DER RUNDBRIEF Oktober 2001

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort (1. Vorsitzender)

2. Landesstellenleiter
2.1 Verabschiedung Dr. Klaus Binder
2.2 Nachruf Frau Dr. Renate Rhein
2.3 Vorstellung Dr. Reinhard Bauß

3. Weitergabe des wissenschaftliche Archives
3.1 Dank an Prof. Reinhard Lohmann
3.2 Marmorbüste von Prof. Johann Heinrich Schultz
3.3 Nachruf Prof. Dr. Hellmuth Kleinsorge

4. Bericht über die 7. Arbeitstagung der DGÄHAT in Schmitten vom 22. - 24. 6. 2001

4.1 Vortrag Dr. Monika Herma-Boeters
4.2 Vortrag Dr. Claus Derra
4.3 Vortrag Dr. Christoph Smolenski

5. Bericht über die Mitgliederversammlung der DGÄHAT am 23. 6. 2001

7. Bericht über die Sitzung der ständigen Arbeitsgruppe der psychosozialen Fachgesellschaften vom 11.05.01 und über die Delegierten-Konferenz der Arbeitsgemein-schaften wissenschaftlich - medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) vom 12.05.01 in Frankfurt/Main

8. Informationsaustausch der Vertreter der Methoden AT/Hypnose/Hypnotherapie in Lindau am 18.04.2001

9. Internetauftritt und "Aktuelle Therapeutenliste" der DGÄHAT

10. STÄKO-Treffen am 10.05.2001 in Berlin

11. Neue Mitglieder

12. Gastmitglieder

13. Verstorbene Mitglieder

14. Zertifikate

15. Veröffentlichungen von Mitgliedern der Gesellschaft

16. Termine/Tagungen/internationale Kongresse

17. **Fort- und Weiterbildungskalender**

1. Liebe Mitglieder,

unser Rundbrief wird in seiner neuen Form immer beliebter.
Die Landestelle in Bremen leitet jetzt Dr. Bauß, seinem Vorgänger Dr. Binder danken wir ganz herzlich für seine jahrzehntelange Arbeit.
Die Landesstellenleiter sind regional Ansprechpartner für Ratsuchende, vermitteln Weiterbildungkurse und pflegen den Kontakt zu den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen.
Die Jahrestagung in Schmitten ist aus der Sicht des Vorstandes wieder sehr gelungen. Die gehaltenen Vorträge sind im Rundbrief abgedruckt.
In unserer lebendigen Mitgliederversammlung haben wir Herrn Dr. K. Binder und Herr Prof. R. Lohmann einen besonderen Dank und hohe Anerkennung für ihren engagierten Einsatz ausgesprochen.
Ein Informationsaustausch mit den Vertretern der Methoden AT / Hypnose / Hypnotherapie erfolgte wieder in Lindau während der Psychotherapiewochen.Im Beirat der deutschsprachigen Hypnose-Gesellschaften arbeiten wir an der Ausdifferenzierung der "Hypnotherapie" mit.
Wir begrüßen die neuen Mitglieder. Die verstorbenen Mitglieder sind zu betrauern, namentlich möchte ich Frau Dr. Rhein aus Berlin und Herrn Prof. Dr. Kleinsorge aus Neustadt nennen.

Die Zahl unserer Dozenten für AT und Hypnose nimmt weiterhin zu. Sowohl die Therapeutenliste als auch die Dozentenliste sind im Internet [www.dgaehat.de] für jeden zugänglich. Auch unser Mitgliederverzeichnis steht im Internet. Bitte überprüfen Sie noch einmal Ihre persönlichen Daten und melden mir Änderungswünsche.

Nach den Veröffentlichungen unserer Mitglieder finden sie die nationalen und internationalen Tagungstermine und unseren Fort- und Weiterbildungskalender.

Die Anfragen Ratsuchender (per Telefon / Post / Fax / und E-mail Info@dgaehat.de) nach ärztlicher Hypnose nehmen weiterhin zu.

Ich habe auch dieses Jahr Wünsche:
· Entscheiden Sie sich bitte für die beiliegende "Aktuelle Therapeutenliste" [Internet und Postversand mit Abbuchungserklärung].

· 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.

Ihr

Dr. med. Günter R. Clausen

2. Landesstellenleiter

Alle unsere Landesstellenleiter [Anschriften im Impressum] sind als Kontaktpersonen und Ansprechpartner gerne bereit, regionale Anfragen von Ratsuchenden zu beantworten, sie vermitteln Fort- und Weiterbildungskurse in unseren Methoden und pflegen den Kontakt zu den Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. GRC

2.1 Verabschiedung Dr. Binder

Mein persönlicher besonderer Dank gilt meinem Freund und aktivem Fachgesellschaftsmitglied Dr. med. Klaus Binder, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Facharzt für Psychotherapeutische Medizin/Psychoanalyse aus Bremen, der nach über 20 Jahren Landesstellenleitung sehr sorgfältig seinen Nachfolger für die zukünftigen Arbeiten vorbereitet hat. Auch in nicht immer einfachen Zeiten hat Klaus Binder sich für das Autogene Training maßgeblich an der Ausarbeitung der heute gültigen Fort- und Weiterbildungsrichtlinien wie ein Motor, der sich durch das Bremsen von anderen nicht aufhalten ließ, beteiligt.
Seine nicht zu zählenden regionalen und überregionalen Veranstaltungen und Kurse zum Autogenen Training mit Einführungs-, Aufbau- und Oberstufenkursen sind sehr vielen sehr wohl vertraut und gut bekannt.
Das Standardwerk "Autogenes Training - Basis-psychotherapeutikum", verfaßt in der ersten Auflage mit seinem Onkel Dr. med. Hellmut Binder, ist nach wie vor richtungsweisend.

Das kleine Buchgeschenk und die persönlich überreichten Blumen sind große Dankessymbole besonders für seine Entscheidung, Verantwortung loszulassen und Aufgaben an andere rechtzeitig abgeben zu können.

Günter R. Clausen

2.2 Nachruf Frau Dr. med. Renate Rhein

Bis März 2000 leitete Frau Dr. Rhein Kurse im Autogenem Training, einem Schwerpunkt ihres langen Berufslebens, in dem die Gesundheitsvorsorge eine zentrale Rolle spielte. Mit dem Aufbau der ersten Gesundheitsberatungsstelle Deutschlands, deren Leiterin sie über 15 Jahre bis zur Pensionierung war, leistete sie Pionierarbeit auf diesem Gebiet. Mitglied der DGÄHAT wurde sie vor mehr als 20 Jahren und leitete die Landestelle Berlin seit den 80-er Jahren, wo sie sich der Supervision und Ausbildung von ärztlichen Kollegen für AT widmete. Die Ausbildung in Hypnose erwarb sie bei der Berliner Sektion der Milton H. Erickson - Gesellschaft und arbeitete im Bereich der Hypnotherapie mit eigenen Patienten.
Im März dieses Jahres konnte sie noch ihren 70. Geburtstag in einem würdigen Rahmen feiern. Nach kurzer, schwerer Krankheit starb sie am 20. Juni 2001.
Wir danken ihr im besonderen Maße für die jahrzehntelange Treue und immer sehr verbundene Arbeit mit unseren Methoden und für die unermüdliche Weitergabe ihres Wissens an die jüngeren Kolleginnen und Kollegen. GRC

2.3 Neuer Landesstellenleiter Bremen/ Dr. R. Bauß

Dr. med. Reinhard Bauß, Jahrgang 1948; Medizinstudium in Münster/Westfalen, 1975 Staatsexamen, 1976 MA-Zeit, Approbation und Promotion. Bis 1986 Facharztweiterbildung und Tätigkeit als Klinikarzt in der Neurologie und Psychiatrie. Schwerpunkte im Suchtbereich sowie in der klinischen Psychotherapie. Berufsbegleitende Weiterbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie. Facharztanerkennung für Neurologie und Psychiatrie -Psychotherapie - in Bremen 1983.

Seit 1986 in eigener Praxis selbständig, zunächst als Nervenarzt in Bremen.
1991 Gründung der psychotherapeutischen Praxis in Lilienthal.
1997 Facharztanerkennung für Psychotherapeutische Medizin. Inhaltliche Schwerpunkte der psychotherapeutischen Arbeit in meiner Praxis:
Integration unterschiedlicher Behandlungstechniken zu einer zeitgemäßen, schulenübergreifenden und lösungsorientierten Behandlungsform Arbeit mit Trance (Hypnose, Autogenes Training, Meditation)
Salutogenese,Wege zur Genesung, Ressourcenaktivierung

Fort- und Weiterbildungstätigkeit, ermächtigt für autogenes Training und Hypnose Mitglied in der DGÄHAT seit 1981 Zertifikat für Therapeut und Dozent Autogenes Training und Hypnose seit 1989 Durchführung von Fort- und Weiterbildungen für autogenes Training seit 2001 Fort- und Weiterbildungen für Hypnose.

3. Weitergabe des wissenschaftlichen Archives

Das wissenschaftliche Archiv wird jetzt von Dr. med. Wolf-Rainer Krause in Blankenburg im Harz verwaltet. Er steht für Nachfragen der Mitglieder zur Verfügung und wird nach und nach alle Bücher, Artikel und Monographien katalogisieren. Wer helfen möchte ist gerne gesehen. GRC

3.1 Dank an Prof. med. Reinhard Lohmann

An dieser Stelle möchte ich noch einmal ganz herzlich meinem Hypnoselehrer Prof. Lohmann für seinen jahrzehntelangen Einsatz im Vorstand in der DGÄHAT, als Leiter des wissenschaftlichen Archivs und als besonders aktives Mitglied unserer Fachgesellschaft bei der Vermittlung der ärztlichen Hypnose danken. Er hat schon Anfang der achtziger Jahre ein umfangreiches neues Hypnose-Curriculum vorgelegt. GRC

3.2 Marmorbüste von Prof. Dr. med. Dr. h.c. Johann Heinrich Schultz

Der Marmorkopf ist von der verstorbenen Ehefrau an Prof. Lohmann übergeben worden.

Mit Übergabe des wissenschaftl. Archivs hat er den Wunsch geäußert, daß die Marmorbüste als Eigentum der Fachgesellschaft an den Ort des Leiters des Archives wandert. Die Büste wird jetzt im Kreiskrankenhaus Blankenburg zu sehen sein. GRC

3.3 Nachruf Prof. Dr. med. Hellmuth Kleinsorge

Der Bonner Internist, Klinischer Pharmakologe und Wissenschaftler wurde in Bonn geboren, er habilitierte sich im Fach Innere Medizin und wurde 1953 zum Professor an der Universität Jena anerkannt, 1956 übernahm er den Lehrstuhl für Innere Medizin.
Er hat sich viele Jahrzehnte in zahlreichen Gremien in Wissenschaft und Politik als Berater engagiert. Er war Gründungsmitglied des Marburger Bundes (1947) und bekam 1980 von der Bundesärztekammer die Ernst-von-Bergmann-Plakette in Anerkennung für seine besonderen Verdienste für die ärztliche Fortbildung und war Träger des Bundesverdienstkreuzes am Bande.
Aus seiner Feder stammen mehr als 400 wissenschaftliche Arbeiten. Hervorzuheben sind die Entdeckung des ersten oralen Antidiabeticums Carbutamid (1950 bis 1955) und die klinische Entwicklung des Rauwolfiaalkaloids Ajmalin als Antiarrhythmikum.
1998 ist er in Anerkennung seiner Verdienste um die Integration der Psychotherapie in die Medizin von unserer Fachgesellschaft zum Ehrenmitglied ernannt worden. Ebenso ist er 1999 zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie e.V. berufen worden. Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Stoffwechselstörungen und ihre Folgeerkrankungen e.V. ernannte ihn 1998 zum Ehrenmitglied. - Im Ruhestand war er Hauptgeschäftsführer der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft e.V. (MPS) / Paul-Martin-Stiftung.
Mit seinem Buch Hypnose Methodik und Indikation mit beiliegenden Tonbandprotokollen aus dem Gustav Fischer Verlag von 1986 hat er aus seiner Sicht den Kern der Methodik des Suggestivverfahrens darstellt.
Wer selber Erfahrungen besitze, könne modifizieren, so seine Worte. Eine selbständige und verantwortungsvolle Weiterentwicklung wurde von ihm unterstützt. Er hat sehr viel für die Integration der Hypnose und das Autogene Training in ärztliche Psychotherapie getan. Prof. Kleinsorge starb am 7. Juli 2001 GRC

4. Bericht über die 7. Arbeitstagung der DGÄHAT in Schmitten vom 22. - 24. 6. 2001

Die 7. Arbeitstagung der Gesellschaft fand diesmal in etwas geringerer Beteiligung als vergleichsweise zu den Vorjahren wieder in Schmitten/Taunus, dem Ort der 1. Arbeitstagung mit 66 Mitgliedern und Interessenten statt. Die Rückmeldung der abgegeben Evaluationsbögen (31) ergab eine positive Resonanz. Sowohl die Vorträge wie auch die Kursangebote wurden überwiegend mit gut und sehr gut bewertet, die Mitgliederversammlung wurde als sehr gut bzw.

gut empfunden. Das Ambiente der Evangelischen Akademie und der Rahmen der Tagung erhielt ebenfalls überwiegend sehr gute/gute Noten; die Erreichbarkeit von Arnoldshain ist allerdings für Teilnehmer, die nicht mit dem Auto anreisen problematisch.
In den nächsten Jahren werden die Tagungen der Gesellschaft in anderen Orten stattfinden. In Planung sind: - Blankenburg - Königswinter/Bonn - Blankenburg - Potsdam/bei höheren Vollpensionskosten - Blankenburg, für Teilnehmer der "1. Stunde" durchaus mit einer gewissen Wehmut verbunden, daß Arnoldshain zunächst nicht mehr darunter ist.
Gewünscht wurden eine Erweiterung der Kursangebote mit deutlicher inhaltlicher Orientierung an das Leitthema. Besonders hervorgehoben wurde die angenehme, fast "familiäre" Atmosphäre der Tagung und der engagierte Einsatz des Vorstands. DMS

4.1 Vortrag Dr. Monika Herma-Boeters

Wird das Autogenes Training mit Kindern als psychotherapeutische Maßnahme den Kindern noch gerecht?
Eine kritische Betrachtung der Anwendung des Verfahrens.

Kinder unserer Zeit (wobei unsere Zeit wenigstens seit 1975 formuliert sein mag) sind zunehmend streßbeladen. Wenn ich Ihnen erzähle, dass Kinder in der oberen Schulklasse "gestreßt" sind, so mögen Sie mir folgen, weil sie selbst wahrscheinlich Kindern haben und wissen, dass in den höheren Schulklassen einiges von Ihnen gefordert wird. Insbesondere bei Gymnasiasten können wir uns den Leistungsdruck vorstellen. Kinder unserer Zeit sind aber auch Realschüler und Hauptschüler und Kinder unserer Zeit sind auch jene, die nachmittags frei haben. Aber ein Nachmittagsfrei bedeutet nicht mehr zusammen Verstecken spielen, einen dummen Streich bei Nachbarn aushecken, oder auf der Straße Fußball spielen. Kinder unserer Zeit bedeutet in rasender Geschwindigkeit das neuste Computermodell zu kennen, die heißesten Computerspiele zu besitzen oder CDs brennen zu können Kinder unserer Zeit bedeutet nicht nur der Computerbildschirm sondern auch der Fernsehbildschirm und mit wahnsinniger Geschwindigkeit verschwindet die Schwelle zu unterschwelligem aggressiven Handeln in den Fernsehgeschichten. Sandmännchen ist schon lange out, die Pokemons sind in und wenn die nicht mehr reichen und die Langeweile sich breit tut, dann kann auch nochmals auf Kanal 75 geschaltet werden und bei ohrenbetäubenden Lärm eine Verbrecherjagd und ein glückliches Ende mit niederstechender Person verfolgt werden. Wenn der Film zu Ende ist, mag Entspannung eingekehrt sein - aber maximal für 1 Minute -. Kinder unserer Zeit bedeutet auch den letzten Modegag zu verfolgen und es zu schaffen, die Mutter zu überreden ein Nabelpircing machen zu lassen und ein bißchen nackten Bauch zu zeigen. Das Kribbelgefühl, das dann eintritt, mag anregend sein, vielleicht die Illusion von Entspannung bringen, aber eigentlich nur Anspannung darstellen um festzustellen, dass es ziemlich viel "Streß" ist, schön auszusehen, mithalten zu können und vielleicht ein paar Komplimente abzusahnen. Leider erleben sie sich hilfloser den je, nicht nur im Umgang mit der Konfrontation schwieriger Dinge, sondern auch im Spiel mit Gleichaltrigen.

Kinder unserer Zeit, wenn ich die Älteren betrachte, können irgendwann diesem Streß nicht mehr widerstehen und suchen nach Entspannung. Einige schaffen es, einen Ausgleich im Sport zu finden, andere mögen sich mit Freundinnen treffen und herzhaft erzählen. Übrig aber bleibt eine enorme Unsicherheit der Kinder und Jugendlichen mit dem Gefühl, nicht zu wissen wie sie dastehen, was sie hergeben und wie sie auf andere wirken. Das Gefühl des sich selbst Fühlens geht verloren. Die Frage: "Wer bin ich?" taucht mehr und mehr auf und die Frage geht weiter "was kann ich aushalten?" Da das erlösende Gemeinschaftsspiel mit dem Ziel des Gewinnens gerade mal nicht da ist, das herzhafte Lachen über einen geglückten Nachbarschaftsstreich aus Angst, es doch nicht zu schaffen, nie erlebt werden kann und auch das erlösende Aufatmen, beim Fangen-Spielen sein Ziel geschafft zu haben, nicht mehr gefunden werden kann, suchen Kinder und Jugendliche andere Wege der Entspannung. Einige schaffen es, mit Hilfe von Lehrern und Eltern

sich einer Gruppe zuzuwenden, die das autogene Training erlernt. Andere schaffen auch diesen Weg nicht und probieren eine Entspannung und das Losgelöstsein vom Alltagsstreß zunächst im Rauchen, dann im Alkohol und schlußendlich -Beil es keinen anderen Kick mehr gibt- mit Hilfe der Drogen. Schlußendlich bringt auch dies keinerlei Selbsterfahrung mehr, weil den Kindern und Jugendlichen die vielen Jahren des Erfahrungssammelns einfach fehlt. Eine große Hilflosigkeit macht sich hier breit. Wir können von Glück reden, wenn einige Kinder in eine Gruppe geraten, wo sie das autogene Training so erlernen, das sie es tatsächlich auch selbst durchführen können und mit Hilfe der überzeugten Entspannung einen eigenen Weg finden, sich mancher streßvollen Situation zu stellen.

So wie Sie hier alle in Schmitten das autogene Training erlernen, ist es sicher der goldene Weg. Und vielleicht kann man schon imaginieren in der Oberstufe. Aber lassen sie sich nicht davon verleiten, dass es Kindern auch so geht. Sie sind keine kleinen Erwachsenen und auch nicht jene, die die Hälfte oder ein Viertel Ihrer Erfahrung gesammelt haben. Aber worauf will ich hinaus? Und genau das möchte ich vermitteln: Dass Kinder eben nicht so denken wir die großen Leute; weil sie leider noch keine 30, 40 oder 50 Jahre auf dem Buckel haben. Sei saugen erst einmal alles auf, was neu ist.

Stellen Sie sich vor, Sie müßten zum Erwerb einer Facharztqualifikation zunächst die chinesische Sprache erlernen. Und Sie wüßten eigentlich ziemlich genau, dass das nicht das Ziel sein kann, zunächst etwas zu erlernen, was mit der Facharztqualifikation wenig zu tun hat. Das Ganze würde Sie des Weiteren nur in Aufregung und Anspannung versetzen, und es wäre dann aus ihrer Sicht letztendlich sowieso fraglich, ob Sie alles begreifen würden. Dennoch besuchen Sie den Chinesischunterricht

Kaum dass Sie das erste Wort aus dem Munde Ihres chinesischen Lehrers hören würden, würden Klangassoziationen geweckt werden. Vielleicht wäre es aber auch die besondere Betonung der einzelnen Silben des Wortes. Ober aber die Entschiedenheit, mit der das Wort gesagt wird, welches dann ein entsprechend gelebtes Bild vor Ihrem geistigen Auge entstehen lassen würde. Möglicherweise würden diese Assoziationen das Bild eines freudigen oder aber das eines traurigen Ereignisses bei Ihnen wecken. Vielleicht würde Ihnen auch der letzte Streit mit Ihrem Teamkollegen einfallen. Ganz gleich, wie es auch sei: Alle geweckten Assoziationen (auch wenn sie Freude vermitteln) würden zunächst zu einem erhöhten Adrenalinspiegel führen; es würden die berühmten "Butterflys in your tummy" auftreten, Sie kennen das. Und zwangsläufig würden Sie in der Situation verharren. Wenn die Assoziation eine betrübliche Erinnerung war (z.B. das Streitgespräch mit dem Teamkollegen) - würde u.U. der Erregungspegel weiter steigen, weil die Phantasie ob einer glimpflichen Lösung des Streits mit Ihnen durchgehen würde. Und wenn dann die Chinesischstunde zu Ende wäre, hätten Sie wahrscheinlich gar nicht mitbekommen, dass der Lehrer bemüht war, Ihnen sechsmal hintereinander das Wort Ruhe auf chinesisch zu vermitteln.

Ungefähr so geht es einem Kind - bleiben wir einmal bei dem 5- oder 6-jährigen- dem die Erzieherin im Kindergarten Ruhe vermitteln wollte (so nennt sie es jedenfalls. So geht es aber auch einem 8-/ 9- oder 10-jährigen Schulkind, welches unbedingt zum Erlernen des autogenen Trainings in der Gruppe der Heilpraktikerin kommt und zunächst mit Hilfe einer Geschichte Entspannung erfahren soll. Begleitende Entspannungsmusik soll die Aktion unterstreichen. Der Kurs, in den unser Schulkind geschickt wird, war ausdrücklich mit den Worten "Mit Hilfe von phantasievoll gestalteten Geschichten erfährt das Kind Ruhe und Entspannung und kann so den Alltag besser meistern" in der Tageszeitung ausgeschrieben. Und sie hat recht: denn ihre erzählte Geschichte weckt unzählige Phantasien, aber: Ruhe hat unser Schulkind dabei keineswegs erfahren.

Ich möchte Ihnen jetzt zwei Beispiele nennen, mit welchen Methoden diese beiden Kinder das Entspannungsverfahren erlernt haben:

Tobias, 6 Jahre alt, fing nach einer gewissen Zeit des Kindergartenbesuchs an, an den Nägeln zu kauen, schien ausgesprochen zurückgezogen zu sein. Die meiste Zeit trat er aber ein eben gebautes Bauklötzchenhaus kaputt oder nahm den Bleistift in die Faust und vollführte mit unermeßlichem Druck grobe und heftige Kritzeleien auf ein Stück Papier, so dass die Spitze des Stiftes abbrach. Fühlte er sich im Unrecht, dann trat auf andere Kinder ein; einmal biß er ein Mädchen in den Arm. Die Kindergärtnerin hatte das einige Zeit lang beobachtet und überlegte sich, dass ihm Entspannungsmöglichkeiten fehlen würden und führte das -wie sie sagte- autogene Training mit ihm durch: Sie erzählte ihm eine Geschichte, bei dem es um eine Reise zum Mond geht. In diese Geschichte flocht sie die Namen einiger Kinder, unter anderem Tobias Namen, mit ein. Sie erzählte, daß Kinder in einem Mondflugzeug eine Reise zum Mond starten würden. Das Flugzeug flog immer weiter weg von der Erde, bis dass man kaum noch das Zuhause sah. Plötzlich begegnen die Kinder im Flugzeug dem Mondvogel: Tobias fragte den Vogel: "Wer bist Du?" Der Vogel antwortet: "Ich bin der Zaubervogel. Ich bin größer als alle Vögel, bunter als alle Vögel und schneller als alle Vögel und alle Gedanken der Menschen. Ich kann die Menschen von innen ausleuchten". Und Tobias fragt: "Was heißt das?" Die Kindergärtner erzählt weiter: "Ich kann alle Menschen von innen ausleuchten und weiß immer, was sie denken! Ich weiß auch, was du denkst". Diese Geschichte hat sie zweimal erzählt, wobei sie später berichtete, dass er zunächst sehr ruhig geworden sei, die anderen Kinder nicht mehr geschlagen und sich immer mehr in eine Ecke gesetzt und für sich alleine gespielt habe. Zu Hause klammerte Tobias sich fortan an seine Mutter, kaum das sie Anstalten machte, weg zu gehen. Er schrie ihr nach und fragte immer wieder, ob sein Zuhause weg sein würde. Er fragte sie auch, ob alle Leute wissen würden, was er denken würde. Auch das verneinte die Mutter. Tobias aber konnte nicht mehr schlafen, schrie laut, wenn die Mutter das Licht abends ausmachte und sie nur Anstalten machte sich von ihm zu entfernen trat er auf sie ein. Einmal biß er sie. Wir nahmen das Kind stationär auf. Im Laufe der Therapie stellte sich heraus, dass er mißbraucht worden war. Der Mißbraucher, der Partner der Mutter, hatte ihm gesagt, dass, wenn er etwas erzählen würde, er "von zu Hause wegkommen würde". Und er möge nie etwas sagen und auch nie daran denken. Denn "ich weiß immer was du denkst". Sie können sich denken, wie es Tobias ergangen ist. Neben der Tatsache, dass der Mißbraucher ihm zu verstehen gab, in seine Gedankenwelt eindringen zu können, hatte er auch den Jungen bedroht, dass er auch sein Zuhause verlieren würde. In der Erzählung war Tobias allein durch die Entfernung des Flugzeugs vom Elternhaus daran erinnert.

Sebastian, 10 Jahre alt, kommt zum autogenen Training in die Gruppe. Er ist ein sogenanntes hyperkinetisches, aufmerksamkeitgestörtes Kind. Lehrer und Eltern haben gemeint, dass er zum autogenen Training gehen möge. Er besucht die Gruppe einer renommierten Heilpraktikerin. Die Stunde ist ausgeschrieben in der Tageszeitung, dass begleitende Entspannungsmusik den Kindern Ruhe verschaffen würde und sie die Möglichkeiten bekämen, ihr Leid zu lindern. Sebastian ging nur einmal dahin: Die entspannende Begleitungsmusik kam tatsächlich vor; einige Klangfolgen aber sollten ihm später an andere Geschehnisse erinnern. Aber auch das Märchen von der Geisterbahn wurde vorgelesen: (ich kürze ab)
Bei dieser Geschichte geht es darum, das sämtliche Gestalten der Geisterbahn ihm den Zutritt verwehren. Dennoch gelingt es dem Zauberauto mit großem Anlauf in die Geisterbahn einzudringen und mitten auf dem Rücken eines großen Krokodils zu landen. Das Krokodil gibt zu verstehen, dass es das Auto fressen würde. Es reißt das Maul weit auf, schlägt mit dem großen Schwanz und sprüht Funken. Das Auto holt erneut aus, dreht eine Kurve und landet erneut auf dem Rücken des Krokodils, bis dass es zerplatzt". In den darauffolgenden Tagen ist Sebastian in der Schule kaum noch zu bremsen; er tritt einige der Kinder und brüllt sie an: "Ich kann euch treten, bis ihr zerplatzt. Zur Erklärung, was im Laufe der therapeutischen Arbeit mit ihm deutlich wurde, darf ich hinzufügen, dass Sebastian mit einem etwas älteren Jungen voyeuristische sexuelle Spielchen betrieben hatte, bei denen er sich ausgesprochen erregt fühlte. Der Gedanke an den großen Schwanz des Krokodils und dem Bericht"etwas Feuerspeiendes" regten seine Phantasie der abgelaufenen Techtelmechtel mit dem älteren Jungen an. Er schämte sich aufgrund der Tatsache, mit dem Jungen einige sexuelle Spielchen betrieben zu haben. In seiner Not war der einzige Ausweg die aggressive Handlung anderen Orts.

Gerade bei Sebastian, welches ein aufmerksamkeitsgestörtes Kind ist, alles aufsaugt, was die Umgebung ihm bietet. (Sie müssen sich das wie ein grobmaschiges Sieb vorstellen. Während unser Gehirn wie ein feinmaschiges Sieb wichtige von unwichtigen Gedanken und Informationen einfach sortiert und wieder entfernt, so "fallen" bei hyperkinetischen Kindern sämtliche Information durch das grobmaschige Sieb hindurch und sie müssen zwangsläufig auf alles reagieren). Sebastian, bei dem sämtliche Informationen nur hereinregneten, blieb ihm gar nichts anderes übrig als darauf zu reagieren. Und so bleibt es nicht verwunderlich, dass diese Kinder während dieser Sitzungen hochallert sind, jedes Wort aufnehmen, nicht nur darauf entsprechend reagieren, sondern genau so wie der jüngere Tobias unweigerlich daran erinnert sind, was im Vorfeld passierte.

Erstens möchte ich aufzeigen, dass es ausgesprochen wenig Kräfte gibt, die das "autogene Training" nach der klassischen Methode ausführen. Es sind zum Teil Kräfte, die einen anderen heilenden Beruf ausüben, wie z.B. Krankenpfleger, Heilpraktiker und dergleichen. Den Umgang mit dem autogenen Training für Kinder haben viele während eines Wochenendseminars oder eines Volkshochschulkurses (dann allerdings unter dem Titel "autogenes Training) erlernt. Mit der zweiten kritischen Anmerkung möchte ich den Finger in die Wunde der erwachsenengerechten Vorstellungen, nämlich dass Märchen"Ruhe" vermitteln würden, legen. Wir vergessen dabei, dass wir ein Leben lang voller verschiedener Erfahrungen als Unterstützung dafür haben, Unangenehmes von Angenehmen zu trennen. Mit Hilfe unserer Fähigkeit, unangenehme Situationenüberstanden zu haben, versuchen wir aber auf Kinder diese Fähigkeit zu übertragen, das gelingt nur ansatzweise, wenn das Kind eine ähnliche Situation erlebt hat. Wir vergessen dabei, dass letztendlich das Gefühl von Ausgeglichenheit immer nur das Gefühl ist, welches der Vermittler nach einer bestandenen belastenden Situation selbst erlebt hat. Es ist irrsinnig zu glauben, dass Kinder (ohne über einen riesigen Sack von gelebten Erfahrungen zu verfügen) zu genau dem gleichen Schluß nach Überstehen einer bestimmten Phase kommen würden wie der Vermittler. Das Kind wird nie die gleiche Art von Ausgeglichenheit erleben wie der Vermittler/ -in.

Und gerade hier liegt die Gefahr: Gehen wir von dem Schulkind aus, welches von Eltern und Lehrern in die Gruppe derer geschickt wurde, welche das "autogene Training" erlernen sollen. Jedes Kind mag einen völlig anderen "Background" haben, eine andere Lebensgeschichte haben als der/die Vermittler. Die Kursleiterin oder der Kursleiter wird nicht wissen, warum das Kind vorab in der Schule die Möbel zurecht gerückt, die Vasen von der Fensterbank gefegt hat und wie ein Schwamm jede neue Situation aufsaugt, um sofort darauf zu reagieren. Jenes Kind, das im landläufigen Sinne als hyperaktiv gilt. Es kann so sein (wie am Beispiel Tobias) - weil es nicht üblich ist- dass dieses Kind vor Schulbeginn schwerwiegende negative Erfahrungen gesammelt hat. Nur ein
- einziges ausgesuchtes Wort,
- eine bestimmte Melodie im Sprachablauf oder
- eine besondere Betonung

mag schlagartig das Kind an die erlebte unangenehme Situation erinnern und vor seinem geistigen Auge wird möglicherweise der Ablauf dieser negativ erfahrenen Situation auftauchen. Dann ist die Stunde vorbei. (Kein Kind wird in dieser Gruppe über die unangenehmen Erfahrungen erzählen, denn das wäre Verrat am Verursacher dieser Erfahrung, und oftmals sind es vertraute Personen). Wenn die Stunde also vorbei ist, wenn unser Schulkind also aus der Gruppe geht, dann wird es spannungsgeladen, unruhig und erregt sein. Und es wird sicher alles daran tun, diese Form der Therapie als blöd zu benennen und es wird alles dafür tun, nicht mehr dorthin gehen zu müssen.

Das "autogene Training" hat seinen Platz als Therapeutikum für Kinder in diese Form zunächst verloren.
Unreflektiert, von z.T. dürftig ausgebildeten Vermittlern mißbräuchlich genutzt, richtet es eher

Schaden an als dass etwas nützt. Immer wieder wird dabei versäumt (den die wenigsten Therapeuten machen sich die Mühe), die Lebensgeschichte des Kindes zu erfahren.

1. Gerade die Kinder, die in die Gruppe kommen, zeigen ein außerordentlich vermindertes Selbstwertgefühl

2. Sie sind unruhig, weil sie sich nicht sicher fühlen, in Ruhe eine Situation durchzustehen.

Ich plädiere also dafür, dem Kind erst einmal Sicherheit im Umgang mit sich und seinem Körper zu vermitteln. Insbesondere die Fähigkeit, seine Grenze neu zu erlernen. Gleichzeitig zu lernen, sich zu distanzieren, sich selbst zu schützen. Es scheint mir sehr wichtig zu sein, dem Kind die Möglichkeit offen zu lassen, eigene Erklärungen der einzelnen Schritte des autogenen Trainings zu erleben.
So z.B., dass es eine Idee davon hat,
- was Schwere "meint",
- was Wärme bedeutet und
- was das beruhigende warme Gefühl im Bauch denn sein soll.

Aber auch hier gibt es ausgesprochen viele Vermittler, die sich entweder die Mühe nicht machen, kindgerechte Vorstellungen zuzulassen oder sie zu unterstützen, oder aber während des ganzen Kurses von der Idee getragen sind, dass ihre vormals eigene erlebte Ausgeglichenheit mit bloßen Worten an Kinder zu übertragen sei. Und dann nur mit Musik, die den Vermittler in Entspannung versetzt, oder einem Märchen, dass nur bei dem Vermittler die Vorstellung von "schön und "ruhig" erweckt. Ich bin der Meinung, dass der spätere Vermittler nur dann ein wenig gelebte Erfahrung des Kindes vermittelt bekommt, wenn er dem Kind die Möglichkeit läßt, die erlebten Körpergefühle zu schildern, so wie sie sind: Schwer, warm und Ruhe im Bauch. Und mit seinen Erklärungen, was z.B. "Schwere" bedeuten könnte und wie es ihm mit einem warmen Gefühl im Bauch geht. Dann lassen sich manche Erlebnisse besser einordnen und können diese im nachfolgenden Gespräch (was leider oft ausbleibt) konstruktiv genutzt werden. Mit anderen Worten, so wie "Johannes Heinrich Schulz das Verfahren" des "autogenen Trainings" gelehrt hat.

Das autogene Training hat für Kinder nur seinen Platz, wenn es nicht vorher chinesisch lernen muß, sondern die Dinge so vermittelt bekommt, wie sie sind: Nämlich das Gefühl eines schwer empfundenen Armes vermittelt bekommt, mit Konzentration durchströmende Wärme zu erleben. Später dann, weil den eigenen Gedanken entsprungen, die eigene Ruhe zu erleben. Das autogene Training hat seinen Platz,
- wenn das Kind vorab die Fähigkeit, die eigenen Grenzen zu nutzen, vermittelt werden konnte,
- wenn es gelernt hat, Distanz zu halten und erleben kann, dass es selbst Distanz aufzeigen kann,
- wenn es gelernt hat, sich sicher zu fühlen.

Mit dieser gewonnen Sicherheit wird es viel leichter die Möglichkeit haben, mit Hilfe der erlernten Schritte des autogenen Trainings die selbst empfundene Störung eigenständig zu lindern.

Ich hoffe, Ihnen nicht all zu viel chinesisch vermittelt zu haben und bedanke mich für Ihr offenes Ohr.

Dr. med. Monika Herma-Boeters

4.2
Entspannungsverfahren bei chronischem Schmerz
Neurobiologische Grundlagen und praktische Anwendung
Claus Derra, Bad Mergentheim

Die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren bei chronischem Schmerz wird aus verschiedenen Gründen unterschätzt. Erkenntnisse der Neurobiologie sowie Untersuchungen zum didaktischen Vorgehen bieten heute eine rationale Grundlage für den Einsatz bei diesem schwierigen Klientel. Die wissenschaftlich in der Wirksamkeit bei chronischem Schmerz belegten Entspannungsverfahren sind die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PR) und das Autogene Training (AT). Beide haben den Vorteil, dass sie - im Gegensatz zu Imaginativen Verfahren, der Hypnose oder der Meditation - systematisch aufgebaut sind und in einer standardisierten Form vermittelt werden können. Das Erlernen eines Entspannungsverfahrens ist für praktisch alle Schmerzpatienten sinnvoll. Wesentlich dabei ist jedoch die differenzierte Abstimmung mit anderen Therapien und ein Festlegen des Stellenwertes der Entspannung im Gesamtbehandlungsplan, der sinnvollerweise interdisziplinär erstellt werden sollte. Grundsätzlich gehört die Vermittlung eines Entspannungsverfahrens im therapeutischen Kontext in die Hände eines klinisch erfahrenen Therapeuten.

Ausgehend von den Erkenntnissen der Neuroanatomie und Neurobiologie (Roth 1997) können heute neuronale Funktionssysteme identifiziert werden, die für die Wirksamkeit und die Anwendung von Entspannungsverfahren bei chronischem Schmerz eine rationale Grundlage bieten. Dabei sind es nicht nur die traditionell immer wieder als Erklärung herangezogenen Bezüge zum vegetativen Nervensystem mit der Umschaltung von Sympathikus auf Parasympathikus, die die günstige Wirkung der Entspannung (beispielsweise im Bereich der Muskulatur oder der Blutgefäße) ausmachen. Darüber hinaus ist der Einfluss auf das serotonerge und dopaminerge System von wesentlicher Bedeutung.

Folgende neuronale Funktionssysteme werden unterschieden:

Transmitter	**Funktion**
noradrenerges System	unspezifische Aktivierung, Erregung
serotonerges System	Dämpfung, Beruhigung, Wohlbefinden
dopaminerges System	antreibend, belohnend (Antizipation)
cholinerges System	gezielte Aufmerksamkeit, Gedächtnissteuerung

Während das serotonerge System (als zentrales Korrelat der Entspannung) von den Raphekernen im Hirnstamm ausgehend Verbindungen zum Cortex, zum Kleinhirn, zum Thalamus, zum Hippocampus und zu den Amygdala hat, zieht das noradrenerge System vom Locus coeruleus aus seine Verbindungsbahnen in die gleichen Bereiche. Dadurch entstehen unter anderem auch Verbindungen mit dem limbischen System, das neben vegetativen und antriebhaften Funktionen auch bei der Bewertung kognitiver Prozesse und der Wahrnehmung eine zentrale Rolle spielt.

Interaktionen zwischen Hippocampus und Amygdala sind für das Abspeichern von Gedächtnisinhalten aufgrund früherer Erfahrungen und Bewertungen sowie unter Berücksichtigung des momentanen emotionalen Zustandes von wesentlicher Bedeutung. Hier ergeben sich auch wichtige Verbindungen zu Schmerzwahrnehmung und -gedächtnis (s. u.).
Die beiden o.g. Kerngebiete (Raphe und Locus coeruleus) haben im Hirnstamm enge Verbindung zur Formatio retikularis und zu parasympathischen und sympathischen Kerngebieten. Vermutlich sind sie eine Art Umschaltstelle zwischen zentralen und peripheren Entspannungsabläufen.
Das dopaminerge System (Assoziationsfelder, Frontalhirn, Basalganglien etc.) ist für die Antizipation von Belohnung und Entspannung zuständig. Seine Funktion ist daher von

wesentlicher Bedeutung für die Frage, der Motivation zum Erlernen und zur Anwendung eines Entspannungsverfahrens. Nur wer eine hilfreiche Wirkung erfahren hat und dies für den zukünftigen Einsatz antizipieren kann, wird Entspannung z.B. bei Schmerz einsetzen.

Diese kurze Übersicht soll deutlich machen, dass wir heute mehr und mehr neben den vegetativ steuernden auch die emotionalen und kognitiven Wirkungen eines Entspannungsverfahrens anatomisch und in Funktionssystemen erklären können.

Unser heutiges Schmerzverständnis ist durch die Entwicklung der Gate control theory von Melzack und Wall in den 60er Jahren geprägt. Die beiden Forscher entwarfen ein systemisches Modell der Schmerzverarbeitung mit Umschaltstellen auf spinaler und thalamischer Ebene sowie aufsteigenden Schmerzbahnen und absteigenden Modulationsbahnen. Für die Schmerzdämpfung ist das Serotonin als Neurotransmitter von wesentlicher Bedeutung (Egle et al.)1999). Entspannungsverfahren verändern den Schmerz, da sie eine Umschaltung des Nervensystems in Richtung eines trophotropen parasympathischen Zustandes sowie eine Aktivierung des serotonergen Systems bewirken.

Betrachtet man Abläufe und anatomische Korrelate der zentralen Schmerzverarbeitung, wird darüber hinaus die Möglichkeit der Anwendung von Entspannung zur Schmerzbeeinflussung aufgrund der wechselseitigen Verbindungen deutlich:
Komponenten der bewussten Schmerzwahrnehmung und -empfindung
(Roth 2001)

Kognitive Einschätzung	Was ist los ? (Cortex und Assoziationsfelder)
Emotionale Bewertung	Wie ist der Schmerz? (Hippocampus, Amygdala, limbisches System)
Exekutive Abwägung	Was soll ich tun? (Frontalhirn)
Prospektive Einschätzung	Wann kommt er wieder? (Assoziationsfelder)

Entspannungsverfahren können aufgrund ihrer zentralen Wirkungen auf neuro-modulatorische Systeme die Schmerzwahrnehmung auf allen diesen vier Ebenen beeinflussen.

Die wissenschaftlich in der Wirksamkeit bei chronischem Schmerz belegten Entspannungsverfahren sind die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PR) und das Autogene Training (AT). Beide haben den Vorteil, dass sie - im Gegensatz zu Imaginativen Verfahren, der Hypnose oder Meditation - systematisch aufgebaut sind und in einer standardisierten Form vermittelt werden können (Derra 1997).

Klinisch differenziert sich die Wirkung von Entspannung bei Schmerz in:

> Erlernen einer Entspannungsreaktion
> Differenzierung der Körperwahrnehmung
> Training von Aufmerksamkeitslenkung
> Erleben von Selbststeuerung und Selbstkontrolle
> Verbesserung der Stressabwehr
> Verbesserung der Schlaffähigkeit
> Schmerzablenkung und Distanzierung
> individuelle Schmerzbewältigung durch formelhafte Vorsatzbildung

Trotz guter wissenschaftlicher Belege (Derra 2002) kommt die Wirksamkeit von Entspannungsverfahren in der Praxis im wesentlichen aus drei Gründen nicht ausreichend zur Geltung:
Erstens wird zu wenig die Notwendigkeit des selbständigen Übens betont. In einer Reihe von Werken zur Schmerzbehandlung sind ausführliche Vorlesetexte zur Durchführung der Progressiven Relaxation abgedruckt, die in der Praxis direkt verwendet werden - dies entspricht einer Gruppenhypnose. Bei Schmerzbewältigungsprogrammen werden nicht selten Kassetten oder CDs zur Progressiven Relaxation mitgeliefert und damit das eigenständige Erlernen durch Heterosuggestion erschwert (Basler 2001). Auch für das AT gibt es verschiedene solcher Negativbeispiele.

Zweitens werden Entspannungsübungen oft im Liegen und in einer für Schmerzpatienten ungeeigneten Ausführlichkeit und Länge durchgeführt. Verkürzungen werden dann zwar angestrebt, aber nicht mehr systematisch eingeübt. Viel günstiger wäre es, dem Schmerzpatienten von Anfang an alltagsgerechte Kurzformen (im Sitzen oder im Stehen, nicht länger als 2 bis 3 Minuten) zu vermitteln und diese mindestens drei bis fünfmal täglich durchführen zu lassen. Eigene klinische Erfahrungen zeigen, dass beinahe alle Schmerzpatienten bei einer solchen eigenständigen Intensivanwendung (ohne Heterosuggestion) nach ein bis zwei Wochen in der Lage sind, gezielt zu entspannen und ungefähr ein Drittel wendet nach diesem Zeitraum PR oder AT schon gezielt zur Schmerzbeeinflussung an.

Drittens genügt es nicht, den Patienten ein Entspannungsverfahren lediglich zu vermitteln. Darüber hinaus muss die Anwendung im Alltag erarbeitet werden und auch Kombinationsmöglichkeiten mit anderen Therapieelementen (z.B. Analgetikaeinnahme, Krankengymnastik, Ergotherapie, kognitive Schmerz-Bewältigung) abgestimmt werden. Insbesondere eine Alltagsplanung mit Wechsel von Aktivität und Entspannung ist wichtig, z.B. Lockerungsübungen vor der Entspannung. Auch die Vermittlung eines plausiblen Wirkmodells ist wesentlich. Dabei können neben der Gate control theory die o.g. Zusammenhänge den Patienten in einfacher Weise dargestellt werden und in ihrer Bedeutung bei der Schmerzbeeinflussung erörtert werden.

Folgende Standards zur Anwendung von PR und AT bei chronischem Schmerz wären zu fordern (Derra 2002):

> das Verfahren sollte in der Anwendung möglichst alltagsnah sein
> einfache Induktion (Entspannungsreflex)
> kurze Übungen (2-3 Minuten)
> im Sitzen oder Stehen
> ohne Hilfsmittel

> spezifische Hilfestellungen bei Schmerzpatienten sind notwendig
(Atmung, Ruhebild, sanfte Bewegungen)

> Kurzformen zur situativen Schmerzkontrolle im Alltag sind sinnvoll
Reflexentspannung über Atmung
Ampelübung ("Beckerfaust") (Basler 2001)
Codewortentspannung

Woran kann ich mich als Therapeut bei der Auswahl orientieren?

> wichtigstes Kriterium ist der Patientenwunsch bzw. gute Vorerfahrungen mit einem Verfahren. Es ist nicht sinnvoll, dass alle die PR lernen müssen, nur weil ein Schmerzbewältigungsprogramm

das so vorsieht.
>die PR fällt den meisten Schmerzpatienten als Einstieg leichter (aktives Verfahren, Veränderungen leichter spürbar, lässt Eigenwahrnehmung mehr Raum, schnellere Erfolgserlebnisse)

> die jeweilige Schmerzdiagnose; durch Vergleichsstudien ergaben sich folgende Schwerpunkte:
PR: Spannungskopfschmerz,
Rückenschmerz
AT: Fibromyalgie, Sympath.
Reflexdystrophie
PR=AT: Migräne, rheumatoide Arthritis

> das AT ist recht gut bei weitergehenden Therapiezielen geeignet,
z.B. Anwendung von Organübungen (Bauch- oder Atemübung bei abdominellen Schmerzen) oder Leitsatzbildung zur Schmerzbewältigung.

Aus den dargestellten Inhalten kann für die Praxis folgendes Fazit für den Einsatz von Entspannungsverfahren bei chronischen Schmerzpatienten gezogen werden:

> Entspannungsverfahren sind sinnvolle Behandlungselemente bei praktisch allen chronischen Schmerzpatienten
> Geklärt werden sollte: für welchen Patienten welches Verfahren zu welchem Zeitpunkt mit welcher Zielsetzung
> wichtigste differentielle Indikationsparameter sind Patientenwunsch, Vorerfahrungen und die Schmerzdiagnose
> Schmerzpatienten finden den Einstieg in die Entspannung leichter durch die PR
> längerfristig ist aber das AT unauffälliger, alltagsgerechter und bietet mehr individuelle Ausbaumöglichkeiten
> um ein Entspannungsverfahren effektiv zur Schmerzlinderung einzusetzen, ist eine Übungszeit von mehreren Wochen notwendig
> darüber hinaus hängt der Erfolg wesentlich von der Entwicklung alltagsgerechter Kurzübungen mit auf die individuelle Problematik des Patienten zugeschnittenen Induktionsformen ab
> die Vermittlung eines Entspannungsverfahrens gehört in die Hände eines qualifizierten und erfahrenen Therapeuten.
Dr. med. Dipl.-Psych. Claus Derra

4.3 Vortrag Dr. Christoph Smolenski

Integrative stationäre Traumatherapie unter besonderer Berücksichtigung hypnosuggestiver Verfahren

I. Vorstellung Klinik
Die Dr.v.Ehrenwall'sche Klinik ist ein Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie. Vor 124 Jahren gegründet, arbeitete dieses Krankenhaus in privater Trägerschaft zunächst überregional. In den letzten Jahren übernahm es als zuständiges Fachkrankenhaus die regionale psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung für den Landkreis Ahrweiler. Schon vor der Neustrukturierung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebietes und der Einführung der Psychiatrie in den Facharzttitel für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Etablierung des Facharztes für Psychotherapeutische Medizin arbeitete die Dr.v.Ehrenwall'sche Klinik mit einem Schwerpunkt für Psychotherapie. Seit 1990 beschäftigte sich die Klinik zunehmend mit psychotraumatologischen Fragestellungen und entwickelte einen Schwerpunkt

Psychotraumatologie. Seither werden in zunehmendem Maß Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen nach akuten Traumata und nach lange zurückliegenden Traumatisierungen behandelt, bei denen sich komplexe-psychotraumatische Belastungsstörungen entwickelt haben.

II. 1. Die akute Posttraumatische Belastungsstörungen wird
nach ICD.10 (F 43.1) folgendermaßen definiert:
a) Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem Menschen tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
b) Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flash-backs), auch Intrusionen genannt. Diese Nachhallerinnerungen werden ausgelöst durch Situationen, die der Belastung ähnlich sind oder mit ihnen im Zusammenhang stehen.
c) Umstände, die der Belastung ähnlich sind oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern,
d) Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung mit zwei der folgenden Merkmale:
- Ein- und Durchschlafstörung
- Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Hypervigilanz
- Erhöhte Schreckhaftigkeit.
e) Die Kriterien b), c) und d) treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende der Belastungsperiode auf.
Bei Chronifizierung oder bei mit großer Latenz auftretenden Störungen spricht man nach ICD.10 (F 62.0) von "Andauernden Persönlichkeitsänderungen nach Extrembelastungen". Eine umfassendere und klarere Beschreibung finden wir mit der Definition des "Komplexen psychotraumatischen Belastungssyndroms" nach Judith Herman, 1994, das folgendermaßen beschrieben wird:
Der Patient war über einen längeren Zeitraum (Monate bis Jahre) psychischer, physischer und/ oder sexueller Gewalt ausgesetzt. Folgende Bereiche sind häufig beeinträchtigt:
· Störungen der Regulation der Gefühle, z.B.
- anhaltende Niedergeschlagenheit bis hin zu Selbstmordgedanken
- unterdrückte oder aufbrausende Gefühle, evtl. im Wechsel
· Dissoziative Störungen, z.B.
- Erinnerungsausfälle, was die traumatischen
Ereignisse anbelangt
- Verkennung der Realität oder der eigenen Person
· Gestörte Selbstwahrnehmung, z.B.
- Ohnmachtsgefühle
- Scham- und Schuldgefühle
- Gefühl, sich von anderen grundlegend zu unterscheiden
· Gestörte Wahrnehmung des Täters, z.B.
- Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit
- Übernahme des Süberzeugungssystems, der Rationalisierungen des Täters
· Beziehungsprobleme, z.B.
- Isolation
- anhaltendes Mißtrauen
- wiederholt erfahrene Unfähigkeit zum Selbstschutz
· Veränderungen des Wertesystems, z.B.
- Verlust fester Glaubensinhalte
- Gefühl der Hoffnungslosigkeit

Die Kernsymptome der Psychotraumatischen Belastungsstörungen sind:
- Intrusionen, d.h. sich aufdrängende, belastende Traumaerinnerungen in Form von Bildern, Flash-backs und Alpträumen.
- Die Vermeidung traumaassoziierter Stimuli wie Ort, Aktivitäten und Stichworte sowie das "Numbing", d.h. die emotionale Taubheit und schließlich
- das Hyperarousal mit Übererregungssymptomen wie Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, erhöhte Reizbarkeit und Affektintoleranz.

2. Psychotrauma bedeutet:
.....körperlich und/oder seelisch einer extrem bedrohlichen Situation ausgesetzt zu sein, die die Bewältigungsmöglichkeiten übersteigt. Die traumatische Erfahrung geht mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einher und bewirkt eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis.
(nach Fischer & Riedesser, 1998)
.....die Konfrontation mit einem Ereignis, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
(1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder anderer Personen beinhalteten.
(2) Die Reaktion der Person umfaßte intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
(APA, DSM IV, 1996)

3. Traumatische Situationen sind
Körperliche Mißhandlungen (z.B. grausame Strafrituale in der Kindheit), Gewalt in der Partnerschaft, Vergewaltigung, Raubüberfälle, Entführungen. Weiterhin schwere Unfälle (z.B. Verkehrsunfälle, in die die betroffene Person selbst oder als Zeuge verwickelt war), Kriegserlebnisse wie Flucht, Bombenangriffe, Kampfhandlungen, Folter, Terrorismus, Geiselnahme und zuletzt Naturkatastrophen.
Warum solche Extrembelastungen bei verschiedenen Menschen zu der Ausbildung posttraumatischer Belastungsstörungen führt, bei anderen nicht, wird immer wieder zur Diskussion gestellt. Ähnlich wie bei der Entstehung anderer seelischer Erkrankungen scheint es gewisse Risikofaktoren bzw. protektive Faktoren zu geben, die bei jedem Menschen anders verteilt sein können und daher zu individuell unterschiedlichen Reaktionen auf Traumata führen. Während z.B. chronische Disharmonie im Lebensumfeld, unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12. bis 18. Lebensmonat, psychische Störungen der Mutter oder des Vaters, autoritäres väterliches Verhalten, Verlust der Mutter u.a. als Risikofaktoren eingeschätzt werden, gelten dauerhaft gute Beziehungen zu mindestens einer primären Bezugsperson, überdurchschnittliche Intelligenz, ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament und sicheres Bindungsverhalten als stützende Faktoren.
Die Frage, warum Extremtraumatisierungen zu posttraumatischen Belastungsstörungen führen, stellt man sich in etwa so vor:
Während "normale" Belastungen, Krisen- und Trauerreaktionen von einer stabilen seelischen Abwehr aufgefangen werden, von einem funktionierenden somatophysischen Apparat seelisch und körperlich ausgehalten werden, kommt es im Rahmen einer traumatischen Extrembelastung zu einem Durchschlagen dieser physiologischen Abwehr und quasi zu einer punktuellen Zerstörung eines umschriebenen Gebietes der seelischen Landschaft. Das kompensatorische psychophysische System bricht an dieser Stelle zusammen, kann aber an anderen Stellen erhalten bleiben. Das macht es auch verständlich, daß traumatisierte Patienten - oft zum Erstaunen und Unglauben der Umgebung - in weiten Bereichen ihrer Persönlichkeit stabil und erhalten wirken, punktuell aber völlig zusammenbrechen. Das enge Zusammenspielen von Soma und Psyche in der Gesamtabwehr erklärt auch die Traumaspeicherung, die sich in besonderem Maße in den Sinnen abspielt, Gehör, Geräusch, Körpergefühl, Geruch, Geschmack, Bilder, Schmerzen.

III. 1. Therapiekonzepte Dr.v.Ehrenwall'sche Klinik
Die über 10-jährige psychiatrisch-psychotherapeutische Traumatherapie der Dr.v.Ehrenwall'schen

Klinik hat sich als fester Bestandteil unserer gesamten therapeutischen Arbeit etabliert.
Während früher Patienten in der Regel mit anderen als den traumatischen Diagnosen geschickt wurden, werden Patienten heute meistens mit der korrekten Diagnose zur Traumatherapie geschickt.
Während früher nur in Ausnahmefällen Vorgespräche angeboten und geführt wurden, bieten wir heute regelmäßig Vorgespräche an, die von den Mitgliedern des Traumateams geführt werden. Insgesamt 10 traumaspezialisierte TherapeutInnen stehen somit für diese Arbeit zur Verfügung.
Wir haben dieses Verfahren eingeführt, da wir feststellen, daß dies im Sinne der Vertrauensbildung von großer Bedeutung ist. Traumatisierte Patienten sind oft kaum in der Lage, Menschen zu vertrauen. Vertrauen ist jedoch für das Gelingen der Traumatherapie entscheidend. Bei einem Vorgespräch können die Patienten die Klinik, deren Umgebung, die Räumlichkeiten kennenlernen, man kann ihnen das Therapiekonzept vorstellen und klären, ob Patienten bereits im ambulanten Rahmen Gelegenheit hatten, sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen. Man kann das Ausmaß von Ängsten, sich der Thematik zu nähern, abschätzen und mit den Patienten formale Dinge klären, so z.B. die Dauer der Therapie, spezielle Bedürfnisse bezüglich der Unterbringung und der Therapeutenpersönlichkeiten. Ebenfalls die Frage einer möglichen medikamentösen Therapie kann im Vorgespräch bereits geklärt werden.
Konzept einer kombinierten Einzel- und Gruppentherapie, die in enger Abstimmung aufeinander folgen. Die Traumagruppen werden grundsätzlich von zwei TherapeutInnen geleitet.
Die Traumaarbeit in der Klinik wird im wesentlichen von einem Traumateam geleistet. Zum Traumateam gehören die erfahrenen und auszubildenden TherapeutInnen der Klinik. Es dient der Intervision der TraumatherapeutInnen, der Fortbildung im Bereich der Traumatherapie im therapeutischen und praktischen Bereich und dem Austausch der EinzeltherapeutInnen, die nicht im Traumateam sind und der GruppentherapeutInnen.
Die Klinik arbeitet mit dem Konzept einer kombinierten Einzel- und Gruppentherapie, die in enger Abstimmung aufeinander folgen. Die Traumagruppen werden grundsätzlich von zwei Therapeutinnen geleitet.
2. Grundsätzlich wird die Traumatherapie folgende Schwerpunkte haben:
· Stabilisierung
· Traumabearbeitung
· Integration
Diese Schwerpunkte wurden bereits von P. Janet 1907 erwähnt.
a) Am Anfang der Einzeltherapie steht die Vertrauensbildung in der Beziehung zum Einzeltherapeuten. Erst dann wird eine Gruppentherapie sinnvollerweise begonnen. Während dieser einzeltherapeutischen "Vorbereitungszeit" werden Entspannungs-, Stabilisierungs- und Streßbewältigungstechniken erarbeitet. Das Problem der zunehmend sich verknappenden Dauer der stationären Behandlung macht es schwer, diesen sinnvollen zeitlichen Ablauf einer Traumatherapie zu gewährleisten. Weiterhin wird in der Einzeltherapie die Bearbeitung traumatischer Schwerpunkte im Zentrum stehen sowie das in der Gruppe angeregte Material, das hier nicht bearbeitet werden kann. Immer wird hier auch eine Vertiefung der Sicherungstechniken stattfinden können.

b) Aufbau und Inhalt der Gruppentherapie:
Basale Ziele der Traumagruppenarbeit sind das Schaffen einer Vertrauensbasis, der Umgang mit Emotionen und Affekten, das Bewußtmachen und Verstärken der persönlichen Ressourcen und Kompetenzen sowie das Herauswachsen aus der Opferidentität und das Anstreben einer neuen Identität mit einer größeren Selbstakzeptanz. Die Gruppentherapie arbeitet mit folgender Strukturierung:
1. Konzeption der Traumagruppe i.d.R. über 10 Sitzungen (zweimal pro Woche á 1,5 Std.) als geschlossene Gruppe, bei möglicher weiterführender Teilnahme. Die maximale Teilnehmerzahl beträgt 8 Patientinnen. Nach Beendigung des jeweiligen Gruppenzyklus werden neue Frauen aufgenommen und die Teilnahme kann verlängert werden.
2. Regelmäßige Leitung der Gruppen durch zwei Therapeutinnen oder Therapeuten oder

Therapeutenpaar.
3. Parallele einzeltherapeutische Betreuung ist Bedingung für die Teilnahme.
4. Vereinbarung, Planung und schriftliche Fixierung der thematischen Strukturierung zu Beginn eines jeden Gruppenzyklus, wobei die Bearbeitung aktueller Themen zeitlich berücksichtigt wird.
5. Klare Strukturvereinbarungen über den Sitzungsverlauf mit den Patientinnen.
Die Einhaltung der Struktur wird von den Therapeutinnen - gegebenenfalls durch direktives Begrenzen - gewährleistet.
Über das oben Erwähnte kommen je nach Bedarf und Situation noch folgende andere Medien zum Einsatz: Strukturierte Rollenspiele, Arbeit mit Märchen, Malen, Tanztherapeutische Interventionstechniken und das Erteilen von schriftlichen Hausaufgaben.
Die einzelnen Gruppensitzungen sind strukturiert aufgebaut. Zu Beginn schildert jede Teilnehmerin die aktuelle Gestimmtheit und besondere Anliegen an die Gruppe. Anschließend wird das Thema bearbeitet, das bei der initialen Erarbeitung der interessierten Themen auf der Tagesordnung steht. Die Gruppe wird abgeschlossen durch eine abschließende Stellungnahme jedes Gruppenmitgliedes.
Ein wesentliches Instrument in der Gruppen-, aber auch in der Einzelpsychotherapie, ist die sogenannte Stop-Regel: Wir vereinbaren mit den TeilnehmerInnen, daß sowohl die Teilnehmerinnen als auch die TherapeutInnen in Situationen, in dem das geschilderte zu überwältigend, zu massiv wird, gestoppt werden darf, d.h. daß diejenigen, denen die Intensität des Materials zu heftig wird, intervenieren dürfen. Den TeilnehmerInnen wird ebenfalls vermittelt, daß die TherapeutInnen aus Gründen des Schutzes der Gruppe einerseits, andererseits auch zum Selbstschutz von dieser Regel Gebrauch machen sollen.
Besonderer Wert wird darauf gelegt, den Gruppenteilnehmerinnen dazu zu verhelfen, die Bedeutung des Erkennens und Schützens der eigenen Grenzen nahezubringen.
Die häufigsten von den Patienten gewünschten Themen in den letzten Jahren waren der Umgang mit negativen Emotionen wie Angst und Wut sowie das Thema Stärkung des Selbstwertgefühls. Interessant ist dabei, daß das Thema traumatische Situation an und für sich nicht im Zentrum steht, sondern eher Symptome der PTBS und deren Bewältigung.
Charakteristisch für die zu Beginn defizitorientierte Sicht der Patienten scheint, daß zu Beginn der Gruppen positiv besetzte Themen wie Glück, Liebe, Selbstliebe und Genußfähigkeit wenig genannt wurde. Es ist Aufgabe der Therapeuten, diese Themen einzubringen und den Patienten somit einen Zugang zu ihren persönlichen Ressourcen zu eröffnen.

IV. Spezielle - hypnosuggestive - Techniken der Angstbewältigung, Streßreduktion und Traumaverarbeitung bzw. Integration.
Das häufigste von den Patienten beklagte Symptom ist eine hilflose Angst, Wut und Spannung. Diese Phänomene führen häufig zu überbordenden psychovegetativen Zuständen, zu Selbstbeschädigungen und anderen selbstdestruktiven Maßnahmen. Es liegt also nahe, Selbstberuhigungsmethoden zu suchen.
Zunächst sollte der Patient selbst befragt werden, ob er Entspannungstechniken, Allgemeintechniken kennt, die ihm in solchen Krisensituationen hilfreich sind. Wir sollten die Patienten dort "abholen", wo sie stehen und auf den vertrauten Strategien aufbauen, sei es z.B. lautes Musikhören, körperliche Bewegung wie Tanzen. Grundsätzlich sollte man in jeder Beziehung auf den Patienten individuell eingehen.
Autogenes Training selber sollte grundsätzlich nicht angeboten werden, da es sich bei traumatisierten Menschen nicht eignet, wegen der Gefahr einer ungezügelten Regression und einer konsekutiven Reizüberflutung.

Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson hat sich als sehr geeignet erwiesen, dabei muß allerdings beachtet werden, daß keine regressive Athmosphäre geschaffen wird durch z.B. entsprechende Stimmlagen, Haltung und durch das Verwenden von Musik. Im Beginn des Erlernens sollte je nach Traumatisierungsart beachtet werden, daß die traumatisierte Körperregion bei den Übungen ausgespart wird, um hier nicht eine paradoxe Reaktion zu produzieren. Das

Vorgehen sollte mit der PatientIn vorher besprochen werden, damit sie nicht überrascht ist.
Als ebenfalls besonders geeignet hat sich eine Entspannungsübung nach Yvonne M. Dolan (Externally Oriented Self-Hypnosis, in "Resolving Sexual Abuse", 1991) erwiesen. Bei dieser geht es darum, sich auf die Sinneswahrnehmungen Sehen, Hören und Spüren, also die visuellen, auditiven und kinästhetischen Kanäle, zu konzentrieren.
Entspannung in Kombination mit dem Einstellen innerer Bilder in der Technik des Katathym-imaginativen Psychotherapie (KiP) hat eine alte Tradition in der Traumatherapie und ist in besonderer Weise geeignet, Patienten zu behandeln. Hier sei auf das Motiv des Schutz gebenden Raumes nach Jollet, Krägeloh, Krippner (1989) sowie des inneren Helfers nach Leuner hingewiesen.
Im Sinne einer integrativen Psychotherapie begegnen sich hier und im Folgenden Techniken aus der Oberstufe des Autogenen Trainings, dem Katathymen Bilderleben, dem neurolinguisti-schen Programmieren (NLP) und des EMDR.
Unter Verwendung der Technik des Katathymen Bilderlebens wird man den Patienten in einen tiefen Entspannungszustand versetzen - wobei seine Körperstellung sorgfältig mit ihm abgesprochen werden muß. - Es wird ihm dann die jeweilige Imagination vorgegeben und mit ihm im Entspannungszustand über die entstehenden Bilder gesprochen. Mehr als im KiP sonst üblich, bedarf es in der Traumaarbeit mit dem KiP einer sehr strukturierten, Halt gebenden und führenden Technik des The-rapeuten.
Unter Zuhilfenahme von Techniken des neurolinguistischen Programmierens können solche positiv besetzten Bilder noch intensiver und wirksamer gemacht werden. Unter Einbeziehung der Arbeit mit Submodalitäten kann das vom Patienten primär eingestellte Bild optimiert werden. Schon vorher kann man mit dem Patienten herausfinden, welche Submodalitäten bei ihm zu positiveren Erinnerungsbildung gehören (Farbe, Schärfe).
Grundsätzlich ist zur Distanz der erscheinenden Bilder vor dem "inneren Auge" zu sagen, daß beängstigende Bilder in der Regel sehr nahe und sehr groß erscheinen. Daher sollte man auch bei der Einstellung des Bildes des sicheren Ortes die Instruktion geben, das evtl. erscheinende Bild quasi mit dem "inneren Zoom" auf optimale Distanz zu bringen und die Farben so zu gestalten, daß sie gefallen (daß der innere sichere Ort vom Patienten oft ungerne gewählt wird, liegt nach unserer Erfahrung daran, daß eben diese eigentlich positiv erscheinenden Bilder oft zu nahe, zu groß, beängstigend sind und daß wir, wenn wir nicht fragen, von diesen ungünstigen Phänomenen nichts mitbekommen).
Man kann auch auditive Qualitäten wie Rauschen des Meeres oder die Stimme des inneren Helfers einbeziehen. Dabei können sowohl die Stimmqualität als auch inhaltliche Qualitäten oder Aussagen im Sinne einer positiven Verstärkung mit berücksichtigt werden. In Analogie zum Bild wird die akustische Wahrnehmung durch Änderung der entsprechenden Submodalitäten angepaßt. Ebenso kann man mit kinästhetischen Wahrnehmungen arbeiten.
Nach der Erarbeitung solcher positiv besetzten Erinnerungen, und Bildern usw. können diese auch "geankert" werden, um sie für den Patienten dauerhaft verfügbar zu machen (bedingter Reflex). Man verwendet dazu die Ankertechnik aus dem neuro-linguistischen Programmieren.
Eine weitere Stabilisierungstechnik stellt das Installieren eines Ressourcenankers dar. Hierbei werden mit dem Patienten Erinnerungen oder Fähigkeiten gesucht, die in hohem Maße positiv besetzt sind und in denen er sich stark und überlegen fühlen konnte. Solche Zustände werden "geankert", indem sich der Patient in die Situation mit allen Sinnesqualitäten hineinversetzt. Vor der Übung wird eine Stelle des Körpers oder eine Geste vereinbart, die als "Ankerplatz" definiert wird.
Nach dem Erlernen solcher Sicherheitstechniken können traumatische Bilder unter Zuhilfenahme einer weiteren Technik aus dem neurologistischen Programmieren, der Bildschirmtechnik, genau dosiert bearbeitet werden. Mit der Technik der multiplen Dissoziation wird die Angst des Patienten auf ein erträgliches Maß reduziert: Statt daß der Patient aufgefordert wird, selber den Film anzusehen, wird er aufgefordert, sich auf einem ersten Bildschirm vor einem zweiten Bildschirm sitzend von hinten zu sehen und in den zweiten Bildschirm wiederum von hinten auf den dritten Bildschirm usw. den Film dann zuletzt erst auf dem z.B. zehnten, inzwischen winzigen Bildschirm

zu betrachten. Der Film läuft in schwarz-weiß, verflimmert und sehr schnell (nach G. Perren-Klingler). Wichtig ist, daß der Patient wie mit einer "Fernbedienung" das Geschehen selber regulieren kann. Ziel der Übung ist grundsätzlich, daß der Patient lernt, Bilder, die sich ihm im Rahmen von intrusiven Zuständen aufdrängen, zu kontrollieren.
Last but not least sei an dieser Stelle das EMDR erwähnt: Die Methode des Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Diese Methode wurde in den letzten 15 Jahren von F. Shapiro an Vietnam-Veteranen erarbeitet und ist inzwischen eine der bestkontrollierten Therapiemethoden in der Arbeit mit posttraumatischen Belastungsstörungen.
Unter Zuhilfenahme sakkadischer Augenbewegungen bzw. akustisch-alternierender Reize werden sorgfältig erarbeitete Hierarchien belastender Bilder, Erinnerungen und Gefühle bearbeitet. Dabei scheinen die transhemisphärischen Verarbeitungsprozesse des Gehirns positiv beeinflußt zu werden.
Bei dieser Methode werden autosuggestive, imaginative und verhaltenstherapeutische Ansätze integriert.

V. Abschließend möchte ich noch erwähnen, daß in der Traumatherapie selbstverständlich auch der biologische Ansatz eine z.T. große Rolle spielt und daß wir traumatisierte Patienten auch psychopharmakologisch behandeln und behandeln müssen. Dabei kommen bei den häufig polytop erkrankten Patienten, die, insbesondere bei den komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen, oft mit der bunten Symptomatik einer Borderlinepersönlichkeitsstörungen auftreten, ähnlich wie bei dieser, sowohl Neuroleptica als auch Thymoleptica zum Einsatz. Zur allgemeinen Beruhigung werden häufig die klassischen und modernen niederpotenten Neuroleptica angeboten, für die psychosenahen Phänomene in der Regel heute die atypischen Neuroleptica, insbesondere Olanzapin und Quetiapin. In der Behandlung von den sehr häufig assoziierten autodestruktiven Phänomenen wird in letzter Zeit insbesondere der SSRI Paroxetin genannt. Wahrscheinlich werden aber auch die anderen, moderneren Antidepressiva zum Einsatz kommen können. Fluoxetin hat seinen besonderen Stellenwert in der Behandlung von Eßstörungen, Moclobemid in der Behandlung sozialer Ängste.
Benzodiazepine sollten selbstverständlich möglichst vermieden werden, gelegentlich sind sie aber bei besonders dramatischen Krisensituationen nicht zu vermeiden.
Dr. med. Christoph Smolenski

5. Bericht Mitgliederversammlung der DGÄHAT
ERGEBNISBERICHT DER MITGLIEDERVERSAMMLUNG DER DGÄHAT
am 23. Juni 2001, 20.00 Uhr in Schmitten/Taunus

Anwesende Mitglieder: 31 Mitglieder (siehe Anwesenheitsliste) und 5 Gäste
Vorstand: Dr. G. R. Clausen, Dr. S. Stephan, PD Dr. F. Stetter, Dr. W.-R. Krause und Dr. C. Derra

TOP 1: Begrüßung und Jahresbericht
Dr. Clausen (der 1. Vorsitzende) begrüßt die Anwesenden und bittet sie um ein Gedenken der verstorbenen Mitglieder. 9 neue Mitglieder sind der Gesellschaft seit der letzten Mitgliederversammlung beigetreten, die Dr. Clausen hiermit in der Gesellschaft willkommen heißt. Alle sind namentlich in den Rundbriefen benannt.
Dr. Clausen stellt die ordnungsgemäße Einladung und die Beschlußfähigkeit der Mitgliederversammlung fest.
Dr. Clausen berichtet über die Aktivitäten und die Kontakte des vergangenen Jahres zu den anderen Fachgesellschaften mit den ausführlichen Berichten in den Rundbriefen. Die vielfältigen Aktivitäten der Mitglieder der Gesellschaft spiegeln sich im Weiterbildungskalender wider, der ebenfalls regelmäßig im Rundbrief veröffentlicht wird und monatlich im Internet aktualisiert wird. Bei dieser Gelegenheit bittet der 1. Vorsitzende darum, Fort- oder Weiterbildungskurse dem Sekretariat in Neuss zu melden, damit sie in den Weiterbildungskalender aufgenommen werden

können.
Die Liste der aktiven Therapeuten der Gesellschaft ist im Internet aufgeführt und wird auf Anfragen auch als Liste postalisch von der Geschäftsstelle verschickt. Auch hier ist die Gesellschaft auf aktive Beteiligung der Mitglieder angewiesen, Dr. Clausen regt dazu an, daß noch weitere Mitglieder sich in diese Liste aufnehmen lassen. Die Emailanfragen an die Gesellschaft nehmen stark zu.
Die Gesellschaft ist bei der Ausrichtung nationaler und internationaler Tagungen vertreten oder beteiligt; dabei ergeben sich auch die Kontakte zu anderen Gesellschaften.
Zu dem Thema Leitlinienentwicklung AT berichtet PD Dr. Stetter, daß die Ergebnisse verschiedener Studien eingearbeitet werden durch Metaanalysen. Eine Entwurfsversion wird frühestens in einer Konsensuskonferenz im Frühjahr 2002 ausgearbeitet.
In gleicher Weise verlaufen die Leitlinienentwicklungen zu Hypnose und Progressiver Muskelrelaxation.

TOP 2: Genehmigung des Protokolls der Mitgliederversammlung vom 17. 6. 2000
Dr. Clausen verweist auf die Veröffentlichung des Protokolls im Rundbrief Oktober 2000. Es gibt keine Änderungswünsche, das Protokoll wird bei 1 Enthaltung von der Mitgliederversammlung genehmigt.

TOP 3: Bericht des Schatzmeisters/Aufgaben für die Zukunft
Dr. Derra erläutert anhand einer Overhead-Folie (siehe Anlage Dr. Derra) die Einnahmen und Ausgaben der Gesellschaft.
Die finanzielle Situation der Gesellschaft ist zufriedenstellend; die Tagung wird allerdings diesmal durch weniger Teilnehmer keinen Überschuß erwirtschaften.

Ab 2002 wird der Beitrag mit € 65,00 festgelegt. Falls es dazu Widerspruch geben sollte, wird bei der MV in Blankenburg 2002 die Beitragshöhe erneut beschlossen.
Bei 2 Enthaltungen und keiner Gegenstimme wird dieser Beschlußvon der Mitgliederversammlung angenommen.

TOP 4: Bericht der Kassenprüfer
Dr. Binder und Dr. Ullmann haben die Kasse am 23. 6. 2001 geprüft; es gibt keine Beanstandungen.

TOP 4a: Wahl neuer Kassenprüfer
Es werden Frau Dr. Herma-Boeters und Dr. Ullmann vorgeschlagen.
Beide nehmen die Kandidatur an.
Frau Dr. Herma-Boeters wird bei einer Enthaltung gewählt. Sie nimmt die Wahl an.
Herr Dr. Ullmann wird bei einer Enthaltung gewählt. Er nimmt die Wahl an.

TOP 5: Entlastung des Vorstandes und des Schatzmeisters
Dr. Binder bittet die MV den Schatzmeister und den Vorstand zu entlasten.
Mit 5 Enthaltungen (Vorstand), keiner Gegenstimme wird der Vorstand und der Schatzmeister entlastet.

TOP 6 und 7: Internetauftritt/Liste aktiver Therapeuten
Wie Dr. Clausen schon im Jahresbericht ausführt, sollte die Liste der aktiven Therapeuten weiter ausgebaut werden. Auf die Frage, ob es Rückmeldungen gäbe, antworten einige Mitglieder, daß es eine lebhafte Resonanz gäbe.

TOP 8: Leitlinien AT und Hypnose
Wie schon im Jahresbericht erwähnt, werden die Leitlinien der Gesellschaft (unter der Dachgesellschaft AWMF) ausgearbeitet und ins Internet gestellt.

TOP 9: Konsensuskonferenz Progressive Relaxation
In einer 2. Konsensuskonferenz werden die Leitlinien festgelegt (Ergebnis später im Frühjahr 2002).

TOP 10: Tagungsthema 2002 in Blankenburg/Harz
Dr. Krause stellt fest, daß das bisherige Datum ungünstig wegen der beginnenden Ferien im Sachsen-Anhalt ist. Daher wird ausnahmsweise das Datum der
8. Arbeitstagung 2002 auf den 7. - 9. Juni 2002 vorverlegt.
Weitere Planungen:
2003 in Königswinter bei Bonn
2004 in Blankenburg
2005 Potsdam (?)
Themenvorschläge:
*Psychotraumatologie (Falls der Referent Dr. Hofmann gewonnen werden kann)
*Leitlinien - Wirkung und Auswirkung von Leitlinien
*Gerontopsychotherapie mit Themenschwerpunkten Hospiz und Schmerz
z.B. mit den speziellen Angeboten: Hypnotherapie in der Onkologie, bei Traumatisierten, in Verarbeitung von Unfällen
*Psychotherapie bei Patienten aus anderen Sprachkreisen

Es besteht Einigkeit darüber, daß die Kurse mehr dem Tagungsthema entsprechen müssen und mehr fortgeschrittenen Teilnehmern und Fort- und Weiterbildungsinteressenten entsprechen müssen. Dennoch sollen Grundkurse für Neueinsteiger auch immer angeboten werden. Interessant wären auch Beiträge zu der Geschichte der Hypnose/AT.

TOP 11.1: Verschiedenes
Landesstellenleiter in Bremen
Dr. K. Binder gibt nach über 20 Jahren die Landesstellenleitung Bremen ab. Dr. Clausen würdigt in einer frei gesprochenen Laudatio den hoch engagierten Einsatz von Dr. K. Binder in der Gesellschaft in durchaus auch nicht immer einfachen Zeiten. Dr. Binder hat in vielzähligen regionalen und überregionalen Veranstaltungen Kurse zu AT Einführung, Aufbau- und Oberstufe gegeben. Außerdem war er maßgeblich an der Ausarbeitung der Fort- und Weiterbildungsrichtlinien Autogenes Training für unsere Fachgesellschaft beteiligt und hat zusammen mit seinem Onkel H. Binder das Standardwerk "Autogenes Training - Basispsychotherapeutikum" verfasst, das immer noch richtungsweisend ist.
Dr. Binder dankt Dr. Clausen und der Mitgliederversammlung und weist kurz auf seinen Werdegang in der Gesellschaft hin. Hingeführt durch seinen Onkel., Dr. H. Binder, ist er seit über 40 Jahren mit dem AT vertraut und verbunden und gibt die Landesstellenleitung mit dem beruhigten Gefühl ab, in Dr. Bauß einen geeigneten Nachfolger gefunden zu haben.
Dr. Bauß, Nervenarzt/Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin aus Lilienthal bei Bremen wird im Rundbrief Oktober 2001 ausführlich vorgestellt werden; er ist seit 20 Jahren Mitglied der Gesellschaft.

TOP 11.2: Brief Dr. Lohmann
Dr. Lohmann hat dem Vorstand schriftlich mitgeteilt, daß er aus Altersgründen das wissenschaftliche Archiv abgeben möchte. Vom Vorsitzenden wird Prof. Lohmann schon in der Mitgliederversammlung für die jahrzehntelange Pflege des wissenschaftlichen Archivs gedankt. Es soll nun in Blankenburg/Harz bei Dr. Krause eingerichtet werden. Im Bestand dieses wiss. Archivs befindet sich eine Büste von J. H. Schultz, die als Eigentum der Gesellschaft bei dem jeweiligen Standort des wiss. Archivs bleiben soll.

TOP 11.3: Ermäßigung für Studenten/AiP/ÄiP

Ein Mitglied der MV wünscht, daß für Studenten und AiP/ÄiP eine Ermäßigung der Teilnahmegebühr für die nächsten Tagungen ermöglicht wird. Die Mitgliederversammlung und der Vorstand befürwortet diesen Antrag.

Ende der Mitgliederversammlung: 22.15 Uhr

gez.: Dr. G. R. Clausen
1. Vorsitzender
gez.: Dr. W.-R. Krause
Schriftführer

6. Ankündigung der 8. Jahrestagung und
Mitgliederversammlung der DGÄHAT vom 07. - 09. Juni 2002 in Blankenburg im Harz

Ich möchte Sie schon jetzt ganz herzlich zu unserer Jahrestagung und Mitgliederversammlung nach Blankenburg in den Harz einladen. Der persönliche Kontakt und der Gedankenaustausch sind mir besonders wichtig, auch wenn ich dieses Mal persönlich nicht an der Tagung teilnehmen kann. Die Mitgliederversammlung hat den lange geplanten Termin um zwei Wochen vorverlegt.

Mit unserer Jahrestagung und unseren regionalen und überregionalen Kursen und den Fort- und Weiterbildungsangeboten können wir gemeinsam als athypfam (AT-Hypnose-Familie) die Zukunft unserer Methoden in ärztlichen Bereich ausgestalten.

Wir haben den Leiter des EMDR-Institutes Dr. med. Arne Hofmann aus Bergisch-Gladbach für den Hauptvortrag am Samstag gewinnen können. Er wird einen Vortrag mit Videodemonstration der EMDR-Technik mit Zeit für ausführliche Diskussion halten. Das Leitthema Autogenes Training und Hypnose mit Schwerpunkt Psychotraumatologie wird die Kurse durchziehen.
Der Ankündigungs-Flyer liegt bei.
Mein erster Stellvertreter Dr. Siegfried Stephan aus Mainz wird mich vertreten und freut sich schon jetzt auf Ihr Kommen,

Ihr Günter R. Clausen.

7. Bericht über die Sitzung der ständigen Arbeitsgruppe der psychosozialen Fachgesellschaften vom 11.05.01 und über die Delegierten-Konferenz der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich - medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) vom 12.05.01 in Frankfurt/Main

In der vorbereitenden Sitzung der Delegiertenkonferenz durch die ständige Arbeitsgruppe der psychosozialen Fachgesellschaften in der AWMF wurde neben einem Erfahrungsaustausch über die Evaluation von Forschungs- und Lehrleistungen an den medizinischen Fakultäten und einer Diskussion über die Abstimmung der Gegenstandskataloge und die Konkretisierung der Arbeit an einem integrierten psychosozialen Curriculum an den medizinischen Fakultäten in Deutschland, insbesondere über die Planung des bereits beschlossenen gemeinsamen Kongresses aller psychosozialen Fachgesellschaften im Jahr 2003 in Hamburg diskutiert. Hierzu hatte Prof. Dr. Dr. Uwe Koch aus Hamburg bereits einen Vorschlag formuliert. Der gegenwärtige Arbeitstitel des Kongresses lautet: "Psychosoziale Versorgung".

Professor Koch wird ein lokales Organisationskomitee einrichten dessen Aufgabe es zunächst ist, einen Termin für den Kongreß vermutlich in dem Zeitfenster zwischen Juli und September 2003 im Kongreßzentrum in Hamburg zu sichern. Dieser Termin sowie der Duktus des Kongresses wird dann in der kommenden Sitzung der Arbeitsgruppe im November 2001 abgestimmt werden. Schon jetzt sind alle Fachgesellschaften - so auch die DGÄHAT - aufgefordert, sich in den

Vorständen und gemeinsam mit ihren Mitgliedern Gedanken darüber zu machen, ob und in welcher Form die Fachgesellschaft bei dem Kongreß Präsentationen (z. B. Symposien, Arbeitsgruppen, etc.) übernehmen will. Für die DGÄHAT wäre demnach zu überlegen, ob ein gemeinsamer Vorschlag mit der AÄGP auch vor dem Hintergrund der enger werdenden Kooperation eingereicht werden soll.

Die Delegiertenkonferenz der AWMF am 12.05.2001 wurde erstmals vom neuen Präsidenten, Professor Enke, aus Frankfurt geleitet. Aufnahmeanträge neuer Fachgesellschaften für die positive Voten der Aufnahmekommission eingeholt werden konnten, lagen nicht vor. In seinem Bericht des Präsidenten berichtete Professor Enke über Auseinandersetzungen um die Krankenhaushygiene und ein recht erfolgreiches moderierendes Gespräch, bei dem neben divergierende Meinungen vertretenden Professoren auch das Robert-Koch-Institut, die Ministerien und die AWMF vertreten waren. Atmosphärische Verstimmungen habe man beilegen können, sei sich inhaltlich jedoch noch nicht näher gekommen. In einem Treffen mit Professor Hoppe von der Bundesärztekammer und dem Hauptgeschäftsführer Fuchs der Bundesärztekammer wurde über die Einrichtung des Koordinierungsausschusses im Hinblick auf die Leitlinienentwicklung in Deutschland nach dem Sozialgesetzbuch V diskutiert. Dabei wurde nochmals deutlich, dass die Kooperation zwischen AWMF und ärztlicher Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) inzwischen von einer Kooperation getragen ist. Es wurde auch deutlich gemacht, dass bei einer möglichen Nutzung einer Leitlinie, die durch eine bestimmte Fachgesellschaft erstellt worden ist, diese einbezogen werden muß. Weiterhin wurde über die Neuordnung der Weiterbildungsordnung berichtet, bei der Professor Koch Koordinator ist. Es wurde bedauert, dass dies bisher fast ohne Berücksichtigung der AWMF stattgefunden hat, entsprechende Zusagen einer künftigen Anhörung der AWMF aber erhalten worden sind. Der nächste Ärztetag wird im Hinblick auf die Novellierung der WBO nur die grundsätzliche Struktur diskutieren, wobei hier noch zwei unterschiedliche Modelle zur Diskussion stehen, vieles noch im Fluß ist und sichere Aussagen in der Tat erst nach dem Ärztetag getroffen werden können. Unklar ist beispielsweise, ob es innerhalb eines großen Gebietes (z. B. der Chirurgie) unterschiedliche Fachärzte (z. B. für Unfallchirurgie, etc.) geben soll, oder ob es für große Gebiete einen Facharzt (z.B. Innere Medizin) mit Schwerpunktbildungen geben soll. Möglicherweise wird zusätzlich der Begriff des "Bereichs" eingeführt, der fachübergreifend sein soll und z.B. die Intensivmedizin oder die Sportmedizin betreffen könnte. Grundsätzlich sollen Zusatzbezeichnungen erhalten bleiben - jede Einzelne in ihrer Bedeutung aber hinterfragt werden. Evtl. sollen Fachkunden entfallen, aber durch Befähigungsnachweise ersetzt werden. Dies alles ist aber noch im Fluß.

Weiterhin wurde über die Implementierung von Leitlinien diskutiert, wobei es das Ziel sein muß, Leitlinien ohne echte Evi-denzbasierung auf ein höheres Niveau der Evidenzbasierung zu heben und insbesondere die klinische Wertigkeit von Studien innerhalb der Leitlinie mehr zu berücksichtigen, um eine Implementierung erreichen zu können. Von den 134 in der AWMF zusammengeschlossenen wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland sind 71 dabei, Leitlinien zu produzieren. 965 Leitlinien sind bisher entwickelt worden. Nicht mehr die "Härte" der methodischen Qualität der Studien allein ist ausschlaggebend. Darüber hinaus ist auch der offen zu legende Prozeß der Leitlinienentwicklung wesentlich.

Im Bericht des Präsidiums wies Professor Reinauer unter dem Thema Qualitätssicherung darauf hin, dass die Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung (AQS), der Professor Ollenschläger ebenso vorsteht wie der ÄZQ eine nationale Qualitätskonferenz einberufen wird, die am 03. und 04. Dezember 2001 in Bremen stattfinden soll. Professor Brähler von der Bi-bliometriekommission berichtete darüber, dass einige Fehler der bisherigen Bewertung wissenschaftlicher Leistungen korrigiert werden konnten. Ohne Gegenstimme nahm die AWMF-Delegiertenkonferenz einen Antrag an, nachdem nun auch Lehr- und Handbuchbeiträge bzw. entsprechende Autorenschaften dann zu positiven Bewertungen führen, wenn diese in einem wissenschaftlichen Verlag erschienen und mit einer ISBN-Nr. versehen sind. Möglicherweise sollen die wissenschaftlichen

Verlage, die hier in Frage kommen, noch durch die AWMF zertifiziert werden. Im Hinblick auf eine gemeinsame international renommierte deutschsprachige wissenschaftliche Zeitschrift (German medical Science) ist zu berichten, dass die Förderzusage der DFG zwar in Kürze erwartet wird, aber noch nicht erfolgt wird, insofern erst bei der nächsten Delegierten-Konferenzüber Fortschritte berichtet werden kann. Man hofft, im Herbst 2001 den Herausgeberrat berufen zu können. Weiterhin wurde über die Koordination von Ethikfragen bei Multicen-ter-Studien diskutiert und die entsprechenden Kommissionsmitglieder der AWMF beauftragt, darauf hinzuwirken, dass auf Universitäts- und Länderebene die Voten einer oder einiger weniger Ethikkommission bei Multicenter-Studien durch die jeweils zuständigen Ethikkommissionen ohne gesonderte Prüfung anerkannt werden sollten, um hier sehr aufwendige, langwierige und auch kostspielige Verfahren zu vereinfachen. Im Hinblick auf die Diskussion um die diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) stellte sich heraus, dass gegenwärtig noch viel Verunsicherung sowohl im Hinblick auf die noch nicht eindeutig klaren Kodierrichtlinien als auch im Hinblick auf manche andere Frage besteht. Grundsätzlich ist zur Zeit der ICD10-Schlüssel in der SGB V-Version 2.0 für den stationären Bereich gültig. Skurilerweise gilt für den ambulanten Bereich ein anderer Schlüssel, der jedoch entsprechend umkodiert werden kann. Im Hinblick auf die DRG´s ist z. B. völlig unklar, wie ein stationärer Aufenthalt zu diagnostischen Zwecken kodiert werden soll.

Schließlich ist noch berichtenswert, dass auch Diskussionen mit dem Wissenschaftsministerium im Hinblick auf das Hochschuldienstrecht aufgenommen worden sind, das - wie man der Tagespresse entnehmen konnte - in Zukunft die Einrichtung eines sog. "Juniorprofessors" vorsieht. Dieses Konzept ist für die klinische Medizin aber nicht anwendbar, da dieser Juniorprofessor bei Wahrnehmung seiner entsprechenden Lehr- und Forschungsaufgaben nicht in der Lage wäre, seine klinische Facharztweiterbildung umzusetzen. Die Problematik war dem Ministerium einleuchtend und man sucht nun nach praktikablen Lösungen.

PD. Dr. med. F. Stetter

8. Informationsaustausch der Vertreter der Methoden AT/Hypnose/Hypnotherapie in Lindau am 18.04.2001

Einer kleinen Tradition folgend hat die DGÄHAT die anderen Vertreter der Methoden AT/Hypnose und Hypnotherapie während der Lindauer-Psychotherapie-Wochen zum Informationsaustausch bei einem Arbeitsessen in den Gasthof "Stift" auf der Insel eingeladen.

Es kamen von den Anwesenden in der ersten Woche:

· Dr. med. Klaus Binder aus Bremen (DGÄHAT), Prof. Dr. rer. nat. Walter Bongartz aus Konstanz (past Präsident der ISH, DGH/MEG), Dr. med. Klaus Pingsten aus Detmold (DGÄHAT), Dr. med. Arno Schelper aus Schneverdingen (DGÄHAT), Dr. med. Siegfried Stephan (DGÄHAT) und Dr. med. Günter R. Clausen aus Neuss (1. Vorsitzender der DGÄHAT).

Die Teilnehmer kennen sich alle persönlich, was zu einer sehr vertrauten Atmosphäre beim Arbeitsessen führte.

Alle Beteiligten waren sich weiterhin darüber einig, dass die Hypnotherapie als eigenständiges methoden-/patienten-orientiertes Psychotherapieverfahren noch viele gemeinsame Absprachen zur Krankheitslehre, zum psychotherapeutischen Methodenkanon und zum Ausbildungscurriculum bei einer weiteren wissenschaftlichen Wirksamkeitsbegleitung bedürfe.

Der Wissenschaftlicher Beirat der deutschsprachigen Hypnose-Gesellschaften zur Förderung der

Anerkennung der Hypnose in Forschung und Praxis hat Kommissionen gegründet, um die obigen Themen zu bearbeiten. Das nächste Treffen ist in Bad Lippspringe während der DGH-Jahrestagung am 27.09.2001 geplant.

Eine umfangreiche Diskussion mit weiterem Diskussionsbedarf in den Hypnosegesellschaften gab es darüber, wo die zukünftige Hypnotherapie ihren Platz finden solle oder haben werde. Innerhalb des staatlichen Gesundheitssystems mit Finanzierung der Therapie über die Krankenkassen oder außerhalb des Systemes über die private Gebührenordnung oder über Selbstzahlung.

Ich persönlich vertrete die Meinung, dass die Therapie mit Hypnose in der Psychosomatischen Grundversorgung und in der Psychosomatik als Basistherapeutikum eingesetzt werden kann und in der Psychotherapie (Zusatzbezeichnung/Fachärzte) als weiteres wissenschaftlich anerkanntes Zweitverfahren den richtigen Platz hat und der Bewertungsmaßstab für die ärztlich/ psychotherapeutische Leistung richtig angepaßt werden muß.

Die möglichst von allen deutschsprachigen, besser noch allen europäischen Hypnosegesellschaften konsentierte zukünftige Hypnotherapie sollte sich nicht über Krankenkassensysteme finanzieren, kontrollieren oder bestimmen lassen. Ich bin in diesem Bereich für hohe Eigenständigkeit der Therapeuten und hohe Eigenverantwortlichkeit der Patienten.

Auch wenn ein Konsens schwierig sein wird, so hoffe ich doch, dass wir uns auf einem verbindlichen Minimalkonsens treffen können.

Eine gut ausdifferenzierte, wirksame und wissenschaftlich nachgewiesene Methode wird bei therapeutischen Alternativen nur dann angewandt werden, wenn auch die Behandler davon leben können. Die Hypnose hat schon viele Höhen und Tiefen hinter sich. Wir werden die weitere Entwicklung kreativ Mißgestalten werden.

Ein erneutes Treffen unter Einladung der DGÄHAT wurde für das nächste Jahr ebenfalls zu den Lindauer Psychothe-rapiewochen vereinbart. GRC

9. Internetauftritt und "Aktuelle Therapeutenliste" der DGÄHAT

Die Homepage der DGÄHAT wächst immer weiter. Anregungen und konstruktive Kritik nehme ich gerne an. Bitte prüfen sie Ihre persönlichen Daten und melden mir Ihre Änderungswünsche. Der informative Wert für Ratsuchende ist sehr groß.

Im Fenster Aktuelles erbitte ich Ihre Mitwirkung.

Ich erhalte weiterhin immer mehr Anfragen nach ärztlichen Hypnosetherapeuten. Unsere Anschrift und unsere Telefonnummer werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ärztekammern an Ratsuchende weitergegeben. Ich komme diesen Anfragen gerne nach und wünsche mir noch mehr Therapeuten auf unserer "Aktuellen Therapeutenliste".
Wir haben jetzt 120 Ärzten/Ärztinnen vorwiegend mit abgeschlossener Facharztweiterbildung und Psychotherapeutenqualifikation auf unserer Internetliste, die auch postalisch verschickt wird.

Sowohl in der Aktuellen Therapeutenliste als auch im Mitgliederverzeichnis sind nach Orten oder Namen gezielt Therapeuten mit Suchfunktionen zu finden.

Unsere Internetrepräsentation ist unter

www.dgaehat.de
zu erreichen.

Das Antragsformular für die "Aktuelle Therapeutenliste" und die Einzugsermächtigung liegen auch diesmal als Handlungswunsch des Vorsitzenden bei.
Es ist gut und wird immer besser, wenn alle möglichen Therapeuten mitwirken. GRC

10. Ergebnisse des Treffens von Teilnehmern der STÄK0 [Ständige Konferenz ärztlich psychotherapeutischer Verbände] mit der Bundestagsabgeordneten Frau Regina Schmidt-Zadel u. a. in Berlin am 10.05.01

Das Treffen war mehrmals verschoben worden. Es fand dann statt. Frau Schmidt-Zadel konnte allerdings kurzfristig nicht und sagte ab, so daß das Gespräch mit drei Vertretern stattfand, Herrn Schmidtbauer, Frau Kühn-Mengl (Dipl.-Psych.) und Herrn Schmidt (Jurist).
Für die DGÄHAT nahm ich an dem Treffen teil. Insgesamt waren wir 8 Vertreter der STÄKO-Verbände, die sich unter der Koordination von Frau Dr. Schaff in Berlin versammelt hatten und vor dem Treff ein abklärendes Vorgespräch hatten.

Insgesamt standen vier Punkte als hier relevant auf der Tagesordnung:

1. Vorabvergütung der G IV-Leistungen Psychotherapie
2. Leistungen G IV antrags- und genehmigungspflichtig mit zehn Pfennig
3. 40%-Klausel
4. Bezeichnung "Psychotherapeut".

Zunächst wurde geklärt, daß der Begriff "Psychotherapeut" nicht auf Psychologen oder KJPler begrenzt ist, sondern, nach dem PTG § 1 und § 28 SGB V, auch auf Ärzte zu beziehen ist. Eine Klärung hier ist jedoch sinnvoll, um Patienten nicht zu verwirren.

Insgesamt kam zu den weiteren Punkten zur Sprache, daß das Bundesgesundheitsministerium eher Rahmen vorgeben will, aber die Umsetzung sollen die Selbstverwaltungsorgane tun.
Unser dringender Wunsch, doch Einfluß auf die KBV und auch auf die Kassen zu nehmen, wurde jedoch gehört und soll Berücksichtigung finden.
Bezüglich der Leistungsvergütung mit 10 Pfennig scheint es keine Schwierigkeiten im Konsens zu geben, das sehen alle Teilnehmer gleich. Jedoch wurde die 90%-Regelung für diese Bezahlung von mir nochmals gegenüber Herrn Schmidtbauer klargestellt, und es leuchtete ihm ein, daß dort auch Handlungsbedarf besteht, zumal ansonsten die ärztliche Psychotherapie, die bei besonderen Krankheitsbildern (Psy-chosomatosen, Psychosen) sicherlich sinnvoll und indiziert ist, und dies auch von Psychologen oft so gesehen wird, sonst darunter leidet und die Gesamtsituation von bestimmten Krankheitsfeldern innerhalb der Psychotherapie schlechter anstatt besser wird.
Schmidtbauer: "Wir können der Selbstverwaltung einen Fingerzeig geben." (zu mir gesprochen auf meine Ausführungen)
Geplant ist ein weiteres Treffen eventuell an einem "Runden Tisch", zusammen mit KBV, Ärzten und Kassen.

Zur 40%-Regelung (Schutz der Ärzte) wurde gesagt, daß zwar Ideen zur Veränderung vorliegen, um diesen Paragraphen wegzulassen, aber es wurde eine Überprüfung der Notwendigkeit des Beibehaltens dieser Regelung zugesichert.

Insgesamt wurden doch deutliche Signale gesendet von den politischen Vertretern, jedoch werden weitere Verhandlungen dringend notwendig sein!

Anfänglich bestanden Tendenzen, Ärzte und Psychologen hier in diesen Punkten als kontrovers darzustellen, aber durch mehrfache Interventionen von mir konnte dieses Bild dann positiv korrigiert werden (zumindest für den Moment!). Dr. med. S. Stephan

11. Neue Mitglieder

Frau Dr. med. Judith Einhorn, 60327 Frankfurt/Main
Fachärztin für Augenheilkunde

Herr Michael Rolinger, F-576000 Forbach
Facharzt für Innere Medizin

11a. Gastmitglieder

Frau Angelika Hill, 10999 Berlin
Diplom Psychologin

12. Verstorbene Mitglieder

Herr Dr. med. Erich Brakelmann, 79379 Müllheim
Lt. med. i.R., prakt. Arzt

Frau Dr. med. Susanne Gleissner, 22391 Hamburg
Fachärztin für Innere Medizin

Herr Florian Ammer, 86152 Augsburg,
Praktischer Arzt

Frau Dr. med. Renate Rhein, 14169 Berlin
Praktische Ärztin/Psychotherapie

Prof. Dr. med. Hellmuth Kleinsorge, 67433 Neustadt/Weinstr.
Facharzt für Innere Medizin/Psychotherapie

12. Zertifikate

Herr Dr. med. Gerd Bachelier, Facharzt für Allgemeinmedizin Psychotherapie/Kurarzt, AT-T, AT-D, H-T,H-D

Herr Thomas Hinze, 38889 Blankenburg, H-T
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Frau Dr. med. Inge Koch-Wermke, 66424 Homburg/Saar, AT-D
Fachärztin für Kinderheilkunde/Psychotherapie

Herr Dr. med. Thomas Starzinski, 69168 Wiesloch, H-D
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

14. Veröffentlichungen von Mitgliedern der Gesellschaft

Halama, P.: Hypnose, Trance, Suggestion
Silo-Media 2000, Neumarkt
ISBN-Nr. 3-00-007437-6

Krause, W.-R.: Wer war ... ? Emile Coué
Heilberufe 8, 2001, S. 79

15. Termine /Tagungen / Internationale Kongresse

2001: 6. Oktober Symposium Netherlands Society of Hynosis, Amsterdam

2001: 21. - 26. Oktober 30. Norddt. Psychotherapietage Lübeck

2001: 02. - 04. November Jahrestagung MEG Bad Orb

2002: 9th European Congress of Hypnosis - ESH Rome

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

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