

# **Wie übende und suggestive Interventionen im ambulanten Bereich der deutschen Krankenversorgung zu abrechenbaren Leistungen wurden – ein Beitrag zur (Sozial-) Geschichte von Autogenem Training (AT) und Hypnose**

*Björn Husmann*

## ***Vorbemerkung***

Dieser Artikel entstand im Zuge der Recherche zu einigen Postern und Plakaten der (Wander-) Ausstellung „Über 100 Jahre Autogenes Training“. Ursprünglich sollte sie zum ersten Mal 2020 zum 100. Geburtstag des AT in seinem Geburtsort Jena präsentiert werden. Wegen der Pandemieschutzmaßnahmen musste sie aber verschoben werden und sollte stattdessen Ende April 2021 auf der Sylter Entspannungstherapiewoche der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren – die das Projekt auch finanziell unterstützt – eröffnet werden. Aber auch diese Tagung musste wegen Ansteckungsgefahr leider ausfallen. Ein neuer Termin für die Vernissage muss noch gefunden werden. Ironischer Weise tobte also zur Zeit der Geburt des AT 1920 die dritte Welle der spanische Grippe A/H1N1 und um den 100. Geburtstag grassiert der Virus SARS-CoV2.

In der Ausstellung sollen wichtige Facetten der imposanten Geschichte des AT kursorisch mit jeweils einigen Plakaten beleuchtet werden. Dazu gehört auch die Frage, ab wann konnte AT eigentlich auf welcher Grundlage abgerechnet werden? Klang zunächst einfach, stellte sich bei der genaueren Recherche aber als komplexe Materie heraus, die allerdings keineswegs so trocken war, wie anfänglich befürchtet.

Innerhalb dieser Recherche konnten mit Unterstützung z.B. der Bundesärztekammer oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dokumente zutage gefördert werden, die ansonsten nicht einfach auffindbar sind. Daraus entstand dieser Artikel, wobei die vorgestellten Abrechnungsordnungen usw. nicht nur AT betreffen, sondern ebenso Hypnose – wobei hier die klassische (Suggestiv-) Hypnose gemeint ist (z.B. Schultz, 1935), nicht die aktuelle Hypnotherapie – und später auch die PR, denn diese drei

Björn Husmann

**Wie übende und suggestive Interventionen im ambulanten Bereich der deutschen Krankenversorgung zu abrechenbaren Leistungen wurden – ein Beitrag zur (Sozial-) Geschichte von Autogenem Training (AT) und Hypnose**

*Die Abrechnungsmöglichkeiten von Autogenem Training (AT) und Hypnose im ambulanten Bereich der deutschen Krankenversorgung sind ein Teil der Historie dieser Verfahren. Um sie einordnen zu können, ist vorweg ein kurzgeaffter Überblick zur (Vor-)Geschichte der heterogenen Krankenkassen-Landschaft notwendig. Daran anschließend werden einzelne relevante Gebührenordnungen vorgestellt, die insbesondere 1924-1933 und nach 1945 Geltung hatten. Neben den Honorarentwicklungen wird dabei auch thematisiert, wie psychotherapeutische Verfahren im Laufe der Zeit zumindest unterschwellig als hierarchisch gruppiert gedacht wurden. Der Artikel erhebt insgesamt aber nicht den Anspruch einer systematischen historischen Analyse des Themas, dafür ist u.a. der Fundus aktuell zu recherchierender Dokumente zu limitiert und die Materie im Verhältnis zu den zur Verfügung stehenden Ressourcen zu komplex. Aber er soll über dieses üblicherweise als ‚trocken‘ angesehene Thema informieren, da viele historische Entwicklungslinien der Abrechnungsfragen nicht (mehr) vielen bekannt sind. Außerdem soll das Bewusstsein der Wandelbarkeit der Rahmenbedingungen geschärft werden, um für weiteres berufspolitisches Engagement zugunsten von AT, Hypnose und PR zu werben.*

*Schlüsselworte: Abrechnung, Autogenes Training, Hypnose, ambulante Krankenversorgung, Deutschland, Geschichte, übenden und suggestiven Interventionen, PreuGO, AdGO, GOÄ, E-GO, EBM, Psychotherapie-Richtlinien, unterschwellige Hierarchisierung*

**How exercising and suggestive interventions became billable procedures in the outpatient sector of the German health insurance system – a small contribution on the (social) history of autogenic training (AT) and hypnosis**

*The billing options for autogenic training (AT) and hypnosis in the outpatient sector of the German health care system are part of the history of different psychotherapeutic methods. In order to be able to classify them, a brief overview of the (pre-)history of the heterogeneous health insurance landscape is necessary. This is followed by a presentation of fee schedules, which prevailed from 1924 to 1933 and after 1945. In addition to fee developments, the article also discusses how psychotherapeutic methods were implicitly grouped hierarchically. Overall, the article does not to provide a systematic historical analysis of the topic, as the currently available evidence is too limited and the subject matter too complex to allow for more sweeping conclusions. Instead, it aims to provide preliminary background information on the topic, which is usually regarded as 'dry' and of little significance – and is therefore largely forgotten. It is also intended to raise awareness of changing conditions in order to promote further professional political commitment in favour of AT, hypnosis and PR. (Anthony Kauders)*

*Key Words: Billing, autogenic training, hypnosis, Germany, outpatient health care system, history, exercising and suggestive interventions, PreuGO, AdGO, GOÄ, E-GO, EBM, psychotherapy guidelines, subliminal hierarchisation of psychotherapy methods*

Dipl.-Psych. Björn Husmann

Möckernstraße 48, 28201 Bremen, [praxis@bjoern-husmann.de](mailto:praxis@bjoern-husmann.de)

erhalten: 18.3.2021

rev. Version akzeptiert: 13.7.2021

Verfahren wurden bei Abrechnungsfragen lange Zeit zusammen als eine Gruppe behandelt<sup>1</sup>. Diese Funde sollen hier vorgestellt werden, um diesen Teil der Geschichte von AT sowie Hypnose (und später PR) in groben Linien zu rekonstruieren, was nicht nur die Veränderbarkeit der Honorare und Abrechnungsbestimmungen sichtbar machen wird<sup>2</sup>, sondern z.B. auch die 2020 vorgenommene Aufwertung u.a. von AT, Hypnose und PR in einen historischen Kontext stellt. Zugleich soll für ein über Honorierungsfragen hinausgehendes, berufspolitisches Engagement für die Verfahren geworben werden, wie es z.B. der „Resolution zur Stärkung von AT, PR und Hypnose innerhalb der gesetzlichen Krankenversorgung“ zugrunde lag, die 2017 von der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren initiiert und von der MEG sowie der DGH unterstützt wurde (DG-E, Hrsg., 2017; zu den Ergebnissen s. Husmann 2019, 2020b).

## Einleitung

Rituelle bzw. ritualisierte Entspannung und Trance als Teil von Heilungsprozessen, insbesondere zur (spirituellen) Reinigung, zur Besinnung und zur Rekonvaleszenz gibt es schon sehr lange und in vielen Kulturen. Hypnose hat nicht nur in dieser Hinsicht eine schon weit zurückreichende Tradition. AT ist ‚gerade mal‘ knapp über 100 Jahre alt (Husmann, 2020a, 2021), PR in etwa auch. Ob und wie Entspannungs- und Trance-Rituale früher honoriert wurden ist kaum überliefert. Im für die Fragestellung dieses Beitrages wichtigen Zeitabschnitt ab der Moderne wurden AT und Hypnose und später PR im stationären Bereich v.a. über allgemeine Pauschalen für Klinikaufenthalte abgerechnet. Insofern lautet die Frage für den stationären Sektor: Ab wann wurden die Verfahren in welchen Kliniken angeboten? Klinische Hypnose bzw. ihre Vorläufer seit dem 18. Jahrhundert an verschiedenen Orten (Peter, 2015), AT erstmalig 1920 - 1924 von J. H. Schultz als damaligem Chefarzt von Lahmanns Sanatorium in Dresden (Husmann, 2017, S. 63ff). Hier kostete 1920/21 der Aufenthalt 15 Goldmark pro Person und Tag zzgl. Aufnahmegebühr (Abb. 1); Zimmerkosten und

| <b>Dr. Lahmanns Sanatorium Weißer Hirsch</b>  |   |
|---|---|
| <b>TARIF.</b>   |   |
| <b>Aufnahmegebühr</b> (einmalig)  |   |
| für Erwachsene  | { bei erstmaligem Besuch 20 Goldmark<br>bei wiederholtem „ 15 „       |
| für Kinder  | { bei erstmaligem „ 15 „<br>bei wiederholtem „ 10 „                   |
| <b>Kurkosten</b> Normale Kur, ärztl. Behandlung,<br>Massagen u. Beköstigung täglich 15 Goldmark<br>Kinder unter 10 Jahren . . . . 10 „  |   |
| <b>Zimmerpreise</b>   |   |
| Zimmer mit 1 Bett . . . . .   | } 2 bis 9 Goldmark<br>6 bis 14 „<br>9 bis 10 „<br>15 „<br>25 „<br>2 „ |
| „ „ 2 Betten . . . . .  |   |
| „ „ 1 Bett und Bad  |   |
| „ „ 2 Betten u. Bad   |   |
| Salon, Schlaf- u. Badezimmer<br>EinGastbett im selben Zimmer  | lich  |
| <b>Dienerschaft der Kurgäste</b> für Beköstigung 8 Goldmark   |   |
| <b>Extern Wohnende</b> Der Tagespreis für extern wohnende Kurgäste erhöht sich um 2 Goldmark pro Person. Der Zuschlag fällt weg, sobald das Sanatorium keine freien Zimmer hat. |   |
| <b>Zuschläge</b> für Diabetiker (inkl. täglicher Analysen) täglich . . . . . 7 Goldmark   |   |

Abb. 1: Auszüge der Tarife von Lahmanns Sanatorium (Hrsg., 1921/22, S.41)

### *Abrechenbarkeit von übenden und suggestiven Interventionen*

evtl. Zusatzleistungen wurden extra abgerechnet. Dabei ist anzumerken, dass Lahmann's Sanatorium eine seinerzeit sehr bekannte Privat-Klinik war, die einen beträchtlichen Teil ihres Klientels aus dem gehobene Bürgertum generierte (ebd.).

Ab Mitte der 1920er Jahre gab Schultz in Berlin ärztliche AT-Fortbildungen und unterrichtete AT an der privaten Lessing Hochschule (ebd., S. 78ff). Deshalb ist anzunehmen, dass AT etwa ab den 1930er Jahren – die Erstauflage von Schultz' „Das Autogene Training. Konzentrierte Selbstentspannung“ erschien 1932 – sukzessive auch in anderen Kliniken und Sanatorien in den Behandlungskanon aufgenommen wurde, in denen von ihm ausgebildete Therapeut\*innen tätig waren. Ab wann genau auch PR in Klinik genutzt wurde, muss noch recherchiert werden.

Wie war es aber mit der Abrechnung im ambulanten klinischen Bereich? Die Antwort ist vielschichtig und erfordert zum Verständnis der komplexen Entwicklungsdynamik einen kurzen Exkurs in die Geschichte der Krankenversicherung, um danach auf die verschiedenen Gebührenordnungen usw. zu sprechen zu kommen.

### **Die Entwicklung der heterogenen Krankenversicherungslandschaft**

Frühe Formen der Hilfe für Kranke basierten auf familiären und Stammes-Verbindungen. Im antiken Griechenland und Rom gab es bereits Formen der Armenfürsorge, die in einem gewissen Umfang auch Kranken halfen. Mit fortschreitender Urbanisierung wurden allmählich einige lokale Kranken-, Waisen- und Speisehäuser für Mittellose oder Invalide erbaut, die nicht zuletzt die Mildtätigkeit der jeweiligen Landesherren usw. bezeugen sollten. V.a. betrieben aber Religionsgemeinschaften caritative Einrichtungen z.B. in und bei Klöstern oder in der Nähe von Bischofssitzen. Ritter, wie etwa die Johanniter, legten ein Gelübde ab, sich um kranke Ordensbrüder zu kümmern und errichteten dazu Spitäler. Auch gab es vor dem Hintergrund feudaler Traditionen eine gewisse Schutzpflicht von Arbeitgebern, die allerdings nur bei nachgewiesener Fahrlässigkeit ihrerseits griff. Der 30-jährige Krieg (1618-48) machte viele der angedeuteten Entwicklungen wieder zunichte<sup>3</sup> (vgl. auch für die folgenden Absätze Kröger, 2015; Simon, 2017).

In einigen Berufszweigen hielten bzw. entwickelten sich jedoch weiterhin genossenschaftliche Strukturen: Bergarbeiter, die einen besonders gefährlichen Beruf haben, sorgten ab dem späten Mittelalter für eine Form solidarischer Unterstützung erkrankter Kumpel und verrichteten deren Arbeit mit. Später wurden an Zahltagen in einer Dose freiwillige Spenden der Knappen eingesammelt, der so genannte Büchsenpfennig<sup>4</sup>. Weil diese Kollekte nicht reichte, wurde ein Festbetrag eingeführt. Ein Knappschaftsältester verwaltete diese Büchsenkasse, ein Vorläufer der Knappschaftskasse, aus der heraus Krankheitskosten, Arzneien und Sterbegeld finanziert wurden<sup>3</sup>. Ähnliches organisierten Handwerker, wo die in Zünften und Innungen zusammengeschlossenen Meister ins Zunftvermögen einzahlten; die Gesellen schlossen sich zu Gesellenbruderschaften zusammen. Aus diesen Organisationen, die auch ande-

re berufspolitische Aufgaben wahrnahmen und ihre jeweiligen Standesinteressen vertraten, entwickelten sich die späteren Innungskassen. Dabei ist nicht abschließend geklärt, ob zuerst die Bergleute oder zuerst die Handwerker eine Art Krankenkasse für ihre jeweilige Berufsgruppe organisiert hatten; in jedem Fall wurde die Beiträge von den Arbeiter\*innen gezahlt.

Mit dem Beginn der Industrialisierung nahm die Verelendung der (Manufaktur- und später Fabrik-) Arbeiter\*innen sowie ihrer Familien v.a. in den Städten massiv zu, sie konnten im Falle von Krankheit, Unfall oder Tod auf keine größer organisierte Solidarität zählen. Nicht zuletzt dieser Umstand befeuerte seinerzeit erhebliche soziale Spannungen und Unruhen. Zwar wurde 1794 in Preußen gesetzlich verfügt, dass der Staat für die Ernährung von Bürger\*innen ohne Unterhalt zu sorgen habe, aber das linderte die Not nur marginal<sup>3</sup>. Schon vorher hatten sich Fabrikassen – die Vorläufer der Betriebskrankenkassen<sup>4</sup> – entwickelt, aber die konnten sich viele Arbeiter\*innen nicht leisten. Ebenso wurden Vorläufer der Ersatzkassen gegründet, deren Klientel Handwerksge\*innen und ihre Gehilf\*innen waren<sup>5</sup>. Weil diese Kassen auf freiwilliger Mitgliedschaft basierten, warben sie mit etwas besseren Leistungen (z.B. freie Arzt\*innen-Wahl, längeres Krankengeld). Auch Angestellte taten sich in Hilfskassen zusammen<sup>6</sup>. 1843 wurde von Mitarbeitern einer Nürnberger Tabakfabrik die erste private Krankenversicherung uniVersa gegründet, es folgten u.a. 1875 die private Hanseatische Krankenversicherung Merkur (heute zusammen mit der 1936 gegründeten Hanse Krankenversicherung: HanseMerkur), Barmenia (1904), Central (1913) und Vereinte (1925, heute Allianz)<sup>4</sup>.

Die Preußische Gewerbeordnung verpflichtete ab 1849 Arbeitgeber\*innen, sich an den Beiträgen zur Krankenversicherung zu beteiligen<sup>7</sup>.

„Das Gesetz über die Vereinigung der Berg-, Hütten- und Salinenarbeiter in Knappschaften vom 10.04.1854 war die erste landesgesetzliche, öffentlich-rechtliche Arbeiterversicherung. Mit diesem Gesetz wurden die Knappschaftskassen einheitlich organisiert und der Zwang zu ihrer Bildung eingeführt. Die Bergarbeiter wurden zur Beitragszahlung verpflichtet und die Mindestleistungen der Kassen festgelegt.“<sup>3</sup>

Alle diese Regelungen entschärften aber nicht die Verelendung, denn von was sollten Arbeiter\*innen die Beiträge bezahlen? Im Falle von Erkrankungen, die im Angesicht der Arbeits- und Lebensbedingungen recht wahrscheinlich waren, waren sie bei gesundheitlichen Einschränkungen sehr schnell existentiell betroffen, sodass sie sich politisch organisierten. Vor diesem Hintergrund, insbesondere im Kontext der Auseinandersetzung mit der Sozialistischen Arbeiterpartei (etwa das so genannte „Sozialistengesetz“ von 1878), der Streikbereitschaft und der Furcht vor Umsturzversuchen aber auch wegen mehrerer Attentate auf den Kaiser<sup>8</sup> verkündete Wilhelm I. am 17.11.1881 im Reichstag seine so genannte kaiserliche (Sozial-) Botschaft:

„Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstag die Förderung des Wohles der Arbeiter von Neuem ans Herz zu legen und würden Wir mit umso größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken,

wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewusstsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf denen sie Anspruch haben, zu hinterlassen. (...)

In diesem Sinne wird zunächst der Entwurf eines Gesetzes über die Versicherung der Arbeiter gegen Betriebsunfälle vorbereitet. Ergänzend wird ihm eine Vorlage zur Seite treten, welche sich eine gleichmäßige Organisation des gewerblichen Krankenkassenwesens zur Aufgabe stellt. Aber auch diejenigen, welche durch Alter und Invalidität erwerbsunfähig werden, haben der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zu Theil werden können.

Für diese Fürsorge die rechten Mittel und Wege zu finden, ist eine schwierige, aber auch eine der höchsten Aufgaben jedes Gemeinwesens, welches auf den sittlichen Fundamenten des christlichen Volkslebens steht. Der engere Anschluss an die realen Kräfte dieses Volkslebens und das Zusammenfassen des letzteren in der Form kooperativer Genossenschaften unter staatlichem Schutz und staatlicher Förderung werden, wie Wir hoffen, die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein im gleichen Umfang nicht gewachsen sein würde.“<sup>9</sup>

Am 21.06.1883 erließ Reichskanzler Otto von Bismarck daraufhin das „Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“ (Abb. 2), wonach Beschäftigte in Industrie, Handwerk und Gewerbe krankenversicherungspflichtig wurden. Sie hatten

# Reichs-Gesetzblatt.

## № 9.

Inhalt: Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter. S. 78.

(Nr. 1496.) Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter. Vom 15. Juni 1883.

**Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen &c.**

verordnen im Namen des Reichs, nach erfolgter Zustimmung des Bundesraths und des Reichstags, was folgt:

### A. Versicherungszwang.

#### §. 1.

Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind:

1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüchen und Gruben, in Fabriken und Hüttenwerken, beim Eisenbahn- und Dampfschiff-fabrikbetriebe, auf Werften und bei Bauten,
2. im Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben,
3. in Betrieben, in denen Dampfkessel oder durch elementare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Gas, heiße Luft &c.) bewegte Triebwerke zur Verwendung kommen, sofern diese Verwendung nicht ausschließlich in vorübergehender Benutzung einer nicht zur Betriebsanlage gehörenden Kraftmaschine besteht,

sind mit Ausnahme der im §. 2 unter Ziffer 2 bis 6 aufgeführten Personen, sofern nicht die Beschäftigung ihrer Natur nach eine vorübergehende oder durch den Arbeitsvertrag im voraus auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes gegen Krankheit zu versichern.

Reichs-Gesetzbl. 1883.

15

Veröffentlicht zu Berlin den 21. Juni 1883.

Abb. 2: Krankenversicherungsgesetz von 1883

66% des Krankenversicherungsbeitrages zu tragen, die Arbeitgeber 33%<sup>10</sup>. Ortskrankenkassen wurden gegründet (1885 sollen etwa 4,3 Mio. Mitglieder in örtlichen Krankenkassen versichert gewesen sein<sup>4</sup>, das waren allerdings nur etwa 9% der Bevölkerung des Deutschen Reichs)<sup>11</sup>. Der Leistungskatalog umfasste ärztliche Behandlung und Arzneimittel sowie kleinere Heilmittel, ab dem dritten Tag Krankengeld von mindestens 50% des Lohnes für bis zu 26 Wochen bei Arbeitsunfähigkeit, Sterbegeld (20facher Lohn) und vier wöchige Unterstützung für Wöchnerinnen nach Niederkunft<sup>3</sup>.

### **Preußische Gebührenordnung (PreuGO)**

Als Grundlage für die Honorierung ärztlicher Leistungen wurde 1896/97 ein erstes amtliches Regelwerk erlassen (vgl. Funke, 1988; Kröger, 2015, S. 7ff; Simon, 2017, S. 21ff). Diese Preußische Gebührenordnung (PreuGO) umfasste bei Erscheinen allgemeine Bestimmungen und Gebührensätze für etwa 360 Leistungen, die jeweils mit einem Minimal- und einem Maximal-Honorar versehen waren (Nienhaus, 1982). Auf diese Weise wurde Ärzt\*innen eine Spanne gewährt, innerhalb derer sie ihr Honorar aushandeln bzw. festsetzen konnten. Die PreuGO war vom abgebildeten Leistungsspektrum her allerdings wenig differenziert und spiegelte im Besonderen nicht den rasanten Fortschritt der medizinischen Entwicklung wider. Viele Leistungen wurden deshalb analog zu dort verzeichneten Positionen abgerechnet (ebd.).

Die PreuGO wurde im Laufe der Zeit einige wenige Male überarbeitet und z.B. 1952 auf D-Mark umgestellt sowie ins BRD-Recht integriert. Die Gebühren wurden um ca. 31% erhöht, 1957 gab es eine weitere Honorarerhöhung um 27% (Spiegel 40/1962, S. 33). Außerdem wurden einige Leistungssätze wie etwa das EEG neu aufgenommen (Nienhaus, 1982). Auch das AT soll seinerzeit „bereits als Position in der Preussischen Gebührenordnung eingeführt worden“ sein (Paul Kluge zit. n. Steinat, 2004, S. 73).

Weiterhin waren aber viele der real praktizierten und nachgefragten Behandlungsleistungen nicht gesondert ausgewiesen. Deswegen wurde 1953 eine Kommission aus dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV) sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gebildet, die eine „Liste analoger Bewertungen zur PreuGO“<sup>12</sup> entwickelte (ebd.).

Von der 1924er Fassung der PreuGO liegt eine Kopie vor<sup>13</sup> (Abb. 3). Sie hatte als Währung Goldmark und war inhaltlich gegenüber der Erstauflage von 1897 nicht erweitert worden. Darin fanden sich zwar verschiedene allgemeine ärztliche Beratungen oder „21a. eingehende neurologische oder psychiatrische Untersuchung“ für 3,- bis 30,- Goldmark (Verband der Ärzte Deutschlands, 1924b, S. 12). Psychotherapeutische Sitzungen oder Vergleichbares wurden aber noch nicht gesondert aufgeführt, ebenso wenig AT oder Hypnose. Für diese Verfahren kam also nur die analoge Berechnung zu ähnlichen Leistungen in Frage etwa zu „24b. hydrotherapeutische Maßnahmen“, (z.B. therapeutisches Bad) oder „24c. Massage“ für jeweils 1,- bis 10,- Gold-

## Abrechenbarkeit von übenden und suggestiven Interventionen

mark oder evtl. zu „24d. Nervenmassage“ für 4,- bis 40,- Goldmark (ebd., S. 13).

Bis 1924 gab es im Deutschen Reich neben der PreuGO 18 weitere parallele Gebührenordnungen (Kröger, 2015, S. 14; vgl. auch Funke, 1988)<sup>14</sup>. Denn die PreuGO war zwar Grundlage zur Abrechnung mit den gesetzlichen Kassen, sie war aber eine „subsidiäre Taxe“ die nur dann Anwendung fand, wenn keine anderen Vereinbarungen getroffen wurden (Kröger, 2015, 11).

| II. Gebühren für Ärzte. |   | Gold-Mk.   |
|-------------------------|---|------------|
| 21. a.                  | Gingehende neurologische oder psychiatrische Untersuchung | 3.00—30.00 |
| b.                      | Gingehende elektrische Untersuchung                       | 3.00—30.00 |
| c.                      | Ein Elektrokardiogramm                                    | 4.50—45.00 |

Abb. 3: Ausschnitt der PreuGO (Verband der Ärzte Deutschlands, 1924b, S. 12)

## Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte (AdGO bzw. P-AdGO)

Eine dieser parallelen Gebührenordnungen war die vom Verband der Ärzte Deutschlands<sup>15</sup> (Hartmannbund) herausgegebene Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte (1924a). Diese AdGO wies schon 670 Leistungspositionen aus. Minimal- und Maximal-Honorare waren in vielen Fällen höher als in der PreuGO (Nienhaus, 1982).

Der Hartmannbund schrieb in der Einleitung der 1924er Ausgabe:

„Die Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte soll eine Richtschnur sein für die Entlohnung des Arztes in der gesamten ärztlichen Tätigkeit. Sie ist in der Höhe ihrer Ansätze für den 1. Januar 1924 auf Goldmark eingestellt. Um den Arzt von den staatlichen Gebührenordnungen freizumachen, ist es nötig, die Sätze der Allgemeinen Deutschen Gebührenordnung mit dem Kranken zu vereinbaren.“ (ebd., S. 3)

Nach der Erörterung von Rechtslage, Aufklärungspflichten usw. empfahl der Hartmannbund den Niedergelassenen die Anbringung eines allseits sichtbaren Aushangs im Warte- bzw. Sprechzimmer:

„Ich bitte meine Patienten davon Kenntnis zu nehmen, daß ich von heute ab der Berechnung meines Honorars nicht mehr die Sätze der staatlichen Gebührenordnungen, sondern die der vom Verband der Ärzte Deutschlands herausgegebenen Allgemeinen Deutschen Gebührenordnung zu Grunde legen werde. Diese liegt im Sprechzimmer [...] aus. Ihre Gebühren gelten als vereinbart, wenn nicht vor Beginn der Behandlung widersprochen wird.“ (ebd., S. 4)

| <b>II. Nervenleiden:</b>  |              |
|---|--------------|
| 397. Eingehende Untersuchung und Behandlung eines Nerven- oder Geisteskranken (ausschließl. Beratungsgebühr)  | 5.00— 50.00  |
| 398. Aufstellung eines genaueren Befundes des Nervensystems durch eingehende elektrische oder andere besondere Untersuchungsmethoden                          | 10.00—200.00 |
| <b>C. Gebühren für besondere Verrichtungen. 35</b>  |              |
| 399. Leitung der Überführung eines Geisteskranken, außer der Entschädigung für Fortkommen und Zeitaufwand, einschl. der Ausstellung der notwendigen Zeugnisse | 12.50—200.00 |
| 400. Psychotherapeutische Sitzungen (Hypnose, Psychoanalyse, psychotherapeut. Übungen)  | 10 00—150.00 |

Abb. 4: Ausschnitt der 1924er AdGO (Verband der Ärzte Deutschlands, 1924a, S. 34f)

Laut Hartmannbund sollte die AdGO „(...) Geltung haben für die Privatpraxis, die Kassenpraxis, für die Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten und die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, für die nachweisbar Unbemittelten und die Armenverbände, Behörden u. dgl. m.“ (ebd., S. 5; zu den Parallelen in Bezug auf das Vorgehen von Psycholog\*innen-Verbänden in den 1980er Jahren hinsichtlich „Delegationsverfahren“ siehe Kasten weiter unten).

Im Anhang (ebd., S. 61-63) wurde darüber hinaus bekannt gegeben, dass es mit „den kaufmännischen Ersatzkassen, den gewerblichen Ersatzkassen, der Gärtner-Krankenkasse, der Werkmeister-Krankenkasse und der Betriebskrankenkasse der deutschen Betriebsgesellschaft für drahtlose Telegrafie“ (ebd., S. 61) Vereinbarungen gibt, die AdGO anzuwenden, wozu aber noch einige spezielle Regeln zur Abrechnung zu beachten seien.

In der 1924er AdGO<sup>13</sup> (Abb. 4) findet sich unter Nr. 400 die Leistung „Psychotherapeutische Sitzungen (Hypnose, Psychoanalyse, psychotherapeutische Übungen)“, die mit 10,- bis 150,- Reichsmark abgerechnet werden konnten. Unter diese Ziffer fiel auch AT.

An dieser Leistungslegende ist aus heutiger Sicht außerdem bemerkenswert, dass 1924 „Hypnose, Psychoanalyse, therapeutische Übungen“ in einer Reihe genannt und gewissermaßen gleichberechtigt unter „psychotherapeutische Sitzungen“ subsumiert wurden, auch wenn sie aufgrund des unterschiedlichen zeitlichen Bedarfs bei der Anwendung wahrscheinlich unterschiedlich honoriert wurden. Das setzte sich auch in der nachfolgenden 1948er AdGO und in der 1960er E-AdGO fort (s.u.).

Weil die AdGO später vor allem die Grundlage für die Privat-Liquidation bildete, wurde sie auch Privat-AdGO oder kurz P-AdGO genannt (Nienhaus, 1982; vgl. auch Funke, 1988; Kröger, 2015; Simon, 2017). In der 1948er P-AdGO<sup>13</sup> (Abb. 5) findet sich die Nr. 333 „Psychotherapeutische Sitzungen (Hypnose, Psychoanalyse, psy-

### Abrechenbarkeit von übenden und suggestiven Interventionen

chotherapeutische Übungen)“ mit der gleichen Leistungslegende<sup>16</sup> wie in der 1924er AdGO. Die Ziffer konnte mit 6,- bis 60,- DM in Rechnung gestellt werden.

Die gleiche Ziffer 333 findet sich auch noch in der 1960er E-AdGO für „Psychotherapeutische Sitzung (Hypnose, Psychoanalyse, psychotherapeutische Übung) 6.-, mit den Zusätzen „Ziffer 333 kommt für Massenhypnose nicht in Frage“ und „Das autogene Training ist mit Ziffer 333 abzurechnen, und zwar bei Einzelbehandlung als Ziffer 333c mit 6.-DM und bei Gruppenbehandlung bis zu vier Teilnehmern als Ziffer 333d mit 3,50 DM je Patient“<sup>18</sup>.

Die abgebildeten Ausschnitte „Nervenleiden“ von 1924 bzw. 1948 mit ihren wenigen Ziffern geben gleichzeitig einen Eindruck davon, wie grob unterteilt und wie in der Vergangenheit verhaftet auch diese Gebührenordnung noch war.

### Ersatzkassen-AdGO (E-AdGO)

Neben der Herausgabe der AdGO schloss der Hartmannbund auch noch mit dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV) und dem Verband Kaufmännischer Eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)<sup>17</sup> einen Behandlungsvertrag (Nienhaus, 1982, S. 52). Als Honorarkatalog wurde dafür die AdGO überarbeitet und, wie schon 1924 gegenüber den o.g. Kassen, mit gewissen Abrechnungseinschränkungen versehen. Diese Ersatzkassen-AdGO (kurz E-AdGO) blieb bis 1953 inhaltlich unverändert (Nienhaus, 1982; vgl. auch Funke, 1988; Kröger, 2015; Simon, 2017). Ob AT und Hypnose hier verzeichnet waren, konnte noch nicht recherchiert werden.

Ansonsten galt auch für die E-AdGO: Leistungen, die hier nicht explizit genannt wurden, mussten analog zu ähnlich umfänglichen Ziffern abgerechnet werden. Das war allerdings mit zunehmender Ausweitung der angebotenen und nachgefragten Behandlungsformen wenig praktikabel. Ab 1963 wurde die E-AdGO deshalb überarbeitet, sodass sie 1.050 Positionen umfasste (Nienhaus, 1982). Ob bzw. in welcher Form AT und Hypnose enthalten waren, ist noch nicht geklärt aber sehr zu vermuten.

Auf alle Fälle gab es in der Nachkriegszeit ein Nebeneinander von E-AdGO für die Abrechnung mit Ersatzkassen, der PreuGO zur Abrechnung mit anderen gesetzlichen Kassen und der (P-)AdGO (Nienhaus, 1982).

| Privat-Adgo   |              |
|---|--------------|
| Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte   |              |
| Jahrgang 1948   |              |
| 1948  |              |
| H. H. NOLET VERLAG · HAMBURG  |              |
| II. Nervenleiden.   |              |
| 330. Eingehende Untersuchung und Behandlung eines Nerven- und Geisteskranken  | 5,00—100,00  |
| 331. Aufstellung eines genaueren Befundes des Nervensystems durch eingehende elektrische oder andere besondere Untersuchungsmethoden                          | 10,00—200,00 |
| 332. Leitung der Überführung eines Geisteskranken, außer der Entschädigung für Fortkommen und Zeitaufwand, einschl. der Ausstellung der notwendigen Zeugnisse | 15,00—300,00 |
| 333. Psychotherapeutische Sitzungen (Hypnose, Psychoanalyse, psychotherapeutische Übungen)  | 6,00—60,00   |

Abb. 5: Ausschnitt aus der 1948er Privat-AdGO (o.V., 1948, S. 31)

|     |  |      |
|-----|--|------|
| 750 | Gezielte psychiatrische Exploration mit eingehender therapeutischer Beratung .....   | 8,—  |
| 751 | Anwendung und Auswertung projektiver Testverfahren (wie Rorschach-Test, TAT) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt .....   | 50,— |
| 752 | Anwendung und Auswertung standardisierter Intelligenz- und Entwicklungstests (Staffeltests, bzw. Hawik, IST/Amthauer/, Bühler-Hetzer, Binet-Simon, Kramer) mit schriftlicher Aufzeichnung, insgesamt ..... | 25,— |
| 753 | Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen (Fragebogentest, wie Bysenk, MPQ oder MPI, Wartegg-Zeichentest „Haus, Baum, Mensch“), insgesamt .....   | 8,—  |
| 754 | Erhebung einer biographischen Anamnese unter neurosen-psychologischen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung, auch in mehreren Sitzungen .....   | 50,— |
| 755 | Übende Verfahren in Einzelbehandlung (wie autogenes Training), Dauer mindestens 20 Minuten .....   | 8,—  |
| 756 | Übende Verfahren in Gruppenbehandlung, Dauer mindestens 20 Minuten, je Sitzung insgesamt .....   | 10,— |
| 757 | Behandlung durch Hypnose .....   | 8,—  |
| 758 | Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Einzel- oder Gruppenbehandlung), Dauer mindestens 50 Minuten .....   | 30,— |
| 759 | Analytische Psychotherapie (Einzel- oder Gruppenbehandlung), Dauer mindestens 50 Minuten<br>Bei Gruppenbehandlung nach den Nrn. 758 und 759 ist das Honorar anteilig auf die Patienten umzulegen. [...]    | 30,— |

Abb. 6: Ausschnitt aus der 1965er GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte; Bundesminister der Justiz, Hrsg., 1965, S. 89ff)

## Gebührenordnung für Arzt\*innen (GOÄ)

1965 löste die Gebührenordnung für Arzt\*innen (GOÄ)<sup>19</sup> (Abb. 6) die Privat-AdGO ab und regelt bis heute die Abrechnung gegenüber Privatkassen, Beihilfe usw.<sup>20</sup> In der 1965er GOÄ wurde bereits von „übenden Verfahren“ gesprochen.<sup>21</sup> Mit der Ziffer 755 konnte für 8,- DM AT- bzw. PR-Einzelunterricht à 20 Min abgerechnet werden, Hypnose-Einzelbehandlung (Ziffer 757) wurde ebenfalls mit 8,- DM honoriert. Mit der Ziffer 756 wurde für 10,- DM eine 20 min. AT- bzw. PR-Gruppe abgerechnet, eine Mindest-/Höchstzahl von Teilnehmer\*innen, auf die dieser Betrag umgelegt wurde, wurde 1965 noch nicht angegeben.

Allerdings wurden in der 1965er GOÄ Sitzungen mit tiefenpsychologisch fundierter bzw. analytischer Psychotherapie separat aufgeführt; sie standen nicht mehr wie zuvor in einer Reihe mit Hypnose und übenden Verfahren.

Die GOÄ wurde nach 1965 einige Male überarbeitet und erweitert, die Gebührensätze wurden erhöht, zuletzt 1996 bei der so genannten „kleinen GOÄ-Novelle“ (Best, 2019). In der aktuellen GOÄ-Fassung wird Hypnose von Einzelpersonen (Nr. 845) wiederum genauso vergütet wie AT- bzw. PR-Einzelbehandlung von 20 Min. (Nr. 846), nämlich mit 8,75 € bis 30,60 €. Für AT- bzw. PR-Gruppenbehandlung von 20 Min. mit bis zu 12 Teilnehmer\*innen gibt es 2,62 € bis 9,18€ pro Person.

### *Abrechenbarkeit von übenden und suggestiven Interventionen*

Seit vielen Jahren sind diese GOÄ-Vergütungen allerdings nicht mehr aktualisiert worden, weil die Verhandlungen u.a. aus finanztaktischen Gründen zwischen Behandler\*innen, privaten Krankenversicherungen, politischen Entscheidungsgremien und den für die Beihilfavorschriften verantwortlichen Aufsichtsbehörden usw. feststecken (Best, 2019; Husmann, 2020b).

### **Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO)**

1978 löste die Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO) die E-AdGO ab. In diesem Kontext wurden die „Bemessungsgrundlage Ärzte“ (BMÄ) und der „einheitliche Bewertungsmaßstab“ (EBM) eingeführt<sup>22</sup>.

Nach vielen Jahren mit zwar kleinschrittig erhöhter aber insgesamt wenig angemessener Honorierung für AT, Hypnose und PR wurden 2020 die ausschlaggebenden Bepunktungen um 41% - 45% erhöht. Auch einige andere psychotherapeutische Leistungen wurden finanziell etwas besser gestellt. EBM-Ziffern aus anderen Gebieten wurden dafür allerdings verbilligt, da die Krankenkassen insgesamt nicht mehr Geld zur Verfügung stellten. Hintergrund dieser Umverteilung war vor allem der gesetzliche Auftrag, die ‚sprechende Medizin‘ aufzuwerten (Husmann, 2020b).

Laut Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung galten Anfang März 2021 die in Abbildung 7 genannten EBM-Preise.

Diese Vergütungen für AT, Hypnose und PR unterliegen allerdings regionalen und saisonalen Schwankungen, weil sie budgetiert sind. Das bedeutet: Wenn der entsprechende Honoraropf, zu dem sie gehören, von der jeweiligen Fachgruppe mehr als ausgeschöpft wurde, werden sie nur zu einem entsprechenden Prozentsatz ausgezahlt. U.a. das kritisierte die „Resolution zur Stärkung des AT, der PR und der Hypnose in der Krankenversorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E)<sup>23</sup> hin, die von der Milton Erickson Gesellschaft für klinische Hypnose (MEG) und der Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH) unterstützt wurde.

### **Abrechnungsgrundlagen**

So viel zur (Honorar-) Entwicklung in den verschiedenen Gebührenordnungen und zurück in die 1960er Jahre. Gegenüber den privaten Krankenversicherung, der Beihilfe usw. bildete bis 1965 die (Privat-) AdGO und ab dann die GOÄ den preislichen Rahmen<sup>24</sup>. Für diesen Sektor hatten J. H. Schultz und ein Kollege im Oktober 1960 eine „Richtlinien zur Psychotherapie für private Krankenversicherungen“ herausgegeben, die sich u.a. mit AT befasste. Sie soll allerdings nicht mit der damals in diesen Fragen wichtigen Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) abgestimmt gewesen sein<sup>25</sup>. Den Ersatzkassen gegenüber gab es zumindest eine Abrechnungsziffer in der E-AdGO.

| EBM  | Leistungsbeschreibung   | Obligater Leistungsinhalt  | Punkte/€                           |
|--|---|--|------------------------------------|
| <b>35111</b><br><br><small>VIDEO-SITZUNG MÖGLICH</small>            | <b>Übende Interventionen als Einzelbehandlung</b><br>(Autogenes Training nach Schultz, Progressive Relaxation nach Jacobson)                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Übende Interventionen</li> <li>▶ Verbale Intervention</li> <li>▶ Einführung des/r Patient*in in das Verfahren</li> <li>▶ Standardisierte Dokumentation</li> <li>▶ Dauer mindestens 25 Minuten</li> <li>▶ Einzelbehandlung</li> </ul>  | 335<br>37,27 €                     |
| <b>35112</b><br><br><small>VIDEO-SITZUNG MÖGLICH</small>            | <b>Übende Interventionen als Gruppenbehandlung bei Erwachsenen</b><br>(Autogenes Training nach Schultz, Progressive Relaxation nach Jacobson)             | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Übende Interventionen</li> <li>▶ Verbale Intervention</li> <li>▶ Einführung der Patient*Innen in das Verfahren</li> <li>▶ Standardisierte Dokumentation</li> <li>▶ Dauer mindestens 50 Minuten</li> <li>▶ Gruppenbehandlung bei Erwachsenen</li> <li>▶ mindestens 2, max. 10 Teilnehmer*innen</li> </ul>            | 90<br>10,02 €<br>je Teilnehmer*in  |
| <b>35113</b><br><br><small>VIDEO-SITZUNG MÖGLICH</small>            | <b>Übende Interventionen als Gruppenbehandlung bei Kindern u. Jugendlichen</b><br>(Autogenes Training nach Schultz, Progressive Relaxation nach Jacobson) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Übende Interventionen</li> <li>▶ Verbale Intervention</li> <li>▶ Einführung der Patient*Innen in das Verfahren</li> <li>▶ Standardisierte Dokumentation</li> <li>▶ Dauer mindestens 30 Minuten</li> <li>▶ Gruppenbehandlung bei Kindern + Jugendlichen</li> <li>▶ mindestens 2, max. 10 Teilnehmer*innen</li> </ul> | 128<br>14,24 €<br>je Teilnehmer*in |
| <b>35120</b><br><br><small>NICHT ALS VIDEO-SITZUNG MÖGLICH</small> | <b>Hypnose</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose</li> <li>▶ Verbale Intervention</li> <li>▶ Standardisierte Dokumentation</li> <li>▶ Dauer mindestens 15 Minuten</li> </ul>  | 205<br>22,81 €                     |

Abb. 7: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die sog. Übenden Interventionen und Hypnose, März 2021

## Psychotherapie-Richtlinie

1967 wurde dann die erste Psychotherapie-Richtlinie verabschiedet, woraufhin tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie allgemeine Leistungen der Krankenkassen wurden. Allerdings wurden 1967 weder AT noch Hypnose oder PR erwähnt; sie waren somit noch nicht mit allen Kassen abrechenbar<sup>26</sup>. Psychotherapie war damals außerdem noch eine ärztliche Leistung. Erst ab 1972 konnte sie im so genannten Delegationsverfahren dann auch durch in den beiden Richtlinien-Verfahren zusätzlich qualifizierte klinische Psycholog\*innen erbracht werden. Etwa ab Mitte der 1980er Jahre wurden viele Psychotherapien von Psycholog\*innen im so genannten Kostenerstattungsverfahren erbracht<sup>27</sup> (siehe auch Kasten nächste Seite).

20 Jahre später wurde im Zuge der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie einerseits die Verhaltenstherapie neben Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zum dritten Richtlinien-Verfahren. Andererseits wurden 1987 die AT-Grundstufe, die PR und die Hypnose zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar<sup>28</sup>, indem damals der Komplex „psychosomatische Grundversorgung“ aufgenommen wurde. Hintergrund war u.a. die Neuordnung der Facharzt-Weiterbildungen ab 1970<sup>29</sup> (Quelle kann beim Autor angefordert werden).

### **Vom Delegationsverfahren zum Psychotherapeut\*innen-Gesetz**

Das Vorgehen des Hartmannbundes erinnert in gewisser Weise an die Geschehnisse, als Ende der 1960er Jahre zunächst offiziell noch gar keine Psycholog\*innen zur Behandlung psychischer Erkrankungen zugelassen waren und dann ab 1972 einige im so genannten Delegationsverfahren. Als Reaktion darauf traf der Berufsverband Deutscher Psycholog\*innen (BDP) mit der Techniker Krankenkasse 1983 eine Vereinbarung (Pota, 2019), wonach verhaltenstherapeutisch oder methodenintegrativ psychotherapeutisch fortgebildete Psycholog\*innen mit dem Zertifikat ‚Klinische/r Psycholog\*in/BDP‘ Psychotherapien abrechnen konnten (einige Leser\*innen werden sich an den damals durchaus begehrten KliPs-Stempel erinnern). Das wurde mit der Gründung des Deutschen Psychotherapeut\*innen Verbandes (DPTV) fortgesetzt, sodass dann auch weitere Krankenkassen Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren bei Psycholog\*innen mit vom DPTV attestierter psychotherapeutischer Zusatzqualifikation bezahlten. Hintergrund war u.a., dass der wachsende Psychotherapie-Bedarf von ärztlichen Behandler\*innen allein nicht zu decken war. Das führte zu juristischen Streitigkeiten um die Bewilligung von Psychotherapien bei Psycholog\*innen im Kostenerstattungsverfahren (ebd.) und mündete 1999 schließlich im Psychotherapeut\*innen-Gesetz<sup>26</sup>, das einerseits den nur mäßig geregelten ‚Kostenerstattungsmarkt‘ vom so genannten ‚grauen Markt‘ des ‚Psycho-Booms‘ abgrenzen und somit Psychotherapie wieder mehr unter staatliche Kontrolle bzw. unter die von Standesorganisationen bringen sollte. Andererseits schaffte es für eine ganze Behandler\*innen-Gruppe von Psychologischen Psychotherapeut\*innen sowie Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut\*innen eine Abrechnungsmöglichkeit im Gesundheitssystem.

### **Kombinationsverbot und andere Einschränkungen**

Bereits in der 1987er und ebenso in der nachfolgenden 2020er Fassung der Psychotherapie-Richtlinie findet sich das sogenannte Kombinationsverbot (1987: Nachsatz nach 3.2.3., Quelle kann beim Autor angefordert werden; 2020: §16, §26, Abb. 8), d.h. der „grundsätzliche Ausschluss“ der gleichzeitigen Abrechnung psychodynamischer Therapieverfahren mit AT, PR oder Hypnose durch den-/dieselbe Behandler\*in. Begründet wird dies mit der „Sicherung ihrer psychodynamischen Wirksamkeit“.

Wissenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die vorgenannte „Resolution“ der DG-E in dieser Hinsicht eine wichtige Klärung erbringen konnte: Laut Auskunft sowohl der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wie auch des Unterausschusses Psychotherapie beim Gemeinsamen Bundesausschuss bedeutet nämlich der Terminus „grundsätzlich ausgeschlossen“ im juristischen Sprachgebrauch bemerkenswerterweise nicht, dass eine Kombination gänzlich verboten wäre, sondern dass sie in der Regel nicht durchgeführt werden kann, in begründeten Einzelfällen hingegen schon (Husmann, 2019, 2020b). Diese Information wird hoffentlich von Praktiker\*innen genutzt

### § 26 Übende und suggestive Interventionen

(1) Psychosomatische Grundversorgung kann auch durch übende und suggestive Interventionen unter Einschluss von Instruktionen und von Bearbeitung therapeutisch bedeutsamer Phänomene erfolgen. Dabei können folgende Interventionen zur Anwendung kommen:

1. Autogenes Training als Einzel- oder Gruppenbehandlung (Unterstufe),
2. Jacobsonsche Relaxationstherapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung,
3. Hypnose in Einzelbehandlung.

Diese Interventionen dürfen während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie grundsätzlich nicht angewendet werden. (...)

### § 31 Behandlungsumfang bei übenden und suggestiven Interventionen

Für übende und suggestive Interventionen gelten folgende Begrenzungen:

- a) Autogenes Training (...) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen
- b) Jacobsonsche Relaxationstherapie (...) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen
- c) Hypnose (...) bis 12 Sitzungen (nur Einzelbehandlung)

Von diesen Interventionen kann in der Regel im Behandlungsfall nur eine zur Anwendung kommen. (...)

*Abb. 8: Auszüge aus der 2020er Psychotherapie-Richtlinie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020) (der vollständige Text kann beim Autor angefordert werden)*

---

aber auch Gegenstand der Forschung, denn anders als zur Zeit der ersten Psychotherapie-Richtlinien braucht es heute eine durch Studien belegte Evidenz, dass und in welchen Fällen eine Kombinationsbehandlung einen Mehrwert gegenüber den jetzigen Regelungen ergibt. Auch wenn es in der Verhaltenstherapie z.B. bei Angststörungen die Regel ist, AT oder PR zum Teil des Gesamtbehandlungsplanes zu machen, so gibt es für tiefenpsychologisch fundierte und analytische Therapie derzeit noch keine Nachweise für den zusätzlichen Nutzen einer Kombi-Behandlung in bestimmten Fällen (ebd.). Praktische Erfahrungen sprechen zwar dafür aber sie müssen erst durch Studien belegt werden, damit die heutigen Verfahrensregeln, -richtlinien und -ordnungen geändert werden können.

Eine weitere Klärung durch die „Resolution“ bezieht sich auf §31 aus der 2020er Psychotherapie-Richtlinie (Abb. 8), der besagt, dass von AT, PR und Hypnose „in der Regel im Behandlungsfall (= 12 Monate, B.H.) nur eine [Intervention] zur Anwendung kommen“ kann. Der Terminus „in der Regel“ ist ebenfalls juristischer Sprachgebrauch und impliziert, dass es in begründeten Einzelfällen Ausnahmen davon geben kann (ebd.). Denkbar wäre das etwa bei einer Veränderung der Behandlungsdiagnose und dem Eintreten eines neuen Behandlungsfalles, wenn ein Verfahren sich im konkreten Einzelfall als wenig nutzbringend erwiesen hat oder wenn bspw. durch außergewöhnliche Belastung ein Behandlungszyklus vorzeitig unterbrochen und zu einem etwas späteren Zeitpunkt wiederholt werden muss (ebd.).

## **Hierarchisierung psychotherapeutischer Leistungen?**

Beim Blick auf die vorgestellten Gebührenordnungen fällt auf, dass in denen zwischen 1924 und 1960 durchgängig von „psychotherapeutischen Sitzungen (Hypnose<sup>31</sup>, Psychoanalyse, psychotherapeutische Übungen)“ gesprochen wurde. Auch wenn in Bezug auf die Honorierung sicherlich Unterschiede gemacht wurden, was u.a. in der jeweils aufgewendeten Behandlungszeit begründet liegt, so standen die Verfahren doch lange Zeit in einer Reihe nebeneinander. Das änderte sich Mitte der 1960er Jahre. Ab 1965 bekamen AT und Hypnose in der GOÄ eigene Ziffern. In der PT-Richtlinie von 1967, die psychodynamische Verfahren zur Kassenleistung machte, waren sie noch nicht erwähnt.

Auch wenn inhaltlich der Zusammenhang zu den Gebührenordnungen erst noch erforscht werden muss, indem z.B. die dahin führenden Verhandlungen und Entscheidungsprozesse aufgearbeitet werden, so kann doch vermutet werden, dass anfänglich ein Gesamtverständnis von Psychotherapie maßgeblich war, wie es sich etwa in J. H. Schultz' seinerzeit viel gelesenen Buch „Seelische Krankenbehandlung“ (1920) widerspiegelte: Ein Nebeneinander von

- professioneller Kommunikation (z.B. bei ärztlichen Gesprächen),
- Hypnose<sup>31</sup> und
- psychotherapeutischen Übungen (Schultz nannte sie „Psychagogik“ oder „Wachpsychotherapie“, die auch Kombinationen mit Gymnastik/Körpertherapie, Arbeits/Ergotherapie sowie Konzentrations- oder Entspannungsverfahren umfasste),
- Psychoanalyse (die nach dem 1. Weltkrieg im Zusammenhang mit der Behandlung der psychisch verletzten Soldaten deutlichen Auftrieb bekam) und
- dem, was heute Milieuthérapie heißen würde, d.h. den sozialen und psychotherapeutischen Einflüssen durch das Eingebundensein z.B. in ein Lazarett oder Heim.

Die Anwendung der einzelnen psychotherapeutischen Möglichkeiten, so forderte Schultz, sollte sich analog zu anderen Bereichen der Medizin danach richten, ob sie im konkreten Einzelfall indiziert oder ggf. kontraindiziert sind (Husmann, 2016, 2017). Diese tendenziell integrative, bei der Verfahrenswahl auf spezifischen Indikationen fußende Sichtweise beeinflusste auch die Organisationsbestrebungen der Psychotherapeut\*innen nach dem 1. Weltkrieg, die 1926/27 etwa in der Gründung der Allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie mündete<sup>32</sup>.

Diese Auffassung setzte sich auch in der NS-Zeit insbesondere am Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie (DIPFPT) fort, wo eine so genannte „neue deutsche Seelenheilkunde“ entwickelt werden sollte<sup>33</sup>. In diesem Kontext wurde u.a. von so genannter „kleiner“ vs. so genannter „großer Psychotherapie“ ausgegangen, was eine Analogie zu „kleiner“ vs. „großer Chirurgie“ war (Schultz, 1939; heute würde von psychosomatischer Grundversorgung bzw. Kurzzeittherapie vs. Langzeittherapie gesprochen werden). Auch wenn Psychoanalyse und viele Psychoanalytiker\*innen geächtet und vertrieben wurden<sup>34</sup>, so wurden die verschiedenen psychoanalytischen Schulen (Freud, Jung, Adler, Schultz-Hencke) z.B. unter dem Na-

men „Tiefenpsychologie“ doch durchaus genutzt, genauso wie AT und Hypnose<sup>35</sup>. Alle Anwendungsformen hatten, genauso wie ihr indikationsspezifischer Einsatz, ihren festen Platz im psychotherapeutischen Fortbildungscurriculum des DIPFPT (Husmann, 2016, S. 40ff).

Diese Perspektive auf Psychotherapie wirkte in die Nachkriegszeit hinein (Husmann 2016, 2017, 2020a). Allerdings nahm der Einfluss der vormals offiziell verbotenen psychoanalytischer Gesellschaften wieder zu und damit auch die Auffassung, dass das aufdeckende psychodynamische Vorgehen gewissermaßen ein ‚Goldstandard‘ der Psychotherapie wäre; Hypnose, AT und andere psychotherapeutische Übungen wurden von nicht wenigen Analytiker\*innen als zudeckende bzw. ‚nur‘ suggestive Verfahren angesehen (Husmann 2016, 2017, 2020a). Gleichzeitig wurden Studien zur Wirksamkeit der psychodynamischen Therapie gemacht, die Grundlage der 1967er PT-Richtlinie wurden (Rudolf & Rüger, 2016).

1987 wurden AT, Hypnose und PR dann als Teil der „psychosomatischen Grundversorgung“ ausdrücklich genannt. Hintergrund waren, wie oben angedeutet, Reformationen in Bezug auf die Facharztweiterbildung, deren genaue sozialhistorische Einordnung hier nicht vorgenommen werden kann. Es lässt sich aber sagen, dass es u. a. um die Frage ging: Wer/welche darf, kann bzw. soll welche Patient\*innen-Gruppe behandeln? Der Terminus „psychosomatische Grundversorgung“ verweist dabei auf die entsprechende Zusatzqualifikation<sup>36</sup>, die bspw. auch Ärzt\*innen der Allgemein- oder inneren Medizin, der Gynäkologie und Geburtshilfe absolvieren können. Daneben gibt es die spezialisierte Versorgung durch Fachärzt\*innen für Psychotherapie, Psychoanalyse, Psychiatrie oder Psychosomatik usw.

In der 2020er PT-Richtlinie wurden AT, Hypnose und PR schließlich zu „übenden und suggestiven Techniken“. Hintergrund davon ist, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) in Abstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GB-A) ein „Methoden-Papier“ erarbeitete (WBP, 2019), was die wissenschaftlichen Beurteilung von weiteren Psychotherapieverfahren und -methoden regeln bzw. transparent machen sollte. Hierin wurde eine Differenzierung von psychotherapeutischen „Verfahren“ vs. „Methoden“ vs. „Techniken“ vorgenommen, die dann auch in die PT-Richtlinie integriert wurde.

- Danach ist ein Psychotherapieverfahren gekennzeichnet durch „eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung“ und „eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen“ und „darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung“ (ebd., S. 4). Aktuell sind vier Verfahren vom WBP in diesem Sinne anerkannt: tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie, systemische und Verhaltenstherapie.
- „Eine zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete Psychotherapiemethode ist gekennzeichnet durch eine Theorie der Ent-

### *Abrechenbarkeit von übenden und suggestiven Interventionen*

stehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung, Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung, die Beschreibung der Vorgehensweise und die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte“ (ebd., S. 4f). Beispiele für Methoden sind etwa die dialektisch-behaviorale Therapie oder die übertragungsfokussierte Psychotherapie bei Borderline-Störungen.

- „Eine psychotherapeutische Technik ist eine konkrete Vorgehensweise, mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von psychotherapeutischen Methoden und Verfahren erreicht werden sollen“ (ebd., S. 5). Beispiele sind Übertragungsdeutung zur Bewusstmachung aktualisierter unbewusster Beziehungsmuster oder Reizkonfrontation in vivo. Diesen Status als „Technik“ bekamen auch AT, Hypnose und PR als Interventionsmöglichkeiten innerhalb der psychosomatischen Grundversorgung<sup>37</sup>.

Diese kurze Skizze im Spiegel der Abrechnungsordnungen soll andeuten, dass sich im Zusammenhang mit der Differenzierung der Psychotherapie ein zumindest ‚gefühltes Ranking‘ entwickelte. Auch wenn es dabei originär nicht um eine Wertigkeit im Sinnen von ‚besser‘ vs. ‚schlechter‘ ging, so ist eine ‚gefühlte Wertigkeit‘ doch ins Bewusstsein der (Fach-) Öffentlichkeit eingesickert. Ein Symptom dafür ist das in der ‚Resolution‘ der DG-E kritisierte, langjährige Schattendasein von AT, Hypnose und PR bei Honorarverhandlungen. Ein anderes Indiz sind z.B. die Materialien der Bundespsychotherapeut\*innen-Kammer zur Patient\*innen-Information über Psychotherapie<sup>38</sup>, in denen die Potenziale von Hypnose, AT und PR gar nicht oder nur ganz am Rande erwähnt werden (Husmann 2019, 2020b)<sup>39</sup>.

### **Schlussbemerkung**

Dieser Beitrag zu den Abrechnungsmöglichkeiten von AT und Hypnose (und später der PR) in der ambulanten Krankenversorgung Deutschlands lenkt den Blick auf ein nach meiner Kenntnis bisher wenig bearbeitetes Gebiet der (Sozial-) Geschichte dieser Verfahren aber er erlaubt nur einen begrenzten Blick ‚hinter die Kulissen‘. Er erhebt deshalb nicht, wie eingangs schon geschrieben, den Anspruch einer vollständigen, umfassenden oder bis an die Wurzeln gehenden historische Analyse, vielmehr gibt es einige Einschränkungen hinsichtlich der Aussagekraft<sup>40</sup>.

- Die Entwicklungen vieler Rahmenbedingungen konnten nur gestreift oder mussten ausgespart werden etwa die Einführung der Reichsversicherungsordnung von 1911 (Kröger, 2015, S. 12; Simon, 2017, S. 21ff), die Geschichte der Sozialversicherungssysteme in der NS-Zeit (Simon, 2017, S. 27ff; Kröger, 2015, S. 17f)<sup>41</sup>, die Organisation des Gesundheitswesens in der DDR (Simon, 2017, S. 37ff; Kröger, 2015, S. 19; Geyer & Schröder, 2011) oder die (Um-) Finanzierungsbemühungen hierzulande (Gesundheitsreformen usw.).
- Viele Gebührenordnungen konnten (noch) nicht gefunden werden, sodass das gezeichnete Bild lückenhaft bleibt; auch sind die konkreten Entscheidungsprozesse,

die hinter den präsentierten Gebührenordnungen stehen, im Detail noch nicht recherchiert. Das könnte Gegenstand weiterer Forschungen sein.

- Viele Details der vorgestellten Gebührenordnungen wurden nicht zuletzt aus Platzgründen nicht erörtert (z.B. Einzelleistungs- vs. Pauschalvergütung, Ausschlussbedingungen bei der Abrechnung bestimmter Leistungen nebeneinander, Bedingungen für Mindest-, Höchst oder Einzelsätze, Abrechnungsmöglichkeiten von Zahnärzt\*innen, Regelungen für nach dem Heilpraktiker-Gesetz befugte Behandler\*innen).
- Es wurde nicht betrachtet, wie häufig die vorgestellten Ziffern tatsächlich abgerechnet wurden, d.h. die Zahl der mit AT, Hypnose und später PR behandelten Patient\*innen ist unbekannt. Ferner ist die Zahl der Behandler\*innen unbekannt, die die jeweiligen Positionen hätten qualifiziert durchführen und abrechnen können. U.a. das macht Aussagen zur Relevanz der in diesem Beitrag vorgestellten (Honorar-) Entwicklungen schwierig.
- Es fehlen darüber hinaus Vergleichsmaßstäbe, um die geschilderte Entwicklung in Relation zu setzen, denn es fehlt der ‚Blick über den Tellerrand‘ der ambulanten Krankenversorgung hinaus: Die Möglichkeiten der privaten Liquidation z.B. im Rahmen des Heilpraktiker-Gesetzes durch Praktiker\*innen, die keine Mediziner\*innen waren, wurden ebenso ausgespart, wie etwa ein Vergleich zur Entwicklung in anderen europäischen Ländern oder Staaten außerhalb Europas.

Trotz dieser Limitationen und obwohl der Artikel nicht mehr als eine grobe Skizze sein kann, wird aber doch sichtbar, wie sich die Möglichkeit und der Umfang der Abrechenbarkeit der übenden und suggestiven (Psychotherapie-) Verfahren allmählich entwickelt haben. Dies ist eine nicht unwichtige Ergänzung der bisherigen Geschichtsschreibung hinsichtlich AT, Hypnose und PR, denn historische ‚Entwicklungsmotoren‘ sind ja nicht bloß die psychotherapeutischen ‚Entdeckungen‘, die in den drei Verfahren stecken. Es geht auch um die Frage, zu welcher Zeit wurden wie viele und welche gesellschaftlichen Ressourcen eingesetzt, um das salutogene Potenzial von AT, Hypnose und PR auch zu nutzen? Konkret: Ab wann konnte man/frau mit dem Angebot dieser Verfahren innerhalb der ‚offiziellen‘ ambulanten Krankenversorgung wie Geld verdienen?

Die Entwicklung dieser finanziellen Wertschätzung ging aber gleichzeitig mit einer schleichenden Hierarchisierung einher, die sich weniger aus der tatsächlichen, wissenschaftlich belegbaren Leistungsfähigkeit der Verfahren ableitete, sondern sich mehr auf ihr jeweiliges Image in der (Fach-) Öffentlichkeit bezog bzw. bezieht. Das allerdings leitet sich nicht zuletzt aus der Stellung in offiziellen Abrechnungsordnungen und damit verwandter Regelsysteme ab. Zumindest teilweise handelt es sich dabei eher um ein ‚gefühltes Ranking‘, das allerdings ebenfalls nicht plötzlich einfach da war, sondern das sich entwickelte (wobei das dahinterstehende Ringen zwischen den verschiedenen Akteur\*innen, wie schon geschrieben, noch genauer erforscht werden sollte).

### *Abrechenbarkeit von übenden und suggestiven Interventionen*

Die herausgearbeitete Entwicklung belegt gleichzeitig: Die vorgestellten Abrechnungsmöglichkeiten – die aus der externen Perspektive durchaus als ein Privileg von Ärzt\*innen, Psycholog\*innen und Psychotherapeut\*innen zu verstehen sind – sind keine unverrückbaren Tatsachen! Auf diesem Gedanken beruhte die im Text mehrfach erwähnte „Resolution“, die für die Stärkung der drei Verfahren innerhalb der ambulanten Krankenversicherung warb. Deswegen richtete sie sich gleich an mehrere Entscheidungsgremien des Gesundheitssystems, in denen nach wie vor Gesetzgeber, Krankenkassen und die verschiedenen – untereinander zwar immer noch konkurrierenden, hinsichtlich der monetären Interessen aber z.T. auch koalierenden – Behandler\*innen-Fraktionen um die Verteilung der begrenzten Mittel ringen<sup>42</sup>.

Um hier weiter voranzukommen – die o.g. „Resolution“ war diesbezüglich nur ein umschriebenes ‚Leuchtturm-Projekt‘, das aber gewisse Klärungen bewirkte und für die Nöte der Verfahren Aufmerksamkeit schaffte –, bedarf es der fortgesetzten berufspolitischen Diskussion und Einflussnahme (z.B. gegen die zumindest unterschwelligsten Hierarchisierung). Es gilt weiterhin die Rahmenbedingungen so mitzugestalten, dass das volle Potenzial von AT, Hypnose und PR ausgeschöpft werden kann (z.B. Kombi-Behandlungen mit tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie in begründbaren Fällen). Ebenso bleibt die Forderung auf der Agenda, die Anwendung von AT, Hypnose und PR angemessen honoriert zu bekommen (z.B. Aufhebung der Budgetierung, Aufwertung in der GOÄ/GOP). In dieser Hinsicht Fortschritte zu erzielen setzt Einigkeit in der Sache, gute Vernetzung und kollegiale Diskussionskultur voraus. Ebenso gilt es zu berücksichtigen (und ‚auszuhalten‘), dass bei insgesamt limitierten Ressourcen wie etwa zur Verfügung stehende Finanzmittel andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen (z.B. Nicht-Approbierete, Pflegekräfte, Ergo- oder Physiotherapeut\*innen), Patient\*innen und andere gesellschaftliche Gruppen genauso legitime Interessen haben (etwa in Bezug auf Ausweitung oder Aufwertung von Abrechnungsziffern usw.), sodass Kooperationen gebildet werden müssen, um eine kluge und einigermaßen gerechte Verteilung zu erreichen. Persönliche ‚Zeitspenden‘ für ehrenamtliches Engagement in Bezug auf AT, Hypnose und PR sind deshalb weiterhin dringend nötig, weil Erich Kästners Weisheit stimmt: Es gibt nichts Gutes, außer man/frau tut es. In Hinblick auf Menschenrechte oder Klimapolitik u.v.a.m., aber auch bei fachlichen Forschungsnotwendigkeiten und berufspolitischen Herausforderungen<sup>43</sup>. Auch dafür soll der Blick auf die Entwicklung der Abrechenbarkeit von AT, Hypnose und PR werben.

### **Anmerkungen**

- 1 Dabei ist anzumerken, dass der Autor zwar langjährige Erfahrungen in der klinischen Anwendung und Abrechnung von AT im Therapie- und Präventionsbereich, als Dozent bzw. Ausbilder für AT-Anleiter\*innen sowie als Referent und Workshop-Leiter im ‚AT-Bereich‘ hat, was auch einen Überblick über die entsprechende Literatur einschließt. Die Erfahrungen mit Hypnotherapie sind demgegenüber aber gering, was die klinische und die konkrete Abrechnungspraxis anbetrifft.
- 2 Allerdings wird mit der Skizzierung der Abrechnungsmodalitäten und ihrer Entwicklung noch nichts

darüber ausgesagt, wie viele Kolleg\*innen diese Möglichkeiten wie nutzten (siehe Schlussbemerkung). Deswegen und weil der Autor kein studierter Historiker ist, kann im Text auch nur begrenzt die Frage beantwortet werden, welche weitergehende Bedeutung die dargelegten Veränderungen der Abrechnungsmöglichkeiten hatten. Auch das müssten späterer Forschungen klären.

- 3 [sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/allgemeines/24-geschichte-der-sozialversicherung.html](https://sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/allgemeines/24-geschichte-der-sozialversicherung.html) und [sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/allgemeines/28-geschichte-der-krankenversicherung.html](https://sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/allgemeines/28-geschichte-der-krankenversicherung.html), Zugriff 28.02.21
- 4 [krankenkassenzentrale.de/wiki/geschichte-der-kv#](https://krankenkassenzentrale.de/wiki/geschichte-der-kv#), Zugriff 11.01.2021
- 5 1867 wurde bspw. der Kaufmännische Verein für Handlungsgehilfen in Barmen gegründet, der später zur Barmer Ersatzkasse wurde ([wissen.de/die-geschichte-der-krankenversicherungen-deutschland](https://wissen.de/die-geschichte-der-krankenversicherungen-deutschland), Zugriff 28.02.2021).
- 6 [vdek.com/magazin/ausgaben/2012-0304/tt-wechselvolle-geschichte.html](https://vdek.com/magazin/ausgaben/2012-0304/tt-wechselvolle-geschichte.html), Zugriff 11.01.2021
- 7 [library.fes.de/fulltext/bibliothek/tit00148/00148012.htm](https://library.fes.de/fulltext/bibliothek/tit00148/00148012.htm), [gewerkschaftsgeschichte.de/downloads/e\\_01\\_dok\\_1\\_gewerbeordn.1845.pdf](https://gewerkschaftsgeschichte.de/downloads/e_01_dok_1_gewerbeordn.1845.pdf) sowie [Gesetzsammlung für die Königlich-Preußischen Staaten \(S. 105ff\)](https://www.gesetzsammlung.de/urn:nbn:de:bvb:12-bsb10509605-4) unter [mdz-nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:12-bsb10509605-4](https://mdz-nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:12-bsb10509605-4), Zugriff jeweils 01.03.2021
- 8 [dhm.de/lemo/kapitel/kaiserreich/innenpolitik/sozialistengesetz.html](https://dhm.de/lemo/kapitel/kaiserreich/innenpolitik/sozialistengesetz.html) und [dhm.de/lemo/kapitel/kaiserreich/innenpolitik/attentate-auf-kaiser-wilhelm-i.html](https://dhm.de/lemo/kapitel/kaiserreich/innenpolitik/attentate-auf-kaiser-wilhelm-i.html), Zugriff jeweils 29.01.2021
- 9 [upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/00/Kaiserliche\\_Botschaft\\_17111881.jpg](https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/00/Kaiserliche_Botschaft_17111881.jpg), Zugriff 11.02.2021
- 10 [bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html](https://bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html), Zugriff 11.02.2021; den Gesetzen zur Unfall und Krankenversicherung folgten noch weitere z.B. zur Rentenversicherung, die zusammen die Grundlage des heutigen Sozialversicherungssystems bilden, die aber aus Platzgründen hier nicht weiter erörtert werden können. Was das BMG bemerkenswerterweise nicht aufführt ist das leitende Motiv zu diesen Schritten: die Furcht des Wilhelminischen Kaiserreichs vor sozialen Umstürzen und Unruhen.
- 11 Zum Vergleich: Kröger (2015, S. 12) gibt für 1911 an, dass „Jediglich 18% der Bevölkerung in den ca. 2.000 Krankenkassen versichert“ waren.
- 12 Diese „Liste“ konnte bisher leider nicht gefunden werden (u.a. wegen dem „Recht auf Vergessen“ der aktuellen Datenschutzbestimmungen), sodass nicht gesagt werden kann, ob und mit welchen Preisen AT, Hypnose und evtl. PR hier verzeichnet waren. 1964 wurde darüber hinaus im Bundesgesundheitsministerium eine Bundes-Gebührenordnung (BuGO) erarbeitet (vgl. Kröger, 2015, S. 22), die bisher ebenfalls nicht eingesehen werden konnte.
- 13 Entsprechende Kopien bekam ich freundlicherweise von der Bundesärztekammer, Dezernat 4.
- 14 Von den allermeisten dieser Gebührenordnungen konnten bisher keine Kopien gefunden werden. Ob hier Abrechnungspositionen für AT und Hypnose aufgeführt wurden und welche Behandler\*innen nach diesen Regelwerken abrechnen durften, ist also derzeit nicht geklärt.
- 15 Der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) wurde 1935 in die Kassenärztlichen Vereinigungen eingemeindet.
- 16 Auch in der P-AdGO wurden „Hypnose, Psychoanalyse, psychotherapeutische Übungen“ in einer Reihe als „Psychotherapeutische Sitzungen“ aufgeführt (s.o.).
- 18 der später zum Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) wurde
- 19 1960 taucht AT zwar als eigenständiges Verfahren auf und die Spezifikation der Leistungslegende gibt Auskunft über die Abrechnungsmodalitäten, aber weiterhin galten „Hypnose, Psychoanalyse und psychotherapeutische Übungen“ gleichermaßen als „psychotherapeutische Sitzungen“.
- 20 Daraus ging 1999 die analog gestaltete Gebührenordnung für Psychotherapeut\*innen (GOP) hervor.
- 21 Die Formulierung deutet zwar darauf hin, dass die PR ebenfalls gemeint war. Das muss aber noch geprüft werden.

### *Abrechenbarkeit von übenden und suggestiven Interventionen*

- 22 Ob und wie AT, Hypnose und PR in den 1978ern E-GO, BMÄ bzw. EBM verzeichnet waren, konnte (noch) nicht recherchiert werden. Zumindest die Nennung von Hypnose und den übenden Verfahren AT und PR ist wegen ‚Systematik‘ und ‚Logik‘ der vorgenannten Gebührenordnungen aber recht wahrscheinlich. Es kann allerdings nicht referiert werden, wie sie genau honoriert und ob sie gemeinsam noch unter psychotherapeutischen Sitzungen subsumiert wurden.
- 23 [dg-e.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Resolution/171117\\_Anschreiben\\_Fachgesellschaften\\_Berufsverbaende\\_Resolution\\_zur\\_Staerkung\\_von\\_Autogenem\\_Training\\_final.pdf](https://www.dg-e.de/fileadmin/user_upload/downloads/Resolution/171117_Anschreiben_Fachgesellschaften_Berufsverbaende_Resolution_zur_Staerkung_von_Autogenem_Training_final.pdf), Zugriff 10.01.2021
- 24 Entsprechende Grundlagen wie etwa die damals gültige Beihilfe-Verordnung usw. müssen noch recherchiert werden.
- 25 [dgpt.de/ueber-uns/geschichte-der-dgpt/psychoanalyse-1918-1975](https://www.dgpt.de/ueber-uns/geschichte-der-dgpt/psychoanalyse-1918-1975), Zugriff 11.02.2021
- 26 persönliche Mitteilung vom 22.01.2021 von Manuel Becker, Senior-Referent bei der Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dezernat Versorgungsmanagement
- 27 Kostenerstattung wurde u.a. deshalb eingeführt, weil die Kapazitäten der zugelassenen (ärztlichen) Behandler\*innen den Bedarf nach Psychotherapien nicht decken konnten. Das führte zu einigen juristischen Auseinandersetzungen und wurde z.B. in der Presse aufgegriffen (vgl. Pota, 2019) und ist einer der Hintergründe, weswegen am 16.06.1998 das Psychotherapeutengesetz verabschiedet wurde (BGBl. I S. 1311 unter [bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBl&jumpTo=bgbl198s1311.pdf](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl198s1311.pdf); Zugriff: 11.02.2021; siehe auch Kasten oben).
- 28 Voraussetzung dafür ist eine zusätzliche Abrechnungsgenehmigung, für die aktuell neben der Approbation und einer Psychotherapie-Ausbildung noch eine anerkannte Zusatzqualifikation in AT, Hypnose bzw. PR erforderlich ist. Sie umfasst z.Z. jeweils 32 Unterrichtsstunden verfahrensspezifischer Fortbildung. Fachgesellschaften in den jeweiligen Verfahren gehen jedoch davon aus, dass eine umfanglichere Fortbildung mit größeren Selbsterfahrungsanteilen sowie Behandlungszeiten bzw. Praktika zunächst unter Supervision usw. notwendig ist, um das volle Potenzial der jeweiligen Verfahren im präventiven, therapeutischen und rehabilitativen Bereich auch wirklich ausschöpfen zu können (vgl. Husmann & Nass, 2015).
- 29 Zeitlich in etwa parallel wurde das Gesundheitsreformgesetz auf den Weg gebracht und trat am 20.12.1988 in Kraft. Dadurch wurden AT- und PR-Angebote ab 1989 zu Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, was die Perspektive auf AT und PR beeinflusste, sodass sie zeitweise zum Synonym für Stressbewältigung wurden aber weitergehende psychotherapeutische Potenziale aus dem Blick gerieten (Husmann, 2021, S. 41f). Das spielt(e) in die Sicht auf diese beiden Verfahren hinein, kann hier aber aus Platzgründen nicht ausführlicher erörtert werden.
- 30 Es ist bisher nicht geklärt, ab wann und mit welcher genauen Begründung dieses Kombinationsverbot Eingang in die Psychotherapie-Richtlinien fand. Innerhalb der Ausgestaltung der eingangs erwähnten Ausstellung zum AT ergaben sich Hinweise, dass dies möglicherweise schon in der NS-Zeit unter den Mitgliedern des damals führenden Deutschen Instituts für psychologische Forschung und Psychotherapie (DIPFPT) so gehandhabt wurde. Jedenfalls findet sich im Bundesarchiv der Entwurf eines Merkblattes für DIPFPT-Mitglieder von 1944 (BA, kleine Erhebungen 762 / 2 Karton 2, Band 1), in dem bei „tiefenpsychologischer Behandlung“ die strikte Trennung von gleichzeitiger körperlicher Untersuchung vorgegeben wird. Es ist zu vermuten, dass psychoanalytisch orientierte Behandler\*innen bei gleichzeitigem Praktizieren von Hypnose oder paralleler Anleitung von AT ebenso eine dysfunktionale Verzerrung des Übertragungsgeschehens befürchteten. Eine mögliche personelle Verbindung ist Annemarie Dührssen, die einerseits am DIPFPT ausgebildet wurde und andererseits maßgeblich an der Psychotherapie-Richtlinie von 1967 beteiligt war, denn sie publizierte 1965 eine Studie zur Effektivität psychodynamischer Behandlungen, die maßgeblich für die erste Fassung der Psychotherapierichtlinie war (vgl. Rudolf & Rüger, 2016).
- 31 Hier war, wie eingangs geschrieben, klassische (Suggestiv-) Hypnose gemeint (etwas Schultz, 1935), nicht aktuelle Formen der Hypnotherapie mit ihrem mittlerweile sehr viel differenzierteren Repertoire.
- 32 Die AÄGPT war allerdings nicht frei von Konflikten und vertrat ein recht ärztliches Verständnis von

- Psychotherapie. U. a. deshalb hielten Teile der psychoanalytischen Bewegung auch Distanz und umgekehrt. Die damals insgesamt wachsende Zahl von Psychotherapeut\*innen hatte der oben genannte Hartmannbund bei der Abfassung der AdGO vermutlich auf dem Zettel und wollte ihnen eine standespolitische Heimat bieten, denn in bzw. nach der PreuGO wurden sie, wie dargelegt, nicht sonderlich gut repräsentiert bzw. entlohnt.
- 33 Dass das unter der NS-Doktrin „heilen oder vernichten“ geschah und dass unzählige kranke und gehandicapte Menschen in diesem Kontext ermordet wurden, kann an dieser Stelle nur kurz angedeutet werden (Husmann 2016, 2017, 2020a).
  - 34 Dass dahinter Antisemitismus und andere faschistische Motive standen, kann hier ebenfalls nur kurz erwähnt werden, ebenso wie die ungezählten aus diesen Motiven heraus Ermordeten.
  - 35 Dabei gab es auch Bezüge zur deutschen Ganzheitsmedizin und –psychologie, die hier aber ebenfalls nur kurz angedeutet werden können.
  - 36 vgl. z.B. das „(Muster-)Kursbuch Psychosomatische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer von 2018); [bundesaeztekam-mer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Muster-Kursbuch\\_PSGV.pdf](https://bundesaeztekam-mer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Muster-Kursbuch_PSGV.pdf), Zugriff 08.03.2021
  - 37 Wobei der WBP der Hypnotherapie zur Behandlung von psychischen und sozialen Faktoren bei somatischen Krankheiten bei Erwachsenen nach §11 des Psychotherapeut\*innen-Gesetzes 2006 die wissenschaftliche Anerkennung aussprach, ebenso zur Raucherentwöhnung und bei Methadonentzug (Bundesärztekammer, 2006).
  - 38 [wege-zur-psychotherapie.org](https://wege-zur-psychotherapie.org), Zugriff: 11.03.2021. Eine Neuauflage ist für Herbst 2021 angekündigt und man/frau darf gespannt sein, ob die Bundespsychotherapeut\*innen-Kammer die Hinweise auf die Lücken in ihren Materialien hinsichtlich AT, Hypnose und PR (Husmann, 2019, 2020b) konstruktiv aufgegriffen hat.
  - 39 Eine systematische historische Analyse, wie es zu der Entwicklung eines zumindest unterschwellig hierarchisierten Verständnisses kam und was alles dazu beigetragen bzw. was dem entgegengewirkt hat (z.B. die mehrfache Kritik von Schultz; Husmann, 2017, 2021), steht, wie oben geschrieben, noch aus. In dieser Hinsicht aktiv zu werden und aufzuklären (z.B. die Bundes-Psychotherapeut\*innen-Kammer, welche Potenziale hypnotherapeutische Behandlungen bieten, oder dass AT und PR hoch effektive Basispsychotherapeutika sind), wäre trotzdem sicher auch schon jetzt ein lohnendes berufspolitisches Projekt für Fachgesellschaften wie DG-E, MEG, DGH u.a. aber auch für den wissenschaftlichen Beirat deutschsprachiger Hypnose-Gesellschaften (WBDH).
  - 40 siehe auch Fußnote 1 und 2
  - 41 In der NS-Zeit – die die nicht vertriebenen oder verfolgten ärztlichen Psychotherapeut\*innen, aber auch die Psycholog\*innen durchaus für ihre Professionalisierung zu nutzen wussten (Geuter, 1984; Geyer & Schröder, 2011; Husmann 2016, 2017, 2020a) - herrschte zwar eine nach dem so genannten Führerprinzip gelenkte und vom Krieg beeinflusste Gebührenordnungspolitik (Simon, 2017, S. 27ff; Kröger, 2015, S. 17f). Danach erstarkten Privatversicherungen, Ersatzkassen, Betriebs-, Innungs-, Knappschafts- und Seekassen usw. neben den allgemeinen Ortskrankenkassen aber wieder; siehe auch „Geschichte der Vertragsärzte“ unter [kbv.de/html/440.php](https://kbv.de/html/440.php), Zugriff 28.01.2021.
  - 42 Dass das Ringen weitergeht, zeigt sich z.B. daran, dass etwa die Beihilfe jüngst neu etablierte Formen der Behandlung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (Akuttherapie, psychotherapeutische Sprechstunde) in ihren Leistungskatalog aufgenommen hat. Trotzdem sind beihilfeberechtigte Patient\*innen in Bezug auf Psychotherapie mittlerweile schlechter gestellt, als gesetzlich Versicherte, da die für sie gezahlten Honorare inzwischen geringer sind und weil es außerdem gesetzliche Mindestvorgaben für niedergelassene Psychotherapeut\*innen hinsichtlich zu erfüllender Behandlungszeiten gibt, bei denen sich ein größerer Prozentsatz von Privat-Patient\*innen negativ auswirken würde (Best, 2019). Deswegen ist es nicht mehr ganz so unwahrscheinlich wie in der Vergangenheit, dass die festgefahrenen Verhandlungen um die GOÄ bzw. GOP (s.o.) zumindest in Bezug auf Psychotherapie demnächst in Gang kommen könnten.

### *Abrechenbarkeit von übenden und suggestiven Interventionen*

- 43 Wie zum Beispiel der jüngste Vorstoß aus dem Bundesgesundheitsministerium, wonach an die Stelle von individueller Diagnose und Behandlung eine psychotherapeutische Versorgung nach groben Rastern hätte treten sollen. Das konnte aber u.a. durch eine Petition, die binnen sehr kurzer Zeit fast 200.000 Unterzeichner\*innen fand, verhindert werden. Auch dies ist ein Beispiel dafür, dass berufspolitisches Engagement nötig ist und effektiv sein kann.

## **Literatur**

- Best, D. (2019). Einkommensverluste durch Privatbehandlungen. *Psychotherapie Aktuell*, Ausgabe 4/2019, S. 14-17
- Brück, D. (1981). Allgemeine Deutsche Gebührenordnung für Ärzte (Privat-Adgo) - veraltet. *DÄBl* 02/1981, H 7, S. 299-301.
- Bundesärztekammer (2006). Bundesärztekammer: Bekanntmachungen. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Hypnotherapie. *DÄBl/PP*, H 6 (Juni 2006), S. 285-287.
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1967). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie in der Kassenärztlichen Versorgung vom 3. Mai 1967 veröffentlicht im *Bundesarbeitsblatt* 19/1967, S. 499 - 500 (Banz Nr. 180 vom 23.09.1967) am 23.09.1967 ([kbv.de/media/sp/1967\\_05\\_03\\_Psycho\\_Neufassung\\_RL\\_BArbBl.pdf](http://kbv.de/media/sp/1967_05_03_Psycho_Neufassung_RL_BArbBl.pdf), Zugriff 11.02.2021)
- Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1987). Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien). Neufassung vom 3. Juli 1987 veröffentlicht in der Beilage zum *Bundesanzeiger* 1987, Nr. 156a, S. 3 - 7 ([kbv.de/media/sp/1987\\_07\\_03\\_Psycho\\_Neufassung\\_RL\\_BAnz.pdf](http://kbv.de/media/sp/1987_07_03_Psycho_Neufassung_RL_BAnz.pdf), Zugriff 11.02.2021)
- Bundesminister der Justiz (Hrsg., 1965). *Bundesgesetzblatt* Jg. 1965, Teil 1, Nr. 9 (veröffentlicht 25.03.1965). *Gebührenordnung für Ärzte*. Sammlung des Bundesrechts, *Bundesgesetzbl.* III 2122-1-9 (18.03.1965) Bonn.
- Deutsche Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E) (Hrsg., 2017). Resolution zur Stärkung des Autogenen Trainings, der Progressiven Relaxation und der Hypnose in der Krankenversorgung. ([dg-e.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Resolution/171117\\_Anschreiben\\_Fachgesellschaften\\_Berufsv\\_erbauende\\_Resolution\\_zur\\_Staerkung\\_von\\_Autogenem\\_Training\\_final.pdf](http://dg-e.de/fileadmin/user_upload/downloads/Resolution/171117_Anschreiben_Fachgesellschaften_Berufsv_erbauende_Resolution_zur_Staerkung_von_Autogenem_Training_final.pdf), Zugriff 10.01.2021)
- Deutsches Ärzteblatt (1987). Der Kommentar. Psychotherapie als kassenärztliche Tätigkeit. Zu den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung von Psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Richtlinien). *DÄBl* 09/1987, H 37, S. A2367-A2368.
- Funke, A. (1988). *Privatärztliches Gebührenrecht*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Gemeinsamen Bundesausschusses (2020). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) veröffentlicht im *Bundesanzeiger* (BAnz AT 23.01.2020 B4) ([g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL\\_2020-11-20\\_iK-2021-02-18.pdf](http://g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf), Zugriff 28.02.2021)
- Geuter, U. (1984). *Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus*. Frankfurt/M. Suhrkamp.
- Geyer, M. & Schröder, C. (2011). Zum Stand der Professionalisierung der Psychotherapie nach der NS-Zeit – Ein Erklärungsversuch. In: Geyer, M. (Hrsg.): *Psychotherapie in Ostdeutschland. Geschichte und Geschichten 1945-1995* (S. 39-45). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Husmann, B. (2016). «Die letzten und die ersten Tage...» - Licht und Schatten im Wirken von Prof. Dr. Dr. Johannes Heinrich Schultz vor und nach 1945. *Hypnose ZHH*, 11 (1+2), S. 27-70.
- Husmann, B. (2017). Die Entwicklung des Autogenen Trainings im Rahmen von Zeitgeschichte und beruf-

- licher Karriere von Prof. Dr. Johannes Heinrich Schultz 1902-32. Als die Psychotherapie laufen lernte oder: «Konzentrierte Selbstentspannung» is not witch-skill but switch-skill. *Entspannungsverfahren*, 34, S. 24-118.
- Husmann, B. (2019). Resolution der DG-E zur Stärkung von Autogenem Training (AT), Progressiver Relaxation (PR) und Hypnose in der GKV-Versorgung - erste Ergebnisse. *Entspannungsverfahren*, 36, S. 165-172.
- Husmann, B. (2020a): Autogenes Training. „Potentes Psychotherapeutikum“. *DÄBI/PP*, 19(6), S. 266-267.
- Husmann, B. (2020b). Resolution der DG-E zur Stärkung von Autogenem Training, Progressiver Relaxation und Hypnose in der GKV-Versorgung – Nachwirkungen. *Entspannungsverfahren*, 37, S. 165-170.
- Husmann, B. (2021). Über 100 Jahre Autogenes Training. Eine Ausstellung zur Geschichte der „konzentrierten Selbstentspannung“. *Entspannungsverfahren*, 38, S. 20-49.
- Husmann, B. & Nass, O. (2015). Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung sind zentrale psychotherapeutische Kompetenzen. *Psychotherapeutenjournal* 1/2015, S. 4-12.
- Kröger, G. (2015; Hrsg. Brendan-Schmittmann-Stiftung). Historische Entwicklung und epochenspezifische Funktionalität der Gebührenordnung für Ärzte. [virchowbund.de/uploads/files/studie\\_brendan-schmittmann-stiftung\\_geschichte\\_der\\_go.pdf](http://virchowbund.de/uploads/files/studie_brendan-schmittmann-stiftung_geschichte_der_go.pdf) (Zugriff 11.02.2021)
- Lahmanns Sanatorium (Hrsg., 1921/22). Prospekt und Jahresbereich 1921/22 (36. Aufl.). Dresden.
- Nienhaus, F. (1982). Neue GOÄ – Ende der Privat-AdGo. *DÄBI* 12/1982, H 48, S. 51-55.
- o.V. (1948). Privat-Adgo. Allgemeine Gebührenordnung für Ärzte. Jahrgang 1928. 1948. Hamburg: H. H. Nölke Verl.
- o.V. (1960). Ersatzkassen-Adgo. Ausgabe April 1960. Köln, Berlin: DÄV.
- Peter B. (2015). Geschichte der Hypnose in Deutschland. In: Revenstorff D. & Peter B. (Hrsg.). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (S. 817-851). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Pota, L. A. (2019). Historie bzw. Entwicklungen des Psychotherapeutengesetzes. [bdp-verband.de/aktuelles/2019/10/historie-bzw.-entwicklungen-des-psychotherapeutengesetzes.html](http://bdp-verband.de/aktuelles/2019/10/historie-bzw.-entwicklungen-des-psychotherapeutengesetzes.html) (Zugriff 10.03.2021)
- Rudolf, G. & Rüger, U. (2016). *Psychotherapie in sozialer Verantwortung. Annemarie Dührssen und die Entwicklung der Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Schultz, J. H. (1920). *Die seelische Krankenbehandlung (Psychotherapie)*. Ein Grundriß für Fach- und Allgemeinpraxis. Jena: Gustav Fischer Verlag. 2. verbesserte Aufl.
- Schultz, J. H. (1935). *Hypnose-Technik. Praktische Anleitung zum Hypnotisieren für Ärzte*. Fischer Jena.
- Schultz, J. H. (1939). Über kleine Psychotherapie in der allgemeinen Praxis und Kurzverfahren in der Psychotherapie. *Zbl Psychoth*, 11, S. 69-84.
- Simon, M. (2017): *Das Gesundheitssystem in Deutschland*. Bern: Hogrefe, 6. vollständig aktualisierte und überarbeitete Aufl.
- Steinat, J. A. (2004). *Ernst Speer (1889-1964). Leben – Werk – Wirkung*. Medizinische Fakultät Universität Tübingen: Diss.
- Verband der Ärzte Deutschlands (1924a). *Allgemeine Deutsche Gebühren-Ordnung für Ärzte*. Jahrgang 1924. Mit einem Anhang: Bestimmungen für Anwendung dieser Gebühren-Ordnung bei den kaufmännischen Ersatzkassen u.a. Leipzig: Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands
- Verband der Ärzte Deutschlands (1924b). *Preußische Gebührenordnung*. Bekanntmachung betreffend den Erlaß einer Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 25. Februar 1924. Leipzig: Buchhandlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands
- WBP (2019). *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie nach § 11 PsychThG. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. Version 2.9 vom 03.06.2019. [wbpsychotherapie.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/WBP/Methodenpapier.pdf](http://wbpsychotherapie.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/WBP/Methodenpapier.pdf), Zugriff: 10.03.2021

## **Sonstige Quellen**

- [bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgbl198s1311.pdf](http://bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl198s1311.pdf) (Zugriff: 11.02.2021).
- [bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Muster-Kursbuch\\_PSGV.pdf](http://bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Muster-Kursbuch_PSGV.pdf) (Zugriff 08.03.2021).
- Bundesarchiv: kleine Erhebungen 762 / 2 Karton 2, Band 1.
- [bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html](http://bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html) (Zugriff 11.02.2021).
- [de.wikipedia.org/wiki/Datei:Deutsches\\_Reichsgesetzblatt\\_1883\\_009\\_073.jpg](http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Deutsches_Reichsgesetzblatt_1883_009_073.jpg) (Zugriff 28.02.2021).
- [dgpt.de/ueber-uns/geschichte-der-dgpt/psychoanalyse-1918-1975](http://dgpt.de/ueber-uns/geschichte-der-dgpt/psychoanalyse-1918-1975) (Zugriff 11.02.2021).
- [dhm.de/lemo/kapitel/kaiserreich/innenpolitik/attentate-auf-kaiser-wilhelm-i.html](http://dhm.de/lemo/kapitel/kaiserreich/innenpolitik/attentate-auf-kaiser-wilhelm-i.html) (Zugriff 29.01.2021)
- [dhm.de/lemo/kapitel/kaiserreich/innenpolitik/sozialistengesetz.html](http://dhm.de/lemo/kapitel/kaiserreich/innenpolitik/sozialistengesetz.html) (Zugriff 29.01.2021)
- [gewerkschaftsgeschichte.de/downloads/e\\_01\\_dok\\_1\\_gewerbeordn.1845.pdf](http://gewerkschaftsgeschichte.de/downloads/e_01_dok_1_gewerbeordn.1845.pdf) (Zugriff 01.03.2021).
- [kbv.de/html/37666.php](http://kbv.de/html/37666.php) (Zugriff 28.01.2021)
- [kbv.de/html/440.php](http://kbv.de/html/440.php) (Zugriff 28.01.2021)
- [krankenkassenzentrale.de/wiki/geschichte-der-kv#](http://krankenkassenzentrale.de/wiki/geschichte-der-kv#) (Zugriff 11.01.2021).
- [library.fes.de/fulltext/bibliothek/tit00148/00148012.htm](http://library.fes.de/fulltext/bibliothek/tit00148/00148012.htm) (Zugriff 01.03.2021).
- [mdz-nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:12-bsb10509605-4](http://mdz-nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:12-bsb10509605-4) (Zugriff 01.03.2021).
- [sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/allgemeines/24-geschichte-der-sozialversicherung.html](http://sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/allgemeines/24-geschichte-der-sozialversicherung.html) (Zugriff 28.02.21).
- [sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/allgemeines/28-geschichte-der-krankenversicherung.html](http://sozialversicherung-kompetent.de/sozialversicherung/allgemeines/28-geschichte-der-krankenversicherung.html) (Zugriff 28.02.21).
- Spiegel 40/1962, S. 33.
- [upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/00/Kaiserliche\\_Botschaft\\_17111881.jpg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/0/00/Kaiserliche_Botschaft_17111881.jpg) (Zugriff 11.02.2021).
- [wege-zur-psychotherapie.org](http://wege-zur-psychotherapie.org) (Zugriff: 11.03.2021).
- [wissen.de/die-geschichte-der-krankenversicherungen-deutschland](http://wissen.de/die-geschichte-der-krankenversicherungen-deutschland) (Zugriff 28.02.2021).