INHALT

395 Thomas Pollak
Psychoanalyse im Richtlinien-Korsett. Zur Regulierung psychoanalytischer Behandlungen im Rahmen der Krankenversicherung

421 Ursula Kreuzer-Haustein
»Horror Vacui« oder »Windstille der Seele«? Psychoanalytische und kulturhistorische Gedanken zur Langeweile

446 Fabian Ludwig
Über das Unheimliche der automatischen Bilderkennung

BUCHBESPRECHUNGEN

463 Gutwinski-Jeggle, J.: Unsichtbares sehen – Unsagbares sagen. Unbewusste Prozesse in der psychoanalytischen Begegnung (Hierdeis)

469 Redaktionelle Mitteilungen
469 Vorschau auf das Juli-Heft

PS 4C
Psychoanalytische

THOMAS POLLAK

Psychoanalyse im Richtlinien-Korsett

Zur Regulierung psychoanalytischer Behandlungen im Rahmen der Krankenversicherung*

Zusammenfassung: Im Mittelpunkt des Beitrages steht die »Psychotherapie-Richtlinie«, die die Anwendung der Psychoanalyse im Rahmen der Krankenversicherung reguliert. Der Beitrag beginnt mit einer Erörterung des Verhältnisses von Psychoanalyse und Krankenbehandlung, um anschließend die Entstehungsgeschichte der »Richtlinie« und ihren Kompromisscharakter darzulegen. Danach werden einzelne Bestandteile des Regelwerks diskutiert und der theoretische Hintergrund des Richtlinien-Systems beleuchtet. Im letzten Teil plädiert der Autor für grundlegende Veränderungen.

Schlüsselwörter: Krankenbehandlung; Krankenversicherung; Gesundheitswesen; Richtlinien

Cite as: Pollak, T. (2020): Psychoanalyse im Richtlinien-Korsett. Zur Regulierung psychoanalytischer Behandlungen im Rahmen der Krankenversicherung. Psyche – Z Psychoanal 74 (6), 395–420. DOI 10.21706/ps-74-6-395

Mit der hier vorgelegten Kritik der Psychotherapie-Richtlinie[1] möchte ich Erfahrungen und Fragestellungen reflektieren, die mich in drei Jahrzehnten Tätigkeit als Psychoanalytiker im kassenärztlichen System immer wieder beschäftigt haben (Pollak 2001, 2013). Mein Ausgangspunkt ist das Verhältnis von Psychoanalyse und Krankenbehandlung. Danach werde ich, nach einer historischen Skizze, das Richtlinien-System genauer unter die Lupe nehmen und, im Abschnitt 3, seine Begründung diskutieren. Der letzte Abschnitt ist einigen Vorschlägen zur Veränderung gewidmet.

* Bei der Redaktion eingegangen am 10.12.2019.

1 Vorliegender Text wurde vor der Reform des Psychotherapie-Gesetzes fertiggestellt. Die im Herbst 2019 verabschiedete Gesetzesreform, die im September 2020 in Kraft treten wird, zielt darauf ab, psychoanalytische Praxis, wie sie bisher im Rahmen der Richtlinie möglich war, massiv einzuschränken. Dies entkräftet zwar, so meint der Autor, nicht die hier vertretene Kritik. Die neue Lage verschiebt aber die berufspolitische Perspektive: Gegenüber den geplanten Einschränkungen bleibt es eine dringliche Aufgabe, die bisherigen Möglichkeiten innerhalb der Richtlinie zu verteidigen. Eine ausführliche Stellungnahme hierzu würde einen eigenen Aufsatz erfordern.

1. *Psychoanalyse als Krankenbehandlung*

Die Psychoanalyse ist in der Praxis eines niedergelassenen Arztes erfunden worden, als *Krankenbehandlung*, und diese therapeutische Grundorientierung bildet bis heute einen Kern der professionellen Identität des Analytikers.

Schon früh in der Geschichte der Psychoanalyse hat diese Orientierung auf die Krankenbehandlung zu Initiativen geführt, psychoanalytische Behandlungen auch ärmeren Patienten zu ermöglichen, die nicht, wie die meisten Patienten Freuds, wohlhabend genug waren, ein entsprechendes Privathonorar aufzubringen. Bereits in den 1920er Jahren wurden an der Poliklinik des Berliner Psychoanalytischen Institutes (Danto 1999), am Wiener Psychoanalytischen Ambulatorium (Danto 1998) und in Zagreb (Buzov 1999) psychoanalytische Behandlungen für wenig Geld bzw. unentgeltlich durchgeführt.

Die 1967 hierzulande erfolgte Aufnahme psychotherapeutischer Behandlungen in den Kanon der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung ist aus psychoanalytischer Berufsperspektive ein Meilenstein sozialpolitischer Entwicklung. Sie ermöglichte bis heute einer Vielzahl von Patienten den Zugang zu solchen Behandlungen und stellt eine sozialstaatliche Errungenschaft dar, die nur in wenigen westlichen Ländern in vergleichbarer Form vorliegt. Die überwiegende Zahl der niedergelassenen Analytiker ist innerhalb dieses Krankenversicherungssystems tätig und bezieht daraus den größeren Teil ihres Berufseinkommens.

Man könnte meinen, dass Freuds Forderung erfüllt ist:

> »Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, daß der Arme ein ebensolches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. [...] Diese Behandlungen werden unentgeltliche sein. Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringende empfindet [...]; aber irgendeinmal wird es dazu kommen müssen« (Freud 1919a, S. 192f.).

Gibt es einen Gegensatz zwischen »Psychoanalyse« und »Krankenbehandlung«?

Allerdings hatte Freud in der oben zitierten Ansprache auf dem 5. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest am Schluss jenes oft zitierte Wort hinzugefügt:

> »Wir werden auch sehr wahrscheinlich genötigt sein, in der Massenanwendung unserer Therapie das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren [...]. Aber wie immer sich auch diese Psychotherapie fürs Volk gestalten, aus welchen Elementen sie sich zusammensetzen mag, ihre wirksamsten und wichtigsten Bestandteile werden gewiß diejenigen bleiben, die von der strengen, der tendenzlosen Psychoanalyse entlehnt worden sind« (S. 193f.).

Diese Formulierungen beeinflussen bis heute innerhalb der psychoanalytischen Profession die Diskussion von Behandlungen im Rahmen der Krankenversicherung; die Debatten gelten dabei zwei verschiedenen Faktoren: der Fremdfinanzierung und der therapeutischen Absicht.

Die Fremdfinanzierung

Freuds damalige Äußerungen legten nahe, dass eine kassenfinanzierte Behandlung auf jeden Fall schlechter sein müsste als eine privat bezahlte, und sie haben lange zu einer Skepsis unter Analytikern gegenüber einer Tätigkeit innerhalb der Krankenversicherung beigetragen. Allerdings hat sich das pauschale Urteil, soziale Finanzierungssysteme seien abzulehnen, weil sie die Analyse verwässerten, als Irrtum erwiesen. Sandell et al. (2001) fanden in ihrer großen Stockholmer Studie keine Bestätigung für die Annahme, dass die finanzielle Eigenbeteiligung einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis habe. Auch Hinze kommt in seinen Überlegungen »Das Honorar des Analytikers« zu dem Ergebnis, dass die Fremdfinanzierung nicht als solche problematisch sei (2016, S. 26).

Die therapeutische Absicht

Darüber hinaus legte Freuds Gegenüberstellung von »Tendenzlosigkeit« und »Massenanwendung« eine Polarisierung nahe zwischen »tendenzloser Analyse« einerseits und »Krankenbehandlung« andererseits, die notwendigerweise eine therapeutische Absicht voraussetzt.

Psychoanalyse als »Therapie« blieb für Freud ein widersprüchliches Thema: Einerseits finden sich bei ihm kritische Äußerungen über die Unzweckmäßigkeit eines therapeutischen Ehrgeizes (1912e, S. 385) und den »furor sanandi« (1915a, S. 320); die Therapie sei nur eine der Anwendungen der Psychoanalyse (1926e, S. 283) und als Therapie sei sie nur eine unter vielen (1933a, S. 585). Andererseits heißt es beispielsweise in der Epikrise zur Analyse des kleinen Hans: »Eine Psychoanalyse ist eben keine tendenzlose, wissenschaftliche Untersuchung, sondern ein therapeutischer Eingriff; sie will an sich nichts beweisen, sondern nur etwas än-

dern« (1909b, S. 339). Und 1919 formuliert er in einem Brief an Ferenczi: »Wir sind und bleiben tendenzlos, bis auf das eine: zu erforschen und zu helfen« (Freud & Ferenczi 1980, S. 149).

Freud war in seiner beruflichen Praxis zeitlebens an den Fragen der Symptombildung und des Behandlungserfolges interessiert. Dieses Interesse teilen alle klinisch tätigen Analytiker: Sie haben leitende Annahmen über Gesundheit und Krankheit, Reife und Unreife, innere Freiheit und inneren Zwang; sie konzeptualisieren unter diesen Annahmen unweigerlich die Probleme ihrer Analysanden und entwickeln eine Vorstellung von der Richtung, in die der analytische Prozess gehen soll (Strenger 1998, 48f.).

Sandler & Dreher haben ausgeführt, dass alle Analytiker, die glauben, das Ziel der analytischen Methode liege in nichts anderem als darin, zu analysieren, einer Selbsttäuschung unterliegen. Alle Analytiker verfolgten, ob sie es nun wüssten oder nicht, therapeutische Ziele mit ihrer Tätigkeit (Sandler & Dreher 1996, S. 3ff.).

»Tendenzlosigkeit« versus Richtlinie

Somit lässt sich festhalten, dass für Psychoanalytiker keine prinzipiellen Einwände vorliegen, ihre Methode im Rahmen einer Krankenversicherung anzuwenden. Weder die therapeutische Absicht noch die Fremdfinanzierung stellen eine generelle Einschränkung der Methode dar. Nach meinem Eindruck teilen die meisten Analytiker, die innerhalb des Krankenversicherungssystems tätig sind, diese Auffassung: Die Probleme, die sie im Krankenversicherungssystem gewärtigen, sind nicht *prinzipieller* Natur.

Mit Einzug entstehen vielmehr aus einem Gegensatz zwischen einer »Tendenzlosigkeit«, die zum Wesen der psychoanalytischen Methode gehört, und den gesundheitspolitischen Vorgaben, wie sie in der Psychotherapie-Richtlinie formuliert sind. Der Begriff »Tendenzlosigkeit« bezeichnet eine grundsätzliche psychoanalytische Haltung, welche die autonome Entwicklung des Analysanden sichern soll. Tendenzlosigkeit stellt eine Schutzgarantie für die persönliche Freiheit des Analysanden dar, für die Freiheit seiner Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb der Behandlung. Zu ihrer Gewährleistung benötigt der Analytiker einen Freiraum seines eigenen professionellen Handelns: Sie umfasst eine kritische Haltung gegenüber seinen eigenen persönlichen Wertsetzungen, aber auch gegenüber äußeren Vorgaben.

Zu diesen äußeren Einflüssen gehört auch die Psychotherapie-Richtlinie, namentlich der dort vorherrschende Symptom-, Krankheits- und

Heilungsbegriff. Dies soll in den nächsten Abschnitten genauer erörtert werden.

2. *Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Richtlinien-Psychotherapie*

Die Psychotherapie-Richtlinie

Die historischen Ausgangsbedingungen

Bevor psychotherapeutische Behandlungen 1967 in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen wurden, hatte die damalige gesundheitspolitische und psychiatrisch-psychotherapeutische Landschaft eine längere Vorgeschichte der Diskussion und Auseinandersetzung erlebt. Beteiligt waren auf der einen Seite die verschiedenen psychoanalytischen Schulen des Nachkriegsdeutschlands, die sich in der 1949 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGPT) als berufspolitischer Dachorganisation zusammengefunden hatten;[2] weitere Beteiligte waren die Ärzte, die in der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP) repräsentiert waren, und die Nervenärzte, die in der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (DGPN) organisiert waren (Becker 1983, S. 24f.; Becker & Nedelmann 1983a, S. 45ff.). Von der Seite der gesundheitspolitischen Institutionen sind der Ärztetag und die Ärztekammern zu nennen, ferner die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung, damals vertreten im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Alle diese Gruppen waren mit ihren Repräsentanten in langjährigen Diskussionen mehr oder weniger nahe beteiligt an dem wegweisenden Beschluss, den schließlich der Bundesausschuss im Mai 1967 fasste (Schäfer 2016a,b).

Die Studie von Dührssen & Jorswieck

1965 hatten Dührssen & Jorswieck eine Untersuchung zur »Leistungsfähigkeit« psychoanalytischer Behandlungen veröffentlicht; darin konnten sie nachweisen, dass bei Patienten, die psychoanalytisch behandelt worden waren, signifikant weniger Krankenhausaufenthalte pro Jahr zu verzeichnen waren als bei der unbehandelten Vergleichsgruppe (Dührssen & Jorswieck 1965). Dieser Nachweis eines volkswirtschaftlichen Gewinns

[2] Eine detaillierte Beschreibung der heftigen Auseinandersetzungen findet sich bei Lockot (2010).

gab den letzten Ausschlag dafür, dass der Beschluss, zwei Jahre nach der Veröffentlichung, schließlich zustande kam.

Die in der Studie von Dührssen & Jorswieck untersuchten Patienten waren von Mitarbeitern des Zentralinstituts für psychogene Erkrankungen der AOK in Berlin behandelt worden (Rüger & Bell 2006, S. 361). Annemarie Dührssen, die 1965 die Leitung des Institutes übernommen hatte, war gemeinsam mit ihren Mitarbeitern federführend an dieser bahnbrechenden Entwicklung beteiligt. Dührssen und die von ihr vertretene psychoanalytische Schule, die den Auffassungen ihres Lehrers Schultz-Hencke sehr verbunden blieb, prägten indes auch den Zuschnitt, den die psychoanalytische Behandlungsform in diesem Rahmen erhielt.

Der Kompromiss der Psychotherapie-Richtlinie

In der Vorbereitung dieser Entscheidung, die Finanzierung psychotherapeutischer Behandlungen in die Gesetzliche Krankenversicherung aufzunehmen, hatten sich die genannten Interessensgruppen auf einen Kompromiss geeinigt, in welcher Form und unter welchen Bedingungen die Krankenkassen solche Kosten übernehmen würden. Dieser Kompromiss ist in der gleichzeitig verabschiedeten Psychotherapie-Richtlinie ausformuliert worden. Die Richtlinie legt seither, mit vielen inzwischen erfolgten Änderungen und Aktualisierungen, die Palette der Behandlungsformen fest.

Der Leistungskatalog enthielt zunächst nur Behandlungsformen, die von der Psychoanalyse abgeleitet waren. Später wurden die Verhaltenstherapie und die »Psychosomatische Grundversorgung« in den Katalog mit aufgenommen. Ich beziehe mich hier nur auf die Behandlungsformen, die in der Richtlinie unter der Rubrik »psychoanalytisch begründete Verfahren« angeführt sind.

Es wurde ein Regelwerk geschaffen, innerhalb dessen Psychotherapie als Krankenbehandlung anerkannt und verwaltet werden kann. In diesem Regelwerk spiegelt sich die große Skepsis wieder, die dieser Neuerung entgegengebracht wurde. Sie bedarf offenbar bis heute einer besonderen Aufsicht und Kontrolle (Schäfer 2016b, S. 58–60).

Skepsis gab es von beiden Seiten, sowohl von den beteiligten Psychoanalytikern und Psychotherapeuten als auch von Institutionen, namentlich den Krankenkassen.

Ein Hauptgrund der Skepsis von Analytikern lag sicherlich in der Annahme, die Motivation des Analysanden und seine innere Beteiligung an der Analyse sei an die Finanzierung aus eigenen Mitteln gebunden. Diese Annahme kann heute, wie erwähnt, als weitgehend widerlegt gelten.

Auf der anderen Seite gab es, sowohl von den Krankenkassen als auch von einigen Psychotherapeuten bzw. Analytikern, die Skepsis, mancher Analytiker könnte eine Kassenfinanzierung dazu benützen, um endlos vier- und fünfstündige Analysen mit ausgewählten Patienten auf Kosten der Allgemeinheit zu betreiben.

Die sozialstaatliche Einbindung der Psychoanalyse in das Krankenversicherungssystem hat, zumal unter dem prägenden Einfluss der Schultz-Hencke-Schule, weitreichende Folgen für diese Anwendungsform der Methode gehabt, die im Folgenden diskutiert werden sollen.

Zur Kritik des Regelwerks der Psychotherapie-Richtlinie

Für meine nachfolgende Betrachtung habe ich nicht nur den Text der Richtlinie vor Augen,[3] sondern auch den *Kommentar* (Dieckmann et al. 2018), der sehr wirkungsmächtig ist, weil er seit vielen Jahren von Gutachtern und Therapeuten mit dem Richtlinien-Text mehr oder weniger gleichgesetzt wird.

In den Konzepten und Begriffen der Psychotherapie-Richtlinie vermischen sich Denkansätze und Schulauffassungen von Psychoanalyse mit traditionellem ärztlichen Denken einerseits und sozialstaatlichen Vorgaben des Krankenversicherungssystems andererseits. So hat sich in der Anwendungspraxis eine eigene Sprache und Begrifflichkeit entwickelt, deren Logik teilweise der Organmedizin entlehnt, teilweise einem Versicherungsdenken verpflichtet ist.

Die standardisierte Zuordnung von Diagnose und zugehörigem Verfahren

Der Krankheitsbegriff der Richtlinie ist stark an einen organischen Krankheitsbegriff angelehnt. Ähnlich wie z. B. bei einer akuten bakteriellen Blasenentzündung eine antibiotische Medikation für einen festgelegten Zeitraum indiziert ist, strebt die Richtlinie nach einer Standardisierung von Diagnose und zugehörigem Verfahren.

Dies zeigt sich beispielhaft an den beiden Verfahren »Analytische Psychotherapie« und »Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie«. Sie bezeichnen im Grunde die Anwendung der psychoanalytischen Methode in einem hochfrequenten bzw. niederfrequenten Setting. In der Richtlinie werden sie aber darüber hinaus durch die Festlegung ihrer diagnostischen Indikation bzw. des Behandlungsumfangs definiert.

[3] Die aktuelle Fassung findet sich in: Gemeinsamer Bundesausschuss (2018).

Diese Festlegungen sind meines Erachtens willkürlich und entsprechen in keiner Weise der psychoanalytischen Theorie und Praxis. Sie stellen einmal gefundene soziale Kompromisse dar, die im Rahmen der Richtlinientheorie eine Art Eigenleben entfaltet haben.

Der Begriff der »tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie« wurde 1967 von Theodor Winkler vorgeschlagen und in die Richtlinie aufgenommen, mit anderen Worten: mit der Richtlinie erst *geschaffen*, um die dort angeführten Therapieformen zu differenzieren (Rüger et al. 2014, S. 42). Der Begriff ist ursprünglich eine Kompromissformel gewesen, mit der in der Psychotherapie-Richtlinie niederfrequente Therapieformen von mittlerer Behandlungsdauer bezeichnet wurde.

In der historischen Entwicklung hat die Ausbildung für die Zusatzbezeichnung »Psychotherapie« für Ärzte und die später parallel konzipierte Ausbildung für Psychologen die »Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« aus dem engen Zusammenhang mit höherfrequenten psychoanalytischen Verfahren herausgelöst. Der Zweck war klar: gegenüber der langwierigen psychoanalytischen Ausbildung eine kleinere Variante aufzubauen. Als »Zusatz«-Ausbildung für Ärzte und Psychologen, die zusätzlich zu ihrer Haupttätigkeit gelegentlich psychotherapeutisch tätig sein wollten und hierfür eine solidere Grundlage suchten, ergab dies Sinn. In der Praxis aber wurde diese Ausbildung von beiden Berufen als Ausbildung zu einer vollen psychotherapeutischen Berufstätigkeit genützt. Die Absolventen dieser Ausbildung erfüllten z. T. wichtige psychotherapeutische Versorgungsaufgaben, die von manchem Analytiker mit Schwerpunkt auf der vierstündigen Analyse nicht wahrgenommen wurden.

Auch heute gibt es in der Psychoanalyse eine gewisse Polarisierung zwischen denjenigen, die eine hochfrequente vier- bis fünfstündige Behandlung für die einzig legitime Anwendung der Psychoanalyse halten, und denjenigen, die auch niederfrequente Formen zu den legitimen Setting-Formen der Psychoanalyse zählen. Manche Befürworter der niederfrequenten Behandlungen werfen den von ihnen als zu orthodox betrachteten Hochfrequenz-Befürwortern vor, sie verstünden nichts von den niederfrequenten Anwendungsformen. Umgekehrt werfen die »Orthodoxen« ihren Kritikern vor, sie verwässerten die Psychoanalyse.

In der Richtlinie und später in der Anwendungspraxis des Psychotherapeutengesetzes hat die »Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« den Rang eines eigenen Verfahrens erhalten. Der Begriff der »Analytischen Psychotherapie« hat eine ganz ähnliche Funktion wie die »Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie«; er dient der Zuordnung von

Frequenz und Behandlungsumfang zu einer diagnostischen Indikation und versucht, dieses Verfahren von einer höherfrequenten Psychoanalyse abzugrenzen.

Der Gegensatz zur Psychoanalyse

Die generelle Zuordnung von Frequenz und Behandlungsumfang zu einer diagnostischen Indikation ist aus psychoanalytischer Perspektive insofern problematisch, als sie eine diagnosebezogene standardisierte Behandlungstechnik voraussetzt.

Zwar hat auch der Analytiker zu Beginn einer Analyse ein diagnostisches Konzept über die Erkrankung, die erforderliche Frequenz und die voraussichtliche Dauer der Behandlung. Die in der Richtlinie vorgesehenen Stundenkontingente sind jedoch, unabhängig von der geplanten Frequenz, in der Regel viel zu gering, um eine psychoanalytische Behandlung sinnvoll planen zu können. Das hängt damit zusammen, dass die Dauer der Behandlung, als Zeit der Beziehung und des Erlebens, in der Psychoanalyse eine so große Bedeutung hat. Die psychoanalytische Methode geht mit ihrem zentralen Konzept der Übertragung davon aus, dass für die Behandlung psychischer Störungen primäre Kindheitserfahrungen reaktiviert werden müssen. Das individuell erworbene »implizite Beziehungswissen« gilt als Grundlage psychischer Störung und kann verändert werden, sofern die Behandlung eine entsprechend intensive Beziehungserfahrung ermöglicht (Stern et al. 1998, Boston Change Process Study Group 2007). Dazu braucht der Patient aber genügend Entwicklungszeit. Innerhalb des Richtliniensystems ist der Analytiker oft gezwungen, einen Kompromiss zu finden zwischen der erforderlichen Frequenz und der zugleich notwendigen Zeitstrecke.

Hier manifestiert sich erneut der Gegensatz zwischen einem versicherungspolitischen Denken und einem psychoanalytischen Konzept, das auf der Freiheit der Beteiligten beruht, sich möglichst ohne äußere, von vornherein feststehende Begrenzung auf den Prozess einzulassen.

Ich meine, dass diese Differenz durch ein Zerrbild von Psychoanalyse eine unnötige Zuspitzung erfährt. Psychoanalyse erscheint dann als eine Luxuseinrichtung, die gar nichts mit leidenden Patienten zu tun hätte, sondern sich einer allgemeinen Lebensverbesserung wohlhabender Menschen widmete. Ihr wird ein enger Richtlinien-Krankheitsbegriff entgegengestellt, der die Psychoanalytiker zu einer vermeintlichen Präzision zwingen will, aber dem Leid der Patienten nicht wirklich gerecht wird.

Das Gutachterverfahren

Das Gutachterverfahren ist in dieser Form nur auf dem Gebiet der Psychotherapie vorhanden. Dies war offenbar der Preis, den die Psychoanalyse für die Aufnahme in die Krankenversicherung zahlen sollte.

Im Normalfall besitzt in unserem Medizinsystem der behandelnde Arzt die Entscheidungsbefugnis über sein Handeln – sofern die vorgesehenen Maßnahmen prinzipiell im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) enthalten sind. Aufgrund seiner Ausbildung wird ihm die Kompetenz zugesprochen, in seinem Fachgebiet bei einem Patienten eine Diagnose zu stellen, gegebenenfalls eine Indikation festzustellen und eine fachgerechte Behandlung durchzuführen. In der organischen Medizin sind damit oft Entscheidungen über hohe Behandlungskosten verbunden, die sich etwa bei chronischer Erkrankung über viele Jahre erstrecken können, ohne dass hier eine ähnliche Kontrolle von außen regelhaft eingeführt würde.

Die Gutachter belassen es häufig nicht bei der Überprüfung der Frage, ob die beabsichtigte Behandlung den Richtlinien entspricht. Oft versuchen sie, eine supervisorische Funktion auszuüben und interpretieren dann die Richtlinie sehr subjektiv, erteilen dem Behandler Ratschläge, wie er die Behandlung zu führen und zu konzipieren habe. Ablehnung und Zustimmung hängen demnach auch von persönlichen Steckenpferden und Präferenzen der Gutachter ab, die sie mit ihrer gutachterlichen Tätigkeit auch weiterverbreiten wollen.

Die Komödie (oder bei Ablehnung: Tragödie) einer pseudopsychoanalytischen Verständigung wird bei jeder gutachterpflichtigen Antragsstellung neu aufgeführt. Etwa bei Fortsetzungsanträgen: Dem Patienten darf es nicht zu gut gehen, sonst ist er nicht mehr krank; es darf ihm indes auch nicht zu schlecht gehen, sonst hat die Behandlung keinen Erfolg gehabt. Gegebenenfalls muss etwas Neues in den Kapiteln Anamnese oder Psychodynamik hinzugefügt werden, um eine weitere Fortsetzung der Behandlung begründen zu können. Der Behandler sieht sich gezwungen, sein Behandlungskonzept in einer Richtliniensprache zu formulieren und der Gutachter kann dies entsprechend seinen Präferenzen entziffern, gutheißen oder ablehnen.[4]

[4] Nach den Richtlinien-Änderungen von 2017 können die Krankenkassen entscheiden, ob sie für Fortsetzungsanträge das Gutachterverfahren verlangen oder selbst einen Antrag bewilligen. Das hat zu einer gewissen Entlastung der Psychotherapeuten geführt. Einige Gutachter haben auf diese Einschränkung z. T. damit reagiert, dass sie keine vollen Anfangskontingente mehr genehmigen. Für den hier vorgelegten Argumentationsgang sind diese neuesten Änderungen aber nicht von wesentlichem Belang.

Ich möchte dafür ein Beispiel aus meiner eigenen Praxis anführen: Ich behandelte einen Patienten mit einer schweren frühen Störung und einer massiven Aggressionsproblematik, der gleichzeitig sehr motiviert war und sich in der analytischen Arbeit als sehr zugänglich und aufnahmefähig erwies. Ich einigte mich mit dem Patienten auf eine dreistündige Behandlung und beantragte eine »Analytische Psychotherapie«, die die Gutachterin auch genehmigte. Die Behandlung gestaltete sich in den ersten zweieinhalb Jahren äußerst schwierig und war oft von Abbruch bedroht. Als sich abzeichnete, dass wir mehr Zeit brauchen würden, als uns auch mit dem maximalen Kontingent zur Verfügung stehen würde, verständigte ich mich, nolens volens, um die Dauer zu strecken, mit dem Patienten auf zwei Wochenstunden. Nachdem die 300 Stunden des Kontingents verbraucht waren, beantragte ich noch einmal 80 Sitzungen. Die Gutachterin lehnte ab bzw. bewilligte 20 Sitzungen mit der Begründung, es sei nicht einzusehen, was sich nach vier Jahren noch ändern sollte; meine Therapieplanung habe sich ebenfalls nicht geändert, so dass sie nicht sehe, inwiefern ich die abschließenden 80 Sitzungen anders als bisher zur Beendigung nützen würde. Die Beantragung über 300 Stunden ist naturgemäß immer etwas schwieriger; ich bin mir nicht sicher, ob ich den Jargon zu wenig oder zu viel berücksichtigt habe bzw. ob eine andere Begründung eine Bewilligung hätte bewirken können. Aber das Entscheidende für mich ist hier, dass ich der Gutachterin nicht offen sagen konnte: »Mein Therapieplan hat sich nicht geändert, weil er sich bewährt hat. Die Therapie ist auf einem guten Weg, es ist auch nichts fundamental Neues dazugekommen. Was ich brauche, ist Zeit. Und ich möchte so viel Zeit wie irgend möglich bewilligt bekommen.« Ich könnte viele Beispiele aus dem Kollegenkreis und aus Supervisionen hinzufügen.

3. *Zur wissenschaftlichen Begründungsverpflichtung der Psychoanalyse in der Krankenversicherung*

Im folgenden Abschnitt möchte ich, anschließend an die Kritik des Regelwerks der Richtlinie, das Augenmerk auf die verschiedenen Ebenen der theoretisch-wissenschaftlichen Auseinandersetzung richten.

Die vorwissenschaftliche Debatte

Auf dem Gebiet der Psychotherapie ist die Fachlichkeit des ausgebildeten Experten nicht so selbstverständlich ersichtlich wie beispielsweise in der Herzchirurgie oder Antibiotika-Therapie. Kein Laie würde ohne Weiteres auf die Idee kommen, sich auf diesen Gebieten für kompetent zu halten und fachlich mitreden zu können. In der Psychotherapie ist das anders, viele Laien halten sich für kompetent. Zwei Faktoren dürften hierbei eine Rolle spielen: Erstens sind psychische Phänomene wie depressive Zustände oder verwirrende Träume Alltagsphänomene, die jedermann vertraut sind. Zweitens tun Psychotherapeuten nichts anderes als mit ihren Patienten zu sprechen, ebenfalls eine vermeintliche Alltagserfahrung.

Die Behandlungskompetenz in der Psychoanalyse wird in einer langwierigen Ausbildung erworben und erfordert ein hohes Maß an Expertise und Selbstreflexivität. Die Behandlung vollzieht sich aber im Medium von persönlicher Beziehung und Sprache, geschieht gewissermaßen in der Struktur der Alltäglichkeit.[5]

Gerade weil psychische Phänomene, namentlich psychische Krisen, zur allgemeinen Erfahrung gehören, ist dieses Gebiet emotional hoch besetzt. Auch dies trägt dazu bei, dass sich jedermann berechtigt fühlt, auf diesem Gebiet ohne Fachkenntnis mitdiskutieren zu können. Zugleich dürfte dies ein Motiv sein für das Übermaß an Kontrolle, das für die Psychotherapie im Gesundheitswesen als erforderlich angesehen wird. In den beispielhaft erwähnten Bereichen der Herzchirurgie oder der Antibiotika-Therapie wird eine Fachlichkeit vorausgesetzt, die der Laie nicht überblicken kann; diese definierbare Fachlichkeit wird der Profession überantwortet, die Kontrolle weitgehend an diese abgegeben. Anders in der Psychotherapie: Ihre »Fachlichkeit« ist in der allgemeinen Lebenspraxis so eingebettet, dass der Laie sie unterschätzt bzw. ignoriert.

Meines Erachtens erklären diese Umstände, warum die Vertreter der Krankenkassen und die Gesundheitspolitiker sich so vehement bei den Regelungen der Psychotherapie engagieren und sich für kompetent halten. Wenn die Operationsplätze für Herzchirurgie knapp sind und lange Wartezeiten bestehen, würde niemand auf die Idee kommen, zur Lösung dieses Problems den Herzchirurgen vorzuschreiben, eine spezielle Operationsleistung für dringende Fälle vorzuhalten. Vergleichbare Regelungen sind aber in der Psychotherapie an der Tagesordnung. Ebenso werden immer neue Kontrollvorschläge vorgetragen, welche von außen den Erfolg prüfen und dokumentieren sollen. Solche Prüfverfahren, z. B. Fragebögen oder Tests, die für die Forschung sehr sorgfältig gehandhabt werden müssen, stören als routinemäßige Maßnahmen die Behandlungen, ohne aussagekräftig zu sein. Sie sind Ausdruck des Kontrollbedürfnisses und des Misstrauens in die fachliche Kompetenz der Behandler.

[5] In der paradoxen Formulierung Oevermanns: »eine außeralltägliche Leistung in der Struktur der Alltäglichkeit« (Oevermann 1981, S. 36).

Es ist das aufgabengemäße Bestreben von Versicherungen, möglichst kostengünstige Lösungen zu erarbeiten. Dennoch ist angesichts des sehr geringen Budget-Anteils, den die ambulante Psychotherapie am Gesamtbudget ambulanter Leistungen innehat, das Engagement der Krankenkassen und Gesundheitspolitiker in diesem Bereich erstaunlich. Ich führe es auf die genannten Faktoren zurück.

Profession und Wissenschaft in der Psychoanalyse

Psychoanalyse ist in dem hier diskutierten Zusammenhang, als klinische Tätigkeit im Rahmen der Krankenversicherung, keine Wissenschaft, sondern eine Profession. Jedes klinisch-therapeutische Handeln stellt ein soziales Handeln zwischen Personen dar. Der Analytiker befindet sich einerseits im Rahmen von Übertragung und Gegenübertragung in einem persönlichen Beziehungsgefüge, andererseits verfügt er aufgrund seiner fachlichen Kompetenz über eine wissenschaftliche Regelanwendung, mit der er diese Beziehung professionell gestaltet.

Mit anderen Worten, der Analytiker unterliegt einer wissenschaftlichen Begründungsverpflichtung für sein Handeln, sowohl innerhalb der Profession als auch gegenüber dem Sozialstaat, sofern dieser seine Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung entlohnt.

Konnotative Theorie

Nach Schülein (1999, 2018) kann die Theorie der Psychoanalyse als eine »konnotative Theorie« aufgefasst werden. Das bedeutet, dass sie zwischen einer allgemeinen Logik und den spezifischen Konstellationen von Einzelfällen pendelt. Guggenheim und seine Mitautoren sprechen in diesem Zusammenhang von einem »Denken in Fällen« (Guggenheim et al. 2016, S. 31). Konnotative Theorien bleiben stets unvollständig und unabgeschlossen. Fragen der Selbstreflexion und der eigenen Legitimierung sind typische Begleitprozesse, ebenso die Bildung von konkurrierenden »Schulen«, die sich um einzelne Subparadigmen der Theorie organisieren. Alle diese Phänomene sind nicht Zeichen eines Mangels, sondern kennzeichnen diesen Typus von Theorie (Schülein 2018, S. 446–451.) So ist es nicht

verwunderlich, dass es innerhalb der Psychoanalyse keine einheitlichen normativen Auffassungen über die Indikation, Frequenz und Dauer von Behandlungen gibt.

Die empirische Psychotherapieforschung

Die wissenschaftliche Begründungsverpflichtung des Analytikers kann daher nicht umstandslos mit einem Rückgriff auf die empirische Psychotherapieforschung eingelöst werden. Denn diese Psychotherapieforschung kann nicht ohne Weiteres jene Fragen erfassen und beantworten, die der Analytiker zur Begründung seines Handelns bräuchte.

Im Rahmen des Modells einer explanatorischen Naturwissenschaft (Hampe 2004, S. 18ff.) bzw. eines denotativen Theoriemodells (Schülein 1999, S. 205ff.) kann Psychotherapie überprüft werden, ihre Hypothesen können getestet und ihre Leistungen ermittelt werden. Aber diese Gewinnung wissenschaftlich verwertbarer Daten basiert stets auf einer formalen Reduktion. Der Wissenschaftler möchte beobachtbare, isolierbare, klassifizierbare Variablen finden, während der Therapeut sich in einer hochkomplexen Interaktion befindet, die er zugleich erfassen und handhaben muss. Die Wissenschaft muss ferner für ihre Ergebnisse auf der Forderung einer Unabhängigkeit von der Person des Therapeuten bestehen, während in den entscheidenden Momenten der therapeutischen Begegnung die *Person* des Therapeuten gefragt ist. Aus diesem Grunde kann die empirisch-nomologische Wissenschaft den Kern der Psychoanalyse, die *individualisierte Interaktion,* nicht erfassen (Buchholz 1999, S. 66ff.).

Dessen ungeachtet hat die empirische Therapieforschung in den letzten Jahrzehnten in ihren verschiedenen Phasen die Wirksamkeit psychoanalytischer Verfahren eindrucksvoll bestätigt (Leuzinger-Bohleber et al. 2001, Leuzinger-Bohleber et al. 2002, Leichsenring & Rabung 2008, Springer et al. 2011, Shedler 2011, Huber et al. 2013, Keller 2013).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die psychoanalytische Tätigkeit im Gesundheitswesen den erforderlichen Standards in hohem Maße genügt: Sowohl im wissenschaftlichen Nachweis ihrer Wirksamkeit als auch in der sorgfältigen Organisierung ihrer Aus- und Weiterbildung braucht sie den Vergleich mit anderen Fächern in der Medizin nicht zu scheuen (Scheidt 2011).

Ist die Psychotherapie-Richtlinie wissenschaftlich begründet?

Auf der Basis der bisherigen Überlegungen zur Theorie der Psychoanalyse möchte ich die Auffassung vertreten, dass die Psychotherapie-Richtlinie da, wo sie die psychoanalytisch-psychodynamischen Verfahren betrifft, überwiegend die Auffassung einer einzelnen Schule vertritt. Es handelt sich, wie oben berichtet, um die »Neo-Psychoanalyse« von Harald Schultz-Hencke und die Weiterführung seiner Ideen durch seine Schülerin Annemarie Dührssen, die mit ihrer Arbeitsgruppe am Berliner AOK-Institut federführend an der Einführung von Psychotherapie als Kassenleistung beteiligt war.

Die Auffassungen von Schultz-Hencke haben international wenig Anerkennung gefunden, in der Bundesrepublik blieben sie aber relativ einflussreich im Rahmen der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) in den ersten Nachkriegsjahrzehnten. Insbesondere seit den 1980er Jahren hat in der deutschen Psychoanalyse ein nachhaltiger Umbruch stattgefunden; der Kongress der International Psychoanalytical Association 1985 in Hamburg hat diese Entwicklung akzentuiert und zu einer weiteren Öffnung gegenüber der internationalen Gemeinschaft geführt.[6] Innerhalb dieser Entwicklung ist die Bedeutung der an Schultz-Hencke orientierten Schule auch in der DPG und im Austausch der Fachgesellschaften sehr zurückgegangen. In der Psychotherapie-Richtlinie hingegen, die sie ja initiiert hat, scheint mir ihr Einfluss weiterhin sehr tragend.

Ein wichtiges Charakteristikum der an Schultz-Hencke orientierten Auffassungen scheint mir darin zu liegen, dass in den Behandlungen die bewusste und systematische Strukturgebung gegenüber der freien Assoziation und der gleichschwebenden Aufmerksamkeit ein besonderes Gewicht erhält: kürzere Analysedauer, niedrigere Frequenz, bewusstere Zielsetzungen, engerer Bezug zwischen Diagnose und Behandlungstechnik. Ein wichtiges Paradigma dieser Schule war, dass eine wöchentliche Stundenfrequenz von zwei bis drei Stunden als ausreichend angesehen wurde, mehr sogar als schädlich galt (Gerlach 1996, S. 5).

Damit war diese psychoanalytische Schule naturgemäß besonders geeignet, ein Gehör bei den Kostenträgern zu finden – die ja, wie beschrieben, ohnedies sehr skeptisch waren, und es dürfte kein Zufall sein, dass

[6] Auf die komplexe Nachkriegsgeschichte der Psychoanalyse und der beiden Fachgesellschaften Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) und Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) kann ich hier nicht eingehen. Aus der umfangreichen Literatur dazu seien genannt: Lockot 2000, Hermanns 2001, Focke 2010, Holmes & Müller 2016.

die genannte bahnbrechende Entscheidung von 1967 unter dem Einfluss dieser Schule zustande kam. Damit prägt sie aber auch bis heute die Regeln der Psychoanalyse im Rahmen der Krankenversicherung.

Im Rahmen der oben genannten Auffassung der Psychoanalyse als konnotativer Theorie könnte die Schultz-Hencke-Schule, wie alle anderen psychoanalytischen Schulen auch, ihren Platz finden, sofern sie sich dem wissenschaftlichen Austausch innerhalb der Profession stellte.

Im Rahmen der Richtlinie ist es aber zu einem institutionellen Eigenleben dieser Auffassungen gekommen, die im Verein mit den Interessen der Kostenträger ein Machtmonopol besitzen. Eine relativ kleine Gruppe von Experten kann hier eine Macht über alle ambulante Tätigkeit von Analytikern im Gesundheitswesen ausüben und bestimmen, welche Art von Psychoanalyse die Patienten im Rahmen der Krankenversicherung erhalten können.

Diese Macht ist zwar institutionell legitimiert, aber sie ist es, wie ich meine, nicht fachlich. Viele Analytiker vertreten entschieden ganz andere Auffassungen als die in der Richtlinie und im Kommentar niedergelegten. Aber die Auseinandersetzung darüber kann nicht im Rahmen der Profession und der Fachgesellschaften stattfinden, wo sie meines Erachtens hingehörte, weil die Institutionalisierung der Richtlinie diese Auffassungen schützt. Dies betrifft auch die Gutachter selbst: auch wenn sie persönlich ganz andere Auffassungen vertreten könnten, müssen sie sich im Rahmen ihrer Gutachter-Tätigkeit an die Richtlinie halten.

Man könnte überspitzt sagen, Analytiker, die sich mit dem Richtlinien-System identifizieren, werden unweigerlich zu Schultz-Hencke-Adepten, ob sie es wollen oder nicht. Denn dort wird eine »Analytische Psychotherapie« als Gegensatz und Feinderklärung zur Psychoanalyse konstruiert.

Die Auseinandersetzung um die vierte Wochenstunde

Die Auseinandersetzung um die vierte Wochenstunde ist ein eklatantes Beispiel für die genannte Tendenz, fachliche Fragen nicht innerhalb der Profession zu diskutieren, sondern innerhalb der Richtlinie mit institutioneller Macht zu entscheiden.

Zur aktuellen Lage

Bis 1993 war eine Wochenfrequenz von vier Stunden innerhalb der Richtlinie möglich. Sie wurde auch von den Gutachtern nicht als solche abgelehnt. Dies änderte sich mit einem neuen Beschluss, der eine vierstündige Frequenz ausdrücklich ausschloss (Schäfer 2016b, S. 92). Erst 1997 kam es, nach heftigen Diskussionen und Auseinandersetzungen, zu einem Kompromiss, der abschnittsweise eine höhere als die dreistündige Frequenz zuließ; diese dürfe aber nicht den Zeitraum eines ganzen Bewilligungsschrittes umfassen.

Der Beschluss von 1993 wandte sich damit explizit gegen alle Analytiker, die innerhalb der Richtlinie mehr als einen »Abschnitt« lang vierstündig behandeln wollten, und er wandte sich ebenso explizit gegen die Ausbildungsrichtlinien der DPV, die ja von ihren Kandidaten mindestens zwei Behandlungen mit vier Sitzungen pro Woche verlangt, welche in der Regel einen Zeitraum von 300 Behandlungsstunden pro Patient umfassen sollten.[7] Auch eine Ergänzung über eine privat vom Patienten finanzierte vierte Wochenstunde sollte ausgeschlossen werden: Nach gängiger Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Kommentars (Dieckmann et al. 2018, S. 41) wird eine ergänzende vierte Stunde als Selbstzahler-Leistung[8] abgelehnt. Die DPV vertritt zwar eine andere Rechtsauffassung, aber eine gerichtliche Entscheidung hierüber ist bislang von keiner Seite angestrebt worden.

Es gibt zwar eine ausführliche juristische Publikation in der Zeitschrift *Medizinrecht*, die unter bestimmten Voraussetzungen eine vierstündige Analyse nach Ablehnung durch den Gutachter auch in der Ausbildung als rechtens erklärt (Clemens & Schildt 2013). Die komplexe Rechtslage erforderte aber ein kompliziertes Antragsvorgehen, das sich als nicht praktikabel erwiesen hat. Gutachter, die aus ihrer Überzeugung heraus die Vierstündigkeit innerhalb des Richtliniensystems verhindern wollen, können dieses rechtlich einwandfreie Vorgehen boykottieren, indem sie dann, ihrer Überzeugung folgend, die Behandlung ganz ablehnen. Die Kandidaten und die Ausbildungsinstitutionen beider großen Fachgesellschaften sind in eine schwierige Lage geraten, weil dieser Konflikt, der eigentlich ein Konflikt verschiedener Schulauffassungen ist, hier auf dem Rücken der Kandidaten und auch der Patienten ausgetragen wird.

---

[7] Dies trifft inzwischen auch auf denjenigen Teil der DPG zu, der nach den Richtlinien der International Psychoanalytical Association (IPA) ausbildet. Die DPG hat seit den 1990er Jahren eine Annäherung an die IPA vollzogen, sie ist seit 2001 Provisional Society, seit 2009 Component Society der IPA (Focke 2010).

[8] Im Jargon des Gesundheitswesens »IGel« genannt, die Abkürzung für »individuelle Gesundheitsleistung«.

Zur Frequenz-Debatte

An der Frage der wöchentlichen Stundenfrequenz entzünden sich viele Kontroversen. Die Frequenz hat fraglos einen großen Einfluss auf die Übertragungsdichte, auf den Rhythmus des Zusammenspiels zwischen Deutung und haltender Beziehung, auf den Rang der äußeren Realität und ihrer Klärung etc. Ich halte es für einen Irrtum, eine vier- bis fünfstündige Behandlung von allen anderen Settingformen kategorial zu trennen und nur dieses Setting als genuine »Psychoanalyse« anzuerkennen. Diese nach meiner Auffassung irrtümliche Sicht der Hochfrequenz findet sich einerseits bei denjenigen, die die Hochfrequenz mit dem methodischen Verfahren selbst gleichsetzen: Vier- bis Fünfstündigkeit und psychoanalytische Methode werden synonym. Ein »wahrer« Analytiker, so lautet das Ideal, führt eigentlich nur oder ganz überwiegend hochfrequente Analysen durch, alle anderen Tätigkeiten stellen im Grunde weniger wertvolle Anwendungsformen der Methode dar, die den Analytiker vom »reinen Gold« entfernen. Diese irrtümliche Sicht findet sich aber auch bei den Gegnern der Vierstündigkeit, die meinen, niedrigerfrequente Anwendungen der psychoanalytischen Methode vom hochfrequenten Verfahren abtrennen zu können.

Die zweistündige Therapie ist unter den IPA-Mitgliedern die weltweit am häufigsten praktizierte Behandlungsform (Rüth-Behr 2008). Die diesbezüglichen Veröffentlichungen (z. B. Dreyer & Schmidt 2008) befassen sich sehr mit den Spezifika der Niederfrequenz, betonen jedoch andererseits das Kontinuum zwischen allen psychoanalytischen Settingformen.

Ich bin überzeugt, dass die Hochfrequenz nicht bei jeder Analyse indiziert ist, insbesondere nicht vom Anfang bis zum Ende der Behandlung. Ich bin aber ebenso davon überzeugt, dass die Hochfrequenz da, wo sie indiziert ist, therapeutische Erfolge ermöglicht, die anders nicht zu erreichen sind. Aus diesem Grund sollte die hochfrequente Analyse auch in der kassenärztlichen Praxis einen legitimen Platz erhalten.

4. *Praktische Schlussfolgerungen*

Abschließend möchte ich einige Vorschläge unterbreiten, die sich aus dem vorstehenden Argumentationsgang ergeben.

Zur vierten Wochenstunde:

- Als *Minimalforderung* schlage ich eine Freigabe der vierten Wochenstunde als privat finanzierte Selbstzahlerleistung (IGel) vor, inklusive

der Behandlungen im Rahmen der psychoanalytischen Ausbildung. Wenn die Gutachter und die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen sich dazu entschließen könnten, den Schulenstreit um die Hochfrequenz in der Profession und nicht über Richtlinien-Macht auszutragen, wenn es also einen berufspolitischen Willen dazu gäbe, wäre eine solche Lösung einfach zu beschließen, ohne dass juristische Findigkeiten bemüht werden müssten. Dies würde die Lage für alle Analytiker erleichtern, wenn sie hochfrequente Behandlungen für indiziert halten, und auch die Situation in der psychoanalytischen Ausbildung von einer unnötigen Belastung befreien.
- Eine noch bessere Lösung wäre es naturgemäß, die vierte Wochenstunde als eine Möglichkeit innerhalb der Richtlinie wieder zuzulassen, wie dies vor 1993 möglich war.

Zu den Kontingenten:

- Als *Minimalforderung* schlage ich eine Erhöhung des Gesamtkontingents für Analytische Psychotherapie auf 500 Stunden vor. Dies würde für alle Analytiker und ihre Patienten die Chancen für einen ausreichenden Behandlungsrahmen deutlich erhöhen.
- Eine noch bessere Lösung wäre es, die Dauer ebenso wie die Frequenz den Behandlern zu überlassen.

Insgesamt – gewissermaßen als *Maximalforderung* – plädiere ich dafür, die Gutachterpflicht in der jetzigen Form aufzugeben.[9] Wie in allen übrigen Bereichen des gesetzlich finanzierten Gesundheitswesens würde die Befugnis, die Indikation für eine Behandlung zu stellen und sie fachgerecht durchzuführen, an die Behandler zurückgegeben. Sie wäre wie auch auf anderen Gebieten an eine Fachkompetenz gebunden, die durch eine entsprechende Ausbildung gewährleistet wird.

Historisch mag das Gutachterverfahren gerechtfertigt gewesen sein, um der Psychoanalyse überhaupt einen Platz in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern; beim heutigen Wissensstand über die Wirksamkeit und im Blick auf die Qualität der psychoanalytischen Ausbildung scheint mir seine Aufrechterhaltung nicht mehr sinnvoll.

[9] Die im Herbst 2019 verabschiedete Reform des Psychotherapeutengesetzes zielt auf eine Abschaffung des Gutachterverfahrens, um es durch kurzfristige begleitende Ergebnismessungen zu ersetzen. Gegenüber solchen Forderungen bleibt es eine berufspolitische Aufgabe, die Errungenschaften des bisherigen Richtliniensystems zu verteidigen. Vgl. Anm. oben und meine Bemerkungen zur vorwissenschaftlichen Debatte, oben Abschnitt 3.

Zum Abschluss möchte ich einige Einwände diskutieren, die gegen eine solche Abschaffung des Gutachterverfahrens vorgebracht werden könnten.

Ist das Gutachterverfahren bisher nicht die einzige Garantie für ein einigermaßen angemessenes Honorar der Psychotherapeuten?[10]

In der Tat hat die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts von 1999 den Psychotherapeuten ein gewisses Maß an Honorarsicherheit garantiert; die Richter haben sich dabei explizit auf das Gutachterverfahren als Vorabkontrolle im Sinne des Gesetzgebers berufen. Dieses BSG-Urteil konnte jedoch nicht verhindern, dass das Einkommen von Psychotherapeuten im Rahmen der GKV lange Zeit stagnierte. Die Psychotherapeuten konnten nur etwa die Hälfte des Jahreseinkommens aller Leistungserbringer erwirtschaften; im Durchschnitt erreichten die niedergelassenen Fachärzte der Organmedizin das zweieinhalb- bis dreifache Einkommen gegenüber den Vertretern der sprechenden Medizin (Böker 2016). In den letzten Jahren sind zwar die Honorare für einen Teil der psychotherapeutischen Leistungen schrittweise erhöht worden. Gleichwohl hat sich die berufspolitische Strategie, sich auf das Gutachterverfahren als zentrales Honorarargument zu beziehen, nicht bewährt, um wirklich angemessene Honorare zu erwirken (Bowe 2017, 2018).

Wer soll dann die Psychotherapeuten kontrollieren? Besteht nicht die Gefahr einer missbräuchlichen Abrechnung von Versicherungsleistungen?

Missbrauch ist in der Praxis von Psychotherapeuten wie bei allen Ärzten nie ganz auszuschließen, sofern nicht Fachkompetenz und eine ethische Grundhaltung dem entgegenstehen. Der Begriff des Missbrauchs bezieht sich in diesem Zusammenhang auf zwei Dimensionen: zum einen auf betrügerische Abrechnungspraktiken, zum anderen auf unangemessene Behandlungsmaßnahmen.

Was die Frage der Abrechnung betrifft, bin ich der Auffassung, dass die Psychotherapeuten wie alle anderen Ärzte überprüft werden sollten. Der Prüfungsausschusses der GKV, dessen Mitglieder von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen nominiert werden, prüft bei allen abgerechneten Leistungen die Plausibilität des Zeitaufwands, er wird überdies bei auffälligen Abweichungen von den Durchschnittswerten

[10] Vereinfachend fasse ich mit diesem Begriff hier alle Ärzte, Psychologen und Pädagogen zusammen, die innerhalb der GKV psychotherapeutisch tätig sind.

der Fachgruppe tätig; darüber hinaus werden generell zwei Prozent aller Vertragsärzte nach dem Zufallsprinzip geprüft.

Die fachliche »Kontrolle« sollte man nach meinem Dafürhalten den Supervisions- und Intervisionsaktivitäten innerhalb der Profession überlassen. Meiner Kenntnis nach nehmen die meisten Analytiker ihr ganzes Berufsleben lang an Intervisions- und Supervisionsgruppen teil und stellen darüber hinaus ihre Fälle vielfach auf Tagungen und Kongressen vor.

In dieser fachlichen Hinsicht ist die »Kontrolle« durch die Gutachter meiner Ansicht nach unwirksam. Neben den inhaltlichen Einwänden, die ich in den vorangegangenen Abschnitten dargelegt habe, liegt dies auch an dieser Form der Kontrolle. Im Grunde prüft der Gutachter nur, ob der Antrag mit der Richtlinie übereinstimmt, d. h. ob der Behandler die Sprachregelungen beherrscht. Seine Entscheidungsmacht über die Finanzierung der Behandlung verhindert jene Aufrichtigkeit, die eine Voraussetzung psychoanalytischer Fallvorstellungen innerhalb der Profession darstellt.

Besteht dann nicht die Gefahr, dass die Psychoanalytiker endlos hochfrequent behandeln und sehr viel Versicherungsgeld verschleudert wird?

Zunächst einmal ist festzuhalten, dass der gesamte Bereich der ambulanten Psychotherapie sich in einer Größenordnung von etwa 1,4 % aller ambulanten GKV-Leistungen bewegt, innerhalb der gesamten GKV-Aufwendungen etwa im Bereich von 0,17 %. Die Analytische Psychotherapie selbst macht nur 0,51 % aller ambulanten GKV-Leistungen und 0,009 % aller GKV-Leistungen aus (Herold 1995, S. 475 ff.). Eine Änderung in diesem Bereich würde im Budget der GKV vergleichsweise marginal aufscheinen.

Selbstverständlich bedarf es einer gesellschaftlichen und politischen Diskussion darüber, welche Leistungen in einem Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden sollen, und entsprechende Entscheidungen dürften auch vor der Psychotherapie nicht Halt machen. Aber ein spezielles Gutachtersystem für diesen Bereich scheint mir nicht der richtige Ort dafür zu sein. Die wirklich gravierenden Probleme der Geldflüsse und der Mengensteuerung im Gesundheitswesen liegen anderswo (vgl. z. B. Hontschik 2014).

Die Zahlen der Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) von 2011 belegen darüber hinaus, dass die Psychotherapeuten in ihrer Gesamtheit sehr zurückhaltend sind, was die Budget-Belastung der GKV betrifft: Zwei Drittel der Patienten wurden mit Kurzzeittherapie behandelt,

und in der Hälfte der Fälle wurde das bewilligte Kurzzeit-Kontingent nicht ausgeschöpft. Am anderen Ende des statistischen Spektrums, bei den Analytischen Psychotherapien, zeigte sich, dass weniger als die Hälfte der Behandlungen mehr als 100 Sitzungen umfasste (Kremser 2014, Bowe 2014).

In der wirtschaftlichen Betrachtung müsste man überdies in Rechnung stellen, dass alle Kosten des Gutachterverfahrens wegfallen würden.

Insgesamt sehe ich also die Gefahr, dass es durch einen Wegfall des Gutachterverfahrens zu einer Kostenexplosion käme, als sehr gering an. Aber selbst wenn zusätzliche Kosten dadurch entstünden, dass mehr hochfrequente Analysen durchgeführt würden, wäre dies aus meiner Sicht ein Gewinn für die Patienten und ein mehr als gerechtfertigter Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung.

Mir ist klar, dass diese Vorschläge unter den gegenwärtigen Umständen der Gesundheitspolitik keine Chance auf kurzfristige Verwirklichung haben. Meine Hoffnung ist, dass die Kraft des Arguments am Ende doch eine Wirkung erzeugen könnte.

Kontakt: Dr. med. Thomas Pollak, Finkenhofstr. 42, 60322 Frankfurt/M.
E-Mail: mail@t-pollak.de

LITERATUR

Becker, H. (1983): Freiheit, Sozialismus, Psychoanalyse. In: Becker, H. & Nedelmann, C.: Psychoanalyse und Politik, 12–32.
Becker H. & Nedelmann, C. (1983a): Zwischen Begrenzung und Öffnung. Psychoanalyse als Beruf. In: Becker, H. & Nedelmann, C.: Psychoanalyse und Politik, 36–65.
Becker, H. & Nedelmann, C. (1983b): Psychoanalyse und Politik. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
Böker, U. (2016): Wie veraltete Vergleichsdaten das Mindesthonorar der Psychotherapeuten drücken. Eine Analyse. Projekt Psychotherapie 04/2016, 13–15.
Boston Change Process Study Group (2007): Implicit Process in Relation to Conflict, Defense and the Dynamic Unconscious. Int J Psychoanal 88, 843–860.
Bowe, N. (2014): Sparsam und effektiv, auch ohne Druck von außen. Projekt Psychotherapie 02/2014, 11–22.
Bowe, N. (2017): BSG verweist Psychotherapeuten vom Souterrain in den Honorarkeller. Projekt Psychotherapie 04/2017, 10–12.
Bowe, N. (2018): Statt Rechtsschutz eine Rechtfertigung der massiven Ungleichbehandlung. Projekt Psychotherapie 02/2018, 10–11.
Buchholz, M.B. (1999): Psychotherapie als Profession. Gießen (Psychosozial-Verlag).
Buzov, I. (1999): Letter to the Editor. Int J Psychoanal 80, 382.
Clemens, T. & Schildt, H. (2013): Kassenleistung und ergänzende Privatbehandlung – Möglichkeiten und Grenzen, unter besonderer Berücksichtigung der (hochfrequenten) analytischen Psychotherapie. MedR 31, 491–508. DOI 10.1007/s00350-013-3472-7.
Danto, E.A. (1998): The ambulatorium: Freud's free clinic in Vienna. Int J Psychoanal 79, 287–300.

Danto, E.A. (1999): The Berlin Poliklinik: Psychoanalytic Innovation in Weimar Germany. J Am Psychoanal Ass 47, 1269–1292. DOI 10.1177/000306519904700416.
Dieckmann, M., Dahm, A. & Neher, M. (2018): Faber-Haarstrick (11. Auflage). Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. München (Elsevier). DOI 10.1016/b978-3-437-22865-0.05001-x.
Dreyer, K.-A. & Schmidt, M.G. (Hg.) (2008): Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie. Theorie, Technik, Therapie. Stuttgart (Klett-Cotta).
Dührssen, A. & Jorswieck, E. (1965): Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Nervenarzt 36, 166–169.
Focke, I. (2010): Der Weg der DPG in die IPV. Wunsch und Ambivalenz. Psyche – Z Psychoanal 64, 1187–1205.
Freud, S. (1909b) Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. GW 7, 241–377.
Freud, S. (1912e): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW 8, 376–387.
Freud, S. (1915a): Bemerkungen über die Übertragungsliebe. GW 10, 306–321.
Freud, S. (1919a): Wege der psychoanalytischen Therapie. GW 12, 181–194.
Freud, S. (1926e): Die Frage der Laienanalyse. GW 14, 207–286.
Freud, S. (1933a): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW 15.
Freud, S. & Ferenczi, S. (1980): Sechs Briefe zur Wechselbeziehung von psychoanalytischer Theorie und Technik. Mit begleitenden Überlegungen von I. Grubrich-Simitis. In: Jappe, G. & Nedelmann, C. (Hg.): Zur Psychoanalyse der Objektbeziehungen. Stuttgart (frommann-holzboog), 139–151.
Gemeinsamer Bundesausschuss (2018): Psychotherapie-Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie. https://www.g-ba.de/richtlinien/20/ (letzter Zugriff 22.4.2019).
Gerlach, A. (1996): Immer nur reagieren? Diskussionsbemerkung zur Entwicklung der Frequenzdiskussion in der DPV. DPV-Informationen 19, 5f.
Guggenheim, J., Hampe, M., Schneider, P. & Strassberg, D. (2016): Im Medium des Unbewussten. Zur Theorie der Psychoanalyse. Stuttgart (Kohlhammer).
Hampe, M. (2004): Pluralität der Wissenschaften und Einheit der Vernunft – Einige philosophische Anmerkungen zur Psychoanalyse. In: Leuzinger-Bohleber, M. & Deserno, H. & Hau, S. (Hg.): Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Stuttgart (Kohlhammer), 17–32.
Hartung, T., Hinze, E. & Schäfer, D. (2016): Wieviel Richtlinie verträgt die Psychoanalyse? Gießen (Psychosozial-Verlag).
Henseler, H. & Wegner, P. (Hg.) (1993): Psychoanalysen, die ihre Zeit brauchen. Zwölf klinische Darstellungen. Opladen (Westdeutscher Verlag). DOI 10.1007/978-3-663-12331-6.
Hermanns, L. (2001): Fünfzig Jahre Deutsche Psychoanalytische Vereinigung. Zur Geschichte der Psychoanalyse in Deutschland 1950 bis 2000. In: Bohleber, W. & Drews, S. (Hg.): Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart. Stuttgart (Klett-Cotta), 35–57.
Herold, R. (1995): »Utopische« und »tatsächliche« Kosten analytischer Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung. ZPTP 10, 462–480.
Hinze, E. (2016): Das Honorar des Psychoanalytikers. In: Hartung, T. et al.: Wieviel Richtlinie verträgt die Psychoanalyse?, 15–27.
Holmes, M. & Müller, T. (2016): Paula Heimann und die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung. Psyche – Z Psychoanal 70, 295–313.

Hontschik, B. (2014): Hippokrates for sale. Von der schleichenden Zerstörung des solidarischen Gesundheitswesens. Frankfurt/M. (weissbooks).
Huber, D., Gastner, J., Henrich, G. & Klug, G. (2013): Must all have prizes? Die Münchner Psychotherapiestudie (MPS) – ein Vergleich von analytischer Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie. In: Leuzinger-Bohleber et al. (Hg.): Chronische Depression, 308–324. DOI 10.13109/9783666451683.308.
Keller, W. (2013): Symptomatik und strukturelle Veränderungen bei chronisch depressiven Patienten. Teilergebnisse der Praxisstudie analytische Langzeittherapie (PAL-Studie). In: Leuzinger-Bohleber, M. et al. (Hg.): Chronische Depression, 333–353. DOI 10.13109/9783666451683.333.
Kremser, M. (2014): So sieht die Versorgungsrealität aus. Projekt Psychotherapie 02/2014, 11.
Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008): Effectiveness of Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Meta-Analysis. J Am Med Ass 300, 1551–1565. DOI 10.1001/jama.300.13.1551.
Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B. & Beutel, M. (2001): Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien. Eine multiperspektivische, repräsentative Studie. Psyche – Z Psychoanal 55, 193–276.
Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U. & Beutel, M. (2002): »Forschen und Heilen« in der Psychoanalyse. Stuttgart (Kohlhammer).
Leuzinger-Bohleber, M., Bahrke, U. & Negele, A. (Hg.) (2013): Chronische Depression. Verstehen – Behandeln – Erforschen. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht). DOI 10.13109/9783666451683.
Lockot, R. (2000): Psychoanalytiker eignen sich ihre deutsche Geschichte an. In: Schlösser, A. & Hühlfeld, K. (Hg.): Psychoanalyse als Beruf. Gießen (Psychosozial), 135–162.
Lockot, R. (2010): DPV und DPG auf dem dünnen Eis der DGPT. Zur Beziehungsgeschichte von Deutscher Psychoanalytischer Vereinigung (DPV) und Deutscher Psychoanalytischer Gesellschaft (DPG) innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGPT) bis 1967. Psyche – Z Psychoanal 64, 1206–1242.
Oevermann, U. (1981): Professionalisierung der Pädagogik – Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns. Vortrag am Institut für Sozialpädagogik und Erwachsenenbildung der FU Berlin. Manuskript.
Pollak, T. (2001): Ist die psychoanalytische Identität bedroht? Zur aktuellen berufspolitischen Situation der Psychoanalyse in der Bundesrepublik. Psyche – Z Psychoanal 55, 835–863.
Pollak, T. (2013): Kontamination des »reinen Goldes«? Zur klinischen Tätigkeit des Psychoanalytikers im Rahmen des Gesundheitswesens. Vortrag vor der kasuistisch-technischen Konferenz der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) in Fulda. Manuskript.
Rüger, U. & Bell, K. (2006): Psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen und anderer Kostenträger. In: Reimer, C. & Rüger, U. (2006): Psychodynamische Psychotherapien. Heidelberg (Springer), 359–370. DOI 10.1007/3-540-34272-9_23.
Rüger, U., Dahm, A., Dieckmann, M. & Neher, M. (2014): Faber-Haarstrick (10. Auflage). Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. München (Urban & Fischer), VI–VII. DOI 10.1016/b978-3-437-22864-3.05001-9.

Rüth-Behr, B. (2008): Einführung in das Forum »Psychoanalytisches Arbeiten im niederfrequenten Setting«. In: Deutsche Psychoanalytische Vereinigung, Tagungsband der Herbsttagung, Frankfurt (Geber und Reusch), 249–251.
Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J. & Schubert, J. (2001): Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. Psyche – Z Psychoanal 55, 277–310.
Sandler, J. & Dreher, A. U. (1996): What Do Psychoanalysts Want? The Problem of Aims in Psychoanalytic Therapy. London, New York (Routledge).
Schäfer, D. (2016a): Grundsätzliches über das Verhältnis von Krankenversicherung und Psychoanalyse. In: Hartung, T. et al.: Wieviel Richtlinie verträgt die Psychoanalyse?, 15–27.
Schäfer, D. (2016b): Die Entwicklung der Psychotherapie-Linien. In: Hartung, T. et al.: Wieviel Richtlinie verträgt die Psychoanalyse?, 83–98.
Scheidt, C.E. (2011): Stichwort Stichprobe. Projekt Psychotherapie 04/2011, 28–30.
Schülein, J.A. (1999): Die Logik der Psychoanalyse. Gießen (Psychosozial).
Schülein, J.A. (2018): Psychoanalyse und Soziologie: Keine einfache Beziehung. Psyche – Z Psychoanal 72, 433–458. DOI 10.21706/ps-72-6-433.
Shedler, J. (2010): The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. American Psychologist 65, 98–109. DOI 10.1037/a0018378.
Springer, A., Senf, W., Sasse, H., Wellendorf, F., Schneider, G. & Wimmer, R. (2011): Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß § 13–15 der Psychotherapie-Richtlinie für die psychoanalytisch begründeten Verfahren. Forum der Psychoanalyse 27, Sonderheft, 1–85. DOI 10.1007/s00451-011-0091-7.
Stern, D., Bruschweiler, N., Sander, L., Nahum J., Harrison A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., N. & Tronick, E. (1998): Non interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The »something more« than interpretation. Int J Psychoanal 79, 903–921.
Strenger, C. (1991): Between Hermeneutics and Science. Madison/CT (International University Press).

Abstract

Hamstrung Psychoanalysis. The regimentation of psychoanalytic treatment by health insurance guidelines. – The article focuses on the »psychotherapy guideline« regulating the use of psychoanalysis in the framework of German health insurance norms. The author begins with a discussion of the relation between psychoanalysis and patient treatment, proceeding from there to the history of the »guideline« and its compromise status. He then discusses individual aspects of the regulations and casts light on the theoretical background behind the guideline system. In the final section the author advocates major changes to the system.

Keywords: patient treatment; health insurance; health system; guidelines

Résumé

La psychanalyse dans le corset des directives. Sur la réglementation des cures psychanalytiques dans le cadre de l'assurance maladie. – L'article étudie la « directive sur la psychothérapie » qui réglemente l'utilisation de la psychanalyse dans le cadre de l'assurance maladie. L'auteur évoque d'abord le débat sur la relation entre la psychanalyse et les soins de santé, puis retrace l'histoire de la « directive » et souligne son caractère de compromis. Les différentes règles qui la composent sont discutées et leur contexte théorique est mis en lumière. Dans la dernière partie, l'auteur plaide pour des changements fondamentaux.

Mots-clés : soins de santé ; assurance maladie ; santé publique ; directives

URSULA KREUZER-HAUSTEIN

»Horror Vacui« oder »Windstille der Seele«?

Psychoanalytische und kulturhistorische Gedanken zur Langeweile*

Zusammenfassung: Der Beitrag untersucht die Langeweile auf klinischem Terrain und als literarisches/philosophisches Sujet in Abgrenzung zu benachbarten Phänomenen wie Muße, Müßiggang und Faulheit. Da sich das Phänomen Langeweile im Bedeutungsspektrum zwischen »horror vacui« (Kant) und »Windstille der Seele« (Nietzsche) einer definitorischen Klarheit entzieht, schlägt die Autorin anhand klinischer Vignetten vor, drei Qualitäten und regulierende Funktionen der Langweile zu differenzieren: eine vernichtende, mit »Desobjektalisierung« (Green) einhergehende Langeweile, eine als Abwehr eines traumabedingten Ich-Verlusts fungierende Langeweile sowie eine Langeweile als kreativer Übergangsraum. Freuds Gedanken über die Existenz von »lustvolle(n) Spannungen und unlustige(n) Entspannungen« enthalten eine triebökonomische Perspektive, die einen Blick auf sehr unterschiedliche Lust- und Unlustqualitäten der Langeweile erlaubt.

Schlüsselwörter: Langeweile; Desobjektalisierung; Abwehr; Horror Vacui; Acedia

Cite as: Kreuzer-Haustein, U. (2020): »Horror vacui« oder »Windstille der Seele«? Psychoanalytische und kulturhistorische Gedanken zur Langeweile. Psyche – Z Psychoanal 74 (6), 421–445. DOI 10.21706/ps-74-6-421

Unter dem Titel »Her mit der Langeweile« erschien im Dezember 2012 in der *Süddeutschen Zeitung* ein Bericht über eine ungewöhnliche Konferenz, die »Boring-Conference«, die zum dritten Mal in London ausgerichtet wurde (Menden 2012). Der Autor dieses Berichts fasst die Intention dieser Konferenz im Untertitel zusammen: »Wlan, Smartphones, Twitter – wer soll sich da noch langweilen? Die ›Boring Conference‹ in London zeigt: Der Mensch braucht Leerlauf.« James Ward, Initiator der Konferenz, hauptberuflich als Marketing-Manager tätig, geht es darum, »dass wir uns einfach mal die Zeit nehmen, Dinge genauer anzusehen, die wir für langweilig halten« (ebd.). Die weit verbreitete Klage über Arbeits-, Freizeit- und Familienstress, die Vorstellung,

> »dass Stress adelt, […], die ständige Erreichbarkeit und Zielstrebigkeit, belohnt mit einem sauberen Burn-Out – all das lässt Langeweile gar nicht zu.

* Bei der Redaktion eingegangen am 9.12.2019.