
Arbeiten mit Trance zu Heilzwecken und für religiöse Rituale werden seit vorchristlicher Zeit praktiziert, bei den Naturvölkern in Amerika und Australien bis heute. Dies geschieht durch Schamanen und Medizinmänner. Dabei ist Trance oft eingebettet in aktive Heilungs- Rituale mit Trommeln, Gesängen und Tänzen. Nicht nur die Kranken, vor allem die Schamanen versetzen sich in Trance.
Bongartz unterscheidet dabei zwei Trancetypen:
1. "Besessenheitstrance" - von Geistern besessen, verändertes Identitätserleben, retrograde Amnesie
2. Trance mit Kontakt zu übernatürlichen Mächten, Identität erhalten, keine Amnesie.
Bei den Kulturvölkern gibt es Berichte über Trancezustände und ihren Einsatz zu Behandlungszwecken seit ca. dreitausend Jahren, in etwa zeitgleich im hinduistischen Schrifttum wie auch bei den Ägyptern.

In der griechischen Antike war der "Tempelschlaf" der Asklepiaden bekannt (Tempel in Epidauros und Pergamon, ca. 500 v.Chr.). Ratsuchende Pilger wurden in Trance versetzt und erhielten von den Priestern suggestive Antworten auf ihre Fragen. Danach verfielen sie in Schlaf. (Asklepios, der Gott der Heilkunde, war Halbgott als Sohn des Apoll. Die Römer verehrten ihn später als Äskulap. Sein Symbol des schlangenumwundenen Stabes ist noch heute Zeichen des ärztlichen Standes.)
Bis ins Mittelalter wurde bei Trance-Ritualen die heilende Kraft als übernatürlich und von außen bzw. aus dem Jenseits kommend erlebt, also in einem religiösen Kontext. Dementsprechend waren die Ausführenden meist Mönche, Priester oder Priesterärzte. Teilweise bedienten sie sich der Hilfe eines Mediums.
In der Neuzeit berichtet Paracelsus (Theophrastus von Hohenheim, 1494- 1541) über Suggestion in der Heilkunde: "Durch Suggestion erhält der Mensch eine Macht über seinen Nächsten wie der Magnet über Eisen." Nervenkrankheiten schrieb er schädlichem Magnetismus zu, also einer natürlichen Ursache. Er berichtete über Mönche, die dies durch Handauflegen heilen konnten und Patienten in einen schlafähnlichen Zustand versetzten, indem diese einen glänzenden Gegenstand fixieren mussten.
Pater Johann Joseph Gassner (1727-1779) war noch Vertreter der antiken Auffassung. Daher behandelte er das zu seiner Zeit verbreitete Phänomen der Besessenheit mit Exorzismus-Ritualen, die der Austreibung des Dämons dienten. Diesen hielt er für die Ursache der Krankheiten. Er wirkte in der Schweiz und war ein scharfer Kritiker von Mesmer. 1775 hatte er einen heftigen Disput mit ihm.

2. Die Aufklärung: Trance als Wirkung magnetischer Kräfte

Mit Franz Anton Mesmer (1734-1815) begann eine neue Epoche der Hypnose. Im Gegensatz zu G. vertrat er Positionen der Aufklärung, verwarf die Thesen der Besessenheit und führte die Phänomene auf natürliche Ursachen zurück. Damit formulierte er Grundzüge der modernen Psychiatrie.
Er studierte zunächst Theologie, Philosophie und Jura, erst mit 33 Jahren beendete er in Wien sein Medizinstudium. Dort wurde er ein reicher und berühmter Modearzt, verkehrte mit den Familien von Mozart und Haydn. 1774 bat ihn ein durchreisendes reiches Fräulein um eine Behandlung mit Magneten, die ihr rasche Linderung verschaffte. Er entwickelte daraus die Theorie des Magnetismus und führte in großem Maße Behandlungen mit zumeist spektakulären Erfolgen durch. Seine ärztlichen Gegenspieler der Wiener Universität machten ihm aber das Leben so schwer, dass er nach Paris übersiedelte. Dort entwickelte er seine Theorien zum "animalischen Magnetismus" weiter. Er ging von einem subtilen physikalischen Fluidum aus, welches das ganze Universum erfüllt und die Menschen mit der Erde und allen Himmelskörpern verbindet. Krankheiten entstehen demnach aus der ungleichen Verteilung dieses Fluidums im menschlichen Körper. Zur Genesung muss dieses Fluidum durch bestimmte Techniken kanalisiert werden. Er glaubte, eine neue Wissenschaft entdeckt zu haben und bemühte sich bei medizinischen Gesellschaften und Universitäten darum, sein Verfahren demonstrieren zu können und überprüfen zu las-sen. Nachdem er mehrfach zurückgewiesen wurde, ging er an die Öffentlichkeit und machte Massenbehandlungen mit "baquets". Diese führen zu Krisen- und Erregungszuständen, nach denen die Pat. in einen schlafähnlichen Zustand verfallen.
Mesmer unterschied zwischen funktionellen und damit behandlungsfähigen Störungen einerseits und organischen Erkrankungen andererseits. Viele der von ihm behandelten Symptome lassen sich der Hysterie zuordnen, seine Patienten verfielen beim Magnetisieren in hysterische Krisenzustände. Trotzdem kann sein Verfahren als Vorläufer der Psychotherapie gelten. Da er die Patienten in Gruppensitzungen behandelte, kann man ihn als ersten Gruppentherapeuten ansehen. Die offizielle Wissenschaft lehnte seine Theorien ab, er musste Paris verlassen und geriet in Vergessenheit. Erst kurz vor seinem Tod erfuhr er die wissenschaftliche Anerkennung, um die er sich vier Jahrzehnte lang vergeblich bemüht hatte.
Armand-Marc-Jacques de Chastenet, Marquis de Puiségur (1751-1825), war zuerst Offizier der

Artillerie. Er gehörte zum Kreis der Schüler um Mesmer und magnetisierte eben-falls. P. sah dabei die Hauptwirkung in dem eigenartigen Bewusstseinszustand zwischen Schlafen und Wachen, nicht mehr in den Krisenzuständen. Der Übergang vom Magnetisieren zum Hypnotisieren entstand. Den Gesprächskontakt zum Patienten bezeichnete er als "Rapport". Er glaubte, nur durch seinen Willen könne er den Patienten beherrschen, der dann aber keinem anderen gehorchen werde. Vielleicht ist sein Denken hierbei noch von seiner militärischen Herkunft geprägt.
Andererseits war er feinfühlig und weitsichtig. Er sah wegen dieser intimen Beziehung zwischen Patienten und Behand-lern die Notwendigkeit, die Patienten durch bestimmte ethi-sche Verhaltensregeln zu schützen. Er fürchtete, dass Be-handlungen auch Schaden anrichten können, und dass eine problematische Abhängigkeit zwischen Patienten und Be-handlern entsteht. Damit befasste er sich als erster mit der Dynamik der therapeutischen Beziehung und beschrieb Phänomene, die später als Übertragung und Gegenübertragung von der Psychoanalyse aufgegriffen wurden.

3. Von der Hypnose zur Psychotherapie

Abbé José Custodio de Faria, (1755-1819), Theologe und Philosophieprofessor, führte den Hypnotismus auf persönliche Eigenschaften der Patienten zurück. Er ging von einer psychischen Beeinflussbarkeit aus. Statt Magnetismus spricht er von Konzentration und kommt damit von der physikalischen auf eine psychologische Ebene. Den somnambulen Zustand nennt er luziden Schlaf.
James Braid (1795-1860) war ein englischer Augenarzt, der ebenfalls vom Magnetisieren auf psychische Beeinflussung durch Suggestion kam. Er experimentierte mit Tranceeinleitung durch Fixationsmethoden und führte sogar Operationen am Auge unter Anästhesie in Trance durch. Er löst sich ebenfalls vom Magnetismus und prägt zuerst den Begriff "Hypnose" (griech. Hypnos, der Schlaf). 1842 veröffentlichte er die erste wissenschaftlich anerkannte Arbeit über Hypno-se, die bis dahin immer noch als Scharlatanerie diskreditiert wurde. Mit ihm und mit Faria wird die Annahme einer au-ßerhalb vom Patienten zu suchenden Wirkung aufgegeben, Hypnose wird als innerpsychisches, aber immer noch abnormes Phänomen verstanden. Vermutlich als Erster beschäftigte Braid sich auch mit Selbsthypnose.
Im 19. Jahrhundert gab es in Frankreich zwei konkurrierende Schulen der Hypnose, die die Entwicklung weiterführten.
1. Die Schule von Nancy:
Auguste Ambroise Liébeault (1823-1904), Landarzt aus der Gegend um Nancy behandelte viele Patienten unentgeltlich mit Hypnose zu einer Zeit, als sie noch sehr in Verruf war. Seine Tranceeinleitung erfolgte durch Faszinationsmethode und Suggestion der Schläfrigkeit. Anfangs als Quacksalber verlacht, wecken seine Erfolge das Interesse der Universität Nancy.

Prof. Hippolyte Bernheim (1840-1919) studierte die Methode von L. und entwickelt sie weiter. Er sammelte eine Gruppe von Psychiatern um sich, die psychotherapeutische Grund-lagenarbeit leisteten, die erste Schule von Nancy.
Ihre Thesen: Hypnose wird durch Suggestionen erzeugt. Sie stellt einen besonderen psychologischen Zustand dar, der bei den meisten Menschen zu erzeugen ist, der aber nicht abnorm ist. Bernheim prägte den Begriff der "Psychotherapie" für Suggestionen im Wachzustand; diese kommen für ihn in menschlichen Begegnungen immer vor. Dies stand im Gegensatz zu Charcot. In der Fachwelt setzten sich die Auffassungen der Schule von Nancy durch. Bernheim war zur Jahrhundertwende der bekannteste Psychotherapeut in Europa. Sigmund Freud studierte 1889 einige Wochen bei ihm und übersetzte sein Lehrbuch ins Deutsche.

2. Die Schule der Salpétrière:
Zunächst ein riesiges, heruntergekommenes Hospiz in Pa-ris, wurde die S. durch ihren tatkräftigen und politisch ein-flussreichen Chefarzt Jean-Martin Charcot (1825- 1893) zu einer fortschrittlichen

Nervenklinik ausgebaut. Ch. war Neu-rologe und vertrat einen straff autoritären Führungsstil. Er verschaffte der bis dahin diffamierten Hysterie die Anerken-nung als psychische Krankheit und grenzte die Symptome (z.B. Lähmungen) von organischen Krankheiten ab. Zur Behandlung setzte er hypnotische Techniken ein. Nach seiner Ansicht war die Hypnose jedoch ein Symptom der Hysterie, eine Art experimenteller Neurose. Das brachte ihn in Gegensatz zu Bernheim. Charcot ging als "Napoleon der Neurosen" in die Geschichte ein. Die Weiterentwicklung der Hypnose wurde jedoch stärker von Nancy beeinflusst.
Pierre Janet (1859-1947), ein Mitarbeiter von Charcot, wies zahlreiche methodische Fehler bei ihm nach: dass er nie Visiten machte und über die Situation seiner Patienten kaum informiert war, dass er einen paternalistischen Verhaltensstil besonders bei weiblichen und jungen Patientinnen zeigte und diese zu öffentlichen Demonstrationen seiner ärztlichen Machtstellung und seiner wissenschaftlichen Thesen missbrauchte. Viele Symptome und Verhaltensweisen müssen daher als Artefakt angesehen werden. J. wurde Charcots Nachfolger. Er beschrieb erstmals die Dissoziation. Bei der Hysterie teile sich der Geist in verschiedene Bereiche auf infolge der Krankheit, durch die Hypnose kann dies künstlich erzeugt werden. Biologische und psychologische Bereiche des Menschen können getrennt voneinander arbeiten, ebenso bewusste und unbewusste Anteile des psychischen Systems.

4. Die drei neuen Entwicklungen am Ende des 19. / Beginn des 20. Jahrhunderts:

4.1. Der Weg zur Psychoanalyse

Sigmund Freud (1856-1939) kam als junger Klinikarzt zu-nächst 1885-86 über ein Stipendium vier Monate zu Charcot nach Paris. Hier studiert er dessen Arbeiten über Hypnose und über die Hysterie. Dies beeinflusst seine gemeinsame Arbeit mit Breuer (1893) "Vorläufige Mitteilungen über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene", wobei er von einer traumatischen Ursache ausgeht und eine "ka-thartische Methode" entwickelt, bei der sich die Patientinnen unter Hypnose darüber aussprechen. Die praktische Metho-de des Hypnotisierens verbesserte er 1889 in Nancy, wo er Bernheim und Liébeault persönlich kennen lernte. Er ver-suchte sie auf hysterische Lähmungen anzuwenden, blieb aber mit den Erfolgen unzufrieden. Er beklagte "das nämli-che Zeremoniell, den Symptomen die Existenz zu verbieten, ohne deren Sinn und Bedeutung erfassen zu können". Für ihn war es "Handlangerarbeit, aber keine wissenschaftliche Tätigkeit" und "Hokuspokus".
Daher entwickelte Freud die Hypnoanalyse und daraus seine Methode der Psychoanalyse weiter, wobei das Setting mit dem dabei liegenden Patienten immer noch ein Relikt der Hypnose blieb.
Seine Kritik an der Hypnose betraf vor allem folgende Punkte:
1. Hypnose kuriere nur das Symptom, nicht dessen Ursache. Daher sei nur eine Symptomverschiebung zu erreichen.
2. Hypnose fördert die Abhängigkeit des Patienten vom Therapeuten.
3. Hypnose weist dem Pat. eine passive Rolle zu. Sie fördert nicht die Einsicht in psychische Zusammenhänge.
Freuds Kritik führte zu einem Bedeutungsverlust der Hypno-se für mehrere Jahrzehnte. Das Interesse wandte sich mehr den tiefenpsychologischen Verfahren zu. Retrospektiv ist seine Kritik teilweise berechtigt, wenn man den damaligen Entwicklungsstand der Hypnose mit ihrer immer noch einengenden und autoritären Technik berücksichtigt, teilweise ist sie aber unbegründet.
Zum 1. Punkt ist anzumerken, dass er immerhin eine Symptombesserung konzediert. Letztere ist oft dauerhaft, da sie innere Neuorganisierungen auslöst. Eine chronifizierte Per-sönlichkeitsstörung (wie die Hysterie) ist ohnehin nicht in wenigen Stunden zu heilen, weder durch Hypnose noch durch ein anderes Verfahren.
Der 2. Punkt drückt Ängste aus, die objektiv unbegründet sind. Die Abhängigkeit in der Therapie ist unabhängig von der Behandlungstechnik eine Frage der Beziehungsgestal-tung. Es mag damit zusammenhängen, dass nach einer Hypnose eine Patientin Freud um den Hals fiel, was ihn sehr unangenehm berührte.

Der 3. Punkt ist eine zeitgebundene Frage der Handhabung dieser Technik. Damals war diese Kritik berechtigt. Heute geht die Hypnose davon aus, dass jede Heterosuggestion nur wirkt, wenn sie vom Pat. In eine Autosuggestion umgewandelt wird. Hypnotisierbarkeit wird als kreative Eigenschaft des Pat. gesehen. Gerade die indirekte Trancearbeit erfordert diese aktive Mitarbeit des Patienten.

4.2. Von der Suggestion zur Imagination:
Die Weiterentwicklung der Hypnose bis heute führten in Deutschland klinische Psychiater und Neurologen durch, Heidenheim (1843-97) sowie seine Schüler Iwan Pawlow (1849-1936) und O. Vogt (s.u.). Jedoch war am Anfang des 20. Jahrhunderts das Ansehen der Hypnose nach der Freudschen Kritik ziemlich abgesunken. Dies mag auch die Auftrennung in mehrere Wege erklären.
Auch Schultz´ Interesse galt weiterhin der Hypnose. Im Vorwort zur "Hypnose-Technik" (erschienen 1935, 7. Aufl.1979) führt er aus:
"...Seit ich 1911 im Handbuch der Therapie der Nervenkrankheiten von H. VOGT eine "kleine Apologie" der Hyp-notherapie zu geben versuchte, hat sich die Stellung der Hypnose und der Psychotherapie im ganzen grundlegend geändert. Psychotherapie ist nicht mehr ein "unehrliches Gewerbe". Statt einer oft zu mechanisch-technischen seelischen Hilfsarbeit am Symptom, wie es die alte Hypnothera-pie oft war, ist die moderne universelle Psychotherapie bis in die tiefsten Fragen der menschlichen Persönlichkeit vorgedrungen... Niemand kann diese Entwicklung dankbarer begrüßen als der Facharzt, der vor 60 Jahren mit dem be-scheidenen Rüstzeug der Hypnotherapie auszog. Zu einer Zeit, als noch prominente Kliniker sagten, seelische Beein-flussung sei "den Schäferknechten zu überlassen", denn "auf das Gemüt wirken könne jeder Prolet"..."
Damit hat sich durch die Weiterentwicklung der Methode Freuds Kritik an der Hypnose erübrigt.
Die neue Schule von Nancy führte von ca. 1895 bis etwa
1930 in Frankreich zu einer Renaissance der Hypnose. Sie ist die Fortführung der Arbeiten von Liébeault und Bernheim durch Emil Coué und Charles Baudouin. Sie lösten sich aus dem unfruchtbaren Streit mit der Salpétrière. Nach ihrer Ansicht ist Hypnose eine Manifestation der Auswirkungen von Autosuggestion und Imagination auf Wahrnehmungen, Stimmungen, Verhalten und sogar auf physiologische Funk-tionen. Sie halten unbewusste Autosuggestionen mit negativen Inhalten für einen wichtigen Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung menschlichen Leidens, sowohl im psychischen wie im körperlichen Bereich. In der therapeutischen Anwendung befasste Coué sich neben der Hypnose auch mit Autosuggestionen (1922).
Ihre Thesen:
1. Für die Heilung bewirkt nicht der Wille die Veränderungen, sondern die Imagination. Bewusste Willensan-strengung ist solange nutzlos, wie die inneren Vorstel-lungen ihnen entgegenstehen. (Gesetz des umgekehr-ten Effekts.) Konsequenz: Menschliche Veränderung wird nicht durch Reden, Analysieren oder intellektuelles Wissen bewirkt, sondern durch das innere Erleben.
2. Heterosuggestionen sind nur wirksam, wenn sie das aufgreifen, was sich ein Mensch selbst suggeriert. Konsequenz: Aufgabe des Therapeuten ist es, den Men-schen im Umgang mit ihren Autosuggestionen Hilfe zu geben.
3. Autosuggestionen wirken vor allem auf einer unbewussten Ebene. Konsequenz: unbewusste, imaginative Denk-funktionen intensiver zu nutzen als rationale.

Diese Erkenntnisse haben zu einem Paradigmenwandel in der Hypnose geführt: von der Suggestion zur Imagination. Damit wurden ihr neue Möglichkeiten eröffnet. Zugleich sind sie für jede andere Form der Psychotherapie von eminenter Bedeutung. Für das Autogene Training liegt ihre Bedeutung eher in der Oberstufenarbeit, wo es um Selbstsuggestionen ("formelhafte Vorsatzbildungen") und Imagination geht.
Seit den dreißiger Jahren wurde vor allem in den psychiatri-schen und psychologischen Bereichen der Universitäten experimentelle Forschung mit Trance-Phänomenen und

Wirkprinzipien der Hypnose betrieben, und ihre Anwendung zur Therapie von Neurosen und funktionellen Störungen weiterentwickelt. Hierbei verlagerte sich der Schwerpunkt nach dem zweiten Weltkrieg zunehmend in die USA, wo die Regierung mehrere Millionen Dollar Fördergelder investierte. Die Ergebnisse wurden in Europa zunächst kaum beach-tet. Erst die Erfolge der innovativen Anwendungsformen wurden seit den 80er Jahren hier mit zunehmendem Interesse aufgenommen. Von den zahlreichen Forschern, die die Entwicklung der Hypnose weiter vorantrieben und umfangreiche Veröffentlichungen publizierten, sollen hier zwei besonders erwähnt werden:

Milton Erickson (1901-1980)
galt wegen seiner unkonventionellen Methoden noch bis in die 50er Jahre als umstrittener Außenseiter. Seine Behandlungserfolge bestätigten aber seine Positionen und begründeten seinen Ruf als unbestritten wichtigster Forscher, Be-handler und Lehrer der modernen Hypnose, ja sogar als Begründer einer neuen Form der Hypnotherapie. Schon als Student beschäftigte er sich mit Hypnose. In seiner klinischen Laufbahn entwickelte er in Jahrzehnten seinen persönlichen Stil.
E. war sowohl Psychiater als auch Psychologe, Ehrenmitglied mehrerer Fachverbände und Gründungspräsident der American Society for Clinical Hypnosis. Er hatte Professuren und Gastprofessuren. Sein Werk wird durch die Erickson Foundation weitergeführt, auch in Deutschland gibt es eine Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (M.E.G. e.V. München).
Seine Biographie ist der lebendige Beweis, dass schwere Schicksalsschläge überwunden werden können, und dass daraus ein fruchtbares Entwicklungspotential entsteht. In der Jugend machte er eine schwere Poliomyelitis durch und war fast vollständig gelähmt und ohne Körpergefühl. Damals hatte er gelernt, durch Imagination mit seinen Armen und Beinen wieder Kontakt aufzubauen, Bewegungsabläufe zu verstehen und in Gang zu bringen. Das half ihm, die Krank-heit zu überwinden und wieder Gehen zu lernen. Da er zeitweilig nicht sprechen konnte, beobachtete er sehr genau, was in zwischenmenschlicher Kommunikation geschieht, um sich auch mit sehr diskreten Signalen verständlich machen zu können. Seine außergewöhnliche Beobachtungsgabe und sein tiefes Verständnis menschlicher Reaktionen und Verhaltensweisen waren für seinen Erfolg als Hypnotherapeut maßgeblich. Er beschrieb seine Auffassung darüber so:
"Jeder Mensch ist ein Individuum. Die Psychotherapie sollte deshalb so definiert werden, dass sie der Einzigartigkeit der Bedürfnisse eines Menschen gerecht wird, statt den Men-schen so zurechtzustutzen, dass er in das Prokrustesbett einer hypothetischen Theorie vom menschlichen Verhalten passt."
Damit vollzieht sich bei ihm der Wechsel von der Methodenorientierung zur Patientenorientierung in der Psychotherapie.
Gerade die sehr stark durch seine Persönlichkeit geprägte Arbeitsform macht es schwer, sie zu operationalisieren. In methodischer Hinsicht lassen sich folgende Charakteristika anführen:
1. Erickson entwickelte eine Vielzahl von indirekten Tranceinduktionen, die sich von den klassischen Vorbildern lösen und oft als solche kaum noch erkennbar sind, aber im Gespräch Dissoziations- und Assoziationsprozesse bei den V.P. auslösen.
2. Er beobachtete seine Versuchspersonen sehr genau, passte sein Vorgehen deren Reaktionen an, nahm Rückmeldungen auf und steuerte die Trancearbeit entsprechend (Pacing & Leading).
3. Er benutzte die Trance-Sprache auf vielschichtige, oft verwirrende Weise, um so innere Umstrukturierungsprozesse auszulösen.
4. E. arbeitete lösungsorientiert. Er versuchte, die durch falsche Grundannahmen oder negatives Denken verursachten Selbstblockaden der Patienten umzuwandeln, indem er assoziative Prozesse förderte und neue Bedeutungen und Bewertungen einführte (Reframing).
5. Er suchte nach Ressourcen seiner Patienten, also nach erfolgreichen Lösungen für ähnliche oder ande-re Probleme, nach persönlichen Stärken und Eigenheiten, die er dann auf das aktuelle Problem anwendete (Utilisation). Seine Kreativität in der Nutzung solcher Ressourcen half ihm,

zur Symptomauflösung zu kommen.
Ericksons Behandlungen wurden von vielen Schülern und Mitarbeitern beobachtet und analysiert. Viele haben von ihm gelernt. Manche versuchten ihn zu kopieren. Trotzdem bleibt Einiges bis heute sein unerklärbares Geheimnis.

Ernest Lawrence Rossi
war Mitarbeiter Ericksons über viele Jahre. Er versuchte, dessen geniale Einfälle festzuhalten und zu systematisieren. Ericksons Hypnosebücher sind von ihm maßgeblich bearbeitet und mit herausgegeben worden. Nach dessen Tod hat er eigenständig weitergearbeitet, besonders über Hypnose bei somatischen Problemen.

Aktuelle Entwicklungen führen zur Verbindung der Hyp-notherapie mit der modernen Familientherapie und dem Konstruktivismus im Sinne der systemischen Therapie. Von hier geht eine Entwicklungslinie zum Neurolinguistischen Programmieren, NLP. Dabei fließen auch Erkenntnisse der Kybernetik mit ein.
Derzeit liefert die Hypnotherapie also wichtige Innovationen für die gesamte Psychotherapie. Sie befruchtet sowohl kognitiv-behaviorale, tiefenpsychologische und systemische wie auch psychosomatische Behandlungskonzepte. Die ständige Weiterentwicklung der Theorien und der Behand-lungspraxis zeigt, dass Arbeit mit Trance ungeheuer vielschichtig ist und ein untrennbarer Bestandteil der Psychotherapie.

4.3. Von der Fremd- zur Selbsthypnose: das Autogene Training
Oskar Vogt (1870-1959) erkannte in seinen Arbeiten über Hypnose 1893-1900, "dass es bei entsprechend gebildeten und kritischen Versuchpersonen angängig sei, die Umschaltung in den hypnotischen Ausnahmezustand der Selbstentscheidung der Versuchsperson zu unterstellen". Er veröffentlichte Berichte über erfolgreiche Autohypnosen.
Prof. Johannes Heinrich (I.H.) Schultz (1884-1970) baute Vogts Ergebnisse zwischen 1908 und 1912 weiter aus. Als Chefarzt eines Lazaretts zur Behandlung kriegsbedingter Neurosen während des ersten Weltkriegs führte er Hunderte von Hypnosebehandlungen durch. Da er aufnahm, was viele seiner Versuchspersonen über Erlebnisse angenehmer Ent-spanntheit, Wärme und ruhigen Atemfluss während der Hypnose berichteten, entdeckte er damit wichtige Parameter der vegetativen Umschaltung. Seine Grundüberlegung war dabei: wenn solche vegetativen Umschaltvorgänge spontan während der hypnotischen Trance auftreten, müsste dann nicht möglich sein, sie bei wachen Versuchspersonen her-vorzurufen, denen diese Empfindungen eindringlich mitgeteilt werden? Diese Arbeit setzte er an der Universität Bres-lau fort. Ca. 1920 ging er von der Hypnose als passiv-autohypnoidem Verfahren zu aktiv- autohypnoiden Trance-einleitungen über. Die "eindringlichen Mitteilungen" wurden durch Selbstsuggestion ersetzt. 1926 berichtete er über "Autogene Organübungen", 1927 über "rationalisiertes auto-suggestives Training" und 1928 erstmals über "Autogenes Training".
In seinem Buch "Hypnose-Technik" stellt er fest:
"Diese einheitliche Erfassung der psychischen und physischen Umstellungsvorgänge bei jeder Hypnotisierung ließ als wesentlichen Kern eine Entspannung zum Optimum erkennen... Alle diese Beobachtungen erlaubten 1920- 1930 aus der Hypnose das autogene Training zu entwickeln, in-dem die Versuchsperson durch... systematische, ärztlich kontrollierte konzentrative Selbstentspannung echte Ver-senkungszustände, echte Autohypnosen darstellt. Dement-sprechend können beide Verfahren jederzeit gemischt oder kombiniert werden, wenn dies dienlich erscheint, ohne dass ein solches Vorgehen eine besondere Terminologie erfor-derte."
In Nancy entwickelte E. Coué zur gleichen Zeit aus der Autosuggestion einen Behandlungsansatz zur selbstverantwortlichen Lebensbewältigung ("Selbstbemeisterung", Lit. s.u.).
Parallel dazu arbeitete Prof. Ernst Kretschmer (1888-1964) in Tübingen an einer Übergangsform zwischen Hypnose und Autogenem Training, der gestuften Aktivhypnose. Sein Schüler Prof. Karl Langen (1913-1980) entwickelte dieses Verfahren weiter. Hierbei werden Entspannung, Schwere und Wärme eingeübt und z.T. vorgesprochen, dann werden gemeinsam formelhafte

Vorsatzbildungen erarbeitet. Der Pat. übt dann zuhause autonom weiter. Es gab also im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts einen deutlichen Trend von der Fremd- zur Selbsthypnose und damit zu autonomie-fördernden Behandlungsverfahren.
Obwohl in beiden Fällen mit Trance gearbeitet wird, gibt es aber auch Unterschiede:
1. Trance zu erreichen scheint in Heterosuggestion im Unterschied zum aT kaum trainierbar zu sein, sondern eher ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerk-mal, das mit der Fähigkeit korreliert ist, in einer Sache aufzugehen und dabei eigene Vorstellungen zu entwickeln.
2. Der Lernprozess des AT braucht mehrere Monate Zeit, während durch Hypnose Trance rasch erreicht werden kann. Dafür macht die Autosuggestion von Therapeuten unabhängig.
3. Beim AT ist Trance an Entspannung geknüpft, die über die organismische Umschaltung erreicht wird. Fremdhypnotische Trance kann unabhängig davon auch während einer Aktivität und bei geöffneten Augen erreicht werden, z.B. durch Jogging oder Tanzen, in Ritualen etc.. Daher sind die Tranceerschei-nungen dabei anders und vielfältiger als beim AT, z.B. Katalepsie, Levitation, Dissoziation oder Alters-regression.
Schultz´ Buch: " Das autogene Training - konzentrative Selbstentspannung" erschien erstmals 1932. Sein Interesse galt vor allem den vegetativen Organübungen. Später kamen formelhafte Vorsatzbildungen hinzu. Die sogenannte Oberstufe mit ihren imaginativen Übungen nimmt in seinem Werk nur wenig Raum ein. Dies kann damit zusammenhängen, dass dabei viele Themen aus dem Bereich des Unbewussten auftauchen. Schultz verstand sich aber nicht als Tiefenpsychologe, sondern als Vertreter einer aktiv-klinischen Psychotherapie, die auf der wissenschaftlichen Psychologie basiert.
Nach dem 2. Weltkrieg erreichte das AT weite Verbreitung. Inzwischen gibt es fast an jeder Volkshochschule Kurse für autogenes Training; allerdings hat die Qualität dieser Veranstaltungen mit der Quantität nicht immer Schritt gehalten. Weiterhin wird vorwiegend die vegetative Grundstufe in Kur-sen angeboten, die manchmal schon synonym für das Autogene Training gehalten wird. Teilweise werden Abweichungen vom Grundkonzept oder Vermischungen mit anderen Techniken praktiziert, andererseits gibt es auch einen allzu formalistischen Stil der Vermittlung in den Kursen. Neue Impulse kamen seit Ende der 80er Jahre von K. Binder und H. Kraft (Lit. s.u.), die einen offenen, analytisch orientierten Ansatz im AT vertreten.
Bezüglich der Oberstufe gibt es unterschiedliche Konzepte. Schultz hatte Beispiele und Beobachtungen vorgelegt, die von Thomas systematisiert wurden. Dessen Oberstufenpro-gramm umfasst Visualisierungsübungen mit Farben, konkre-ten Gegenständen, abstrakten Werten und szenischen Bil-dern ("Weg auf den Meeresgrund"). Letztlich ist es aber ein heterosuggestives Konzept. Rosa, Luthe und Binder lassen neben den bekannten Visualisierungsübungen auch Raum für spontane Imaginationen. Kraft entwickelte die "Autogene Imagination", eine neue imaginative Form der Oberstufe des AT (Lit. s.u.), die aber autosuggestiv bleibt und kreative Elemente enthält. Mit der imaginativen Oberstufenarbeit entsteht ein fließender Übergang zur Psychotherapie. Das AT durchläuft hier eine Entwicklung mit Parallelen zur Hypnotherapie, allerdings in viel bescheidenerem Rahmen. Mangels größerer universitärer Forschungsprogramme kommt hier eher die Initiative Einzelner zum Tragen. Eine zeitgemäße Form autosuggestiver Trancearbeit als Bestandteil der Psychotherapie zu entwickeln, ist damit aber noch nicht abgeschlossen. Nach über 3000 Jahren Erfahrung mit Trance ist die Komplexität dieses menschlichen Bewusstseins- Phänomens immer noch schwer zu fassen und die Behandlungsmöglichkeiten sind noch nicht voll ausgeschöpft.

Literatur:
ARAOZ, Daniel: Die Neue Hypnose, Junfermann Verlag 1989
BINDER, Helmut u. BINDER, Klaus: Autogenes Training - Ba-sistherapeutikum, Deutscher Ärzte-Verlag, 1998
BRETTO, Charlotte u.a.: Die Kunst des Heilens und der Verände-rung. NLP-Anwendungen in Medizin, Kunst u. Kreativität. Junfer-mann 1997
BONGARTZ, Walter u. BONGARTZ, Bärbel: Hypnosetherapie, Hogrefe 1997
COUÉ, Emil: Die Selbstbemeisterung durch bewusste Autosugge-stion, Schwabe & Co Verlag

1997
ERICKSON, Milton H., ROSSI, Ernest u. ROSSI, Sheila: Hypnose
Induktion, Therapeutische Anwendung, Beispiele, Verl. J. Pfeiffer 1994
ERICKSON, Milton H. u. ROSSI, Ernest: Hypnotherapie, Verlag J. Pfeiffer
GRINDER, John u. BANDLER, Richard: Therapie in Trance - Neurolinguistisches Programmieren und die Struktur hypnotischer Kommunikation. Klett-Cotta,1998
HALEY, Jay: Typisch Erickson - Muster seiner Arbeit. Junfermann Verl. 1996
HOFFMANN, Bernt: Handbuch des autogenen Trainings. Deut-scher Taschenbuch Verlag
KOSSAK, Hans-Christian: Hypnose, ein Lehrbuch. Beltz 1997
KRAFT, Hartmut: Autogenes Training - Methodik, Didaktik und Psychodynamik, Hippokrates, 1996
KRAPF, Günther: Autogenes Training aus der Praxis. Springer Verlag, 1980.
REVENSTORF, D. u. PRUDLO, L.: Hypnose und Hypnotherapie. Homepage der M.E.G. München
ROSA, Karl R.: Das ist Autogenes Training. Fischer- Taschenbuch
ROSA, Karl R.: Das ist die Oberstufe des Autogenen Trainings. Fischer-Taschen-Buch
ROSSI, Ernest: Die Psychobiologie der Seele- Körper-Heilung, Synthesis 1991
ROSSI, Ernest: 20 Minuten Pause, Junfermann Verlag 1995
SPEZIALE- BAGLIACCA, Roberto: Sigmund Freud, Spektrum der Wissenschaft Verlagsgesellschaft / Biographie 3/2000
SCHULTZ, Johannes Heinrich: Hypnose-Technik, Gustav-Fischer-Verlag 1979 (Erstauflage 1935)
SCHULTZ, Johannes Heinrich: Das autogene Training - konzen-trative Selbstentspannung, Georg Thieme Verlag 1991 (Er-staufl.1932)
STETTER, Friedhelm: Was geschieht, ist gut - Entspannungsver-fahren in der Psychotherapie, Psychotherapeut 43 (1998), S. 209-220, Springer Verlag
THOMAS, Klaus: Praxis der Selbsthypnose des Autogenen Trai-nings (nach I.H. Schultz), formelhafte Vorsatzbildung und Oberstu-fe. Georg Thieme Verlag 1976 (4. Aufl.)
ZWEIG, Stefan: Die Heilung durch den Geist -Mesmer, Freud- S. Fischer Verlag 1952

Dr. med. Reinhard Bauß
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychotherapie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Stadskanaal 1, D- 28865 Lilienthal

13.2 **Hirnforschung und Konsequenzen für die unbewußte Dynamik der hypnotischen Interaktion. Ein Überblick.**

Die Hirnforschung legt nahe, daß es im Gegensatz zu den Vorstellungen von Trieb- und Ich-Psychologie überhaupt kein abgrenzbares Unbewußtes gibt: Im ständigen Austausch der Neuronensysteme besteht unser Bewußtsein aus Wahrnehmungsfenstern von 2-3Sekunden. Diese Bewußtseinsfenster treiben wie Eisschollen auf einem Meer von ahnungsbewußten Wahrnehmungsinhalten, verändern sich ständig und stabilisieren sich in ihrer Gesamtheit. Die damit verbundenen Emotionen sind zwischen Minuten und Stunden im Gehirn präsent, also viel länger als die Wahrnehmungsfenster von 2-3 Sekunden. Das bedeutet: Emotionen als Klebstoff zwischen den Wahrnehmungsfenstern des Bewusstseins und den Gedächtnisinhalten.

Aus Sicht von Trieb-, Ich- und Selbst-Psychologie soll an dieser Stell erörtert werden, wie die Erkenntnisse der Hirn-forschung praktisch für eine ressourcenorientierte Hypnosetechnik genutzt werden können.
Stellen Sie sich dazu jetzt bitte anschaulich drei Behandlungsräume einer großen psychologischen Praxis vor, in denen jeweils triebpsychologisch, ichpsychologisch und selbstpsychologisch gearbeitet wird.

Im ersten Behandlungsraum arbeiten Sie also trieb-psychologisch. Lassen Sie vorab zunächst für

einen Moment ihren ganz persönlichen Vorstellungen zu triebhaftem Erle-ben freien Lauf. - Dabei spüren Sie: Triebpsychologie be-schäftigt sich mit dem unbewußten Ringen der Triebe und Impulse und das ist anstrengend. Sie kennen das sicher auch aus ihrer eigenen Pubertät, als sexuelle und aggressive Impulse in der Tiefe brodelten, aber auf keinen Fall ins Wachbewußtsein durften. Da es aus Sicht der Hirnforschung kein abgrenzbares Unbewußtes gibt, sondern ein breites Spektrum ahnungsbewußter Inhalte, folgt daraus für die Behandlungstechnik (Triebdynamik): Therapeut wie Klient können unter dem Schutz hypnotischer Techniken ahnungsbewußte Inhalte akzeptieren und damit leichter aus dem Dampfdrucktopf der Emotionen Dampf ablassen. So wird die zuvor im Widerstand gebundene Energie frei. Wie beim Autogenen Training ist die Entspannung eine hilfreiche Grundhaltung in der triebpsychologischen Hypnosebehandlung.

Behandlungstechnik: Ressourcenorientierte Hypnosetechnik im triebpsychologischen Sinne hat das klare Ziel, bewußte Unterdrückung und unbewußte Verdrängung aufzulösen und Raum zu schaffen für die freundliche Akzeptanz von Impulsen, die als ahnungsbewußte oder unbewußte Affekte mit dem Wachbewußtsein in Verbindung treten. Wie sich das anfühlt, können Sie beim autogenen Training jederzeit selbst erleben.

Im zweiten Behandlungsraum arbeiten Sie ich-psychologisch und der Klient ist nicht sonderlich entspannt. Im Widerstreit von Verboten und Lustprinzip, von Scham und Schuldgefühlen ist sein Dilemma: "Mögen täte ich schon wollen, aber dürfen hab ich mich noch nie getraut!". Spüren Sie einen Moment einem Ihnen wohlbekannten Konflikt nach zwischen Pflichtgefühl (Morgends aufstehen) und Lustprinzip (Liegenbleiben). - Dabei merken Sie: Ihre Ich-Funktionen suchen nach Auswegen. Da es aus Sicht der Hirnforschung ein breites Spektrum ahnungsbewußter Inhalte gibt, folgt daraus für die Behandlungstechnik (Ichpsychologie): Therapeut wie Klient können mittels hypnotischer Techniken neben der Konfliktklärung ahnungsbewußte Emotionen fördern und in eine sinnlich erfahrbare Gegen-wart einbauen, statt lustbetonte Bestrebungen auszugren-zen. Was heißt das für Sie? Sie können sich jeden Morgen zwischen Aufstehen und Liegenbleiben quälen oder genau das leid sein und die anstehenden Dinge genüßlich tun (ohne Hast zur Arbeit erscheinen). Pflichtgefühl und Lustprinzip stellen zwei von vielen Angeboten dar, Sie haben auch andere Wahlmöglichkeiten, z.B. wohlgemut und entspannt ihren Tag zu beginnen.

Behandlungstechnik: Ressourcenorientierte Hypnosetechnik im ich-psychologischen Sinn ergänzt die vergangen-heitsgerichtete Reflexion durch gezielte emotionale Bewertungen in der sinnlich erfahrbaren Gegenwart. Genau das konnten Sie erleben, als Sie von den gedanklichen Verstrickungen des "Mögen-täte-ich-schon-wollen" in die Einfachheit und Erleichterung unmittelbaren Erlebens einer angemessenen Morgengestaltung hinüber wechselten.

Im dritten Behandlungsraum arbeiten Sie selbst-psychologisch und sitzen einträchtig harmonisch mit dem Klienten zusammen, getragen vom Gefühl des Gut-zueinander-passens. Worin besteht die selbstpsychologische Behandlungstechnik? Sie aus dem Erleben von korrigierenden emotionalen Erfahrungen unter möglichst umfassender Einbeziehung des breiten Spektrums ahnungsbewußter Inhalte. Sie können das gut selbst erleben, wenn Sie sich zunächst auf Ihre linke Hand und ihre augenblickliche Stimmung konzentrieren. Dann wechseln Sie zu ihrer rechten Hand und erinnern dabei etwas ganz anderes, z.B. die positiven Empfindungen bei ihrem ersten Kuß oder der ersten Liebe. Beobachten Sie einen Unterschied zwischen rechter Hand und linker Hand? Gut, dann konzentrieren Sie sich auf die intensiver empfundene Hand und halten die andere Hand daneben. Beobachten Sie, wie sich langsam ein Ausgleich zwischen Ihren beiden Händen vollzieht. Vielleicht haben Sie sogar das Bedürfnis diese beiden Hände sich berühren zu lassen und so im Ausgleich etwas Neues zu erleben.

Behandlungstechnik: Resourcenorientierte Hypnosetechnik in der Selbst-Psychologie fördert

zunächst korrigierende emotionale Erfahrungen und dann die Verselbständigung des Klienten mit diesen eigenen Wahrnehmungs-Erfahrungen. Die Hirnforschung legt nahe, daß es keine isolierten Wahrnehmungsakte gibt. Die neuronale Struktur ist durch massivste parallele Informationsverarbeitung gekennzeichnet. Damit ist jeder Wahrnehmungsakt zugleich auch emotionale Bewertung, eingebunden in Erinnerungen. Das können Sie immer wieder neu erleben und besonders in der Hypnosebehandlung stabilisierend nutzen.

Dr. med. Arno Schelper, Psychoanalytiker

14. Termine/Tagungen/Internationale Kongresse

2002: 07. - 09. Juni 8. Arbeitstagung DGÄHAT Blankenburg

2002: 9th European Congress of Hypnosis - ESH Rome

2002: 03. - 06. Oktober Tagung der DGH Bad Lippspringe

2003: 02-08. August 16th International Congress of Hypnosis
ISH Singapore

2003: 20. - 22. Juni 9. Arbeitstagung DGÄHAT Königswinter

2005: 10th European Congress of Hypnosis - ESH Jerusalem