

Projekt Psychotherapie

03/2018

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · www.bvvp.de



Humanistische Psychotherapie Die Ablehnung durch den Wissenschaftlichen Beirat und die Folgen für die Verfahrensvielfalt

„Auf der Zielgeraden“

Bundesminister Spahn sagt zügige Umsetzung
der Reform der Psychotherapeutenausbildung zu

Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Eine Studie deckt den Einfluss geschäftsführerischer Aspekte
bei der Behandlung in Deutschlands Krankenhäusern auf

GEFANGEN IM NETZ? DIGITALISIERUNG UND PSYCHOTHERAPIE

Öffentliche Veranstaltung

BERLIN

FREITAG, 14. SEPTEMBER 2018

BEGINN: 18:00 UHR

VORTRAG
PODIUMSDISKUSSION
IMBISSBUFFET

REFERENTINNEN/REFERENTEN

- Dr. Silja Samerski, Universität Bremen
- Susanne Mauersberg, Bundesverband Verbraucherzentrale

PODIUMSDISKUSSION

mit Moderation Bernd Seguin,
Journalist aus Hamburg

- Dr. Silja Samerski, Universität Bremen
- Susanne Mauersberg,
Bundesverband Verbraucherzentrale
- Dr. med. Franz-Joseph Bartmann,
Präsident der Ärztekammer
Schleswig-Holstein
- Dr. med. Bernhard Tenckhoff, KBV,
Leiter der Stabsstelle Innovation,
strategische Analyse und IT-Beratung (ISI)
- Dr. Achim Kessler, MdB, DIE LINKE
- Klaus Focke, Abteilungsleiter
Versorgungsmanagement,
BKK Dachverband e.V.

Hotel Aquino Tagungszentrum
Hannoversche Str. 5b, 10115 Berlin

Die Teilnahme ist kostenfrei.
Fortbildungspunkte sind beantragt.

Anmeldung: bvvp@bvvp.de

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

Die Entscheidung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zur Humanistischen Psychotherapie stellt aus Sicht des bvvp einen schwierigen Präzedenzfall dar. Mit der Nicht-Anerkennung der Wissenschaftlichkeit der Humanistischen Psychotherapie wurde ein leider wegweisendes „Gutachten/Urteil“ über die Weiterentwicklung der Psychotherapie in Deutschland gefällt. Daher haben wir diese Ausgabe der Humanistischen Psychotherapie gewidmet.

Humanistische Psychotherapieverfahren haben eine enorme Erneuerungskraft in den letzten Jahren und Jahrzehnten unter Beweis gestellt. Körperpsychotherapie, Gestalttherapie oder GPT (Gesprächspsychotherapie) haben vielfach den Fortschritt im Sinne der Patienten angestoßen und in Bewegung gebracht. Psychotherapeuten anderer Richtungen haben längst Anleihen bei der Gestalttherapie (heißer Stuhl) oder der GPT (Aktives Zuhören) gemacht.

Mit dem Gutachten zur Humanistischen Psychotherapie wird eine Einschränkung der Variabilität und der Vielfältigkeit psychotherapeutischer Verfahren in Kauf genommen. Es ist darüber hinaus zu befürchten, dass damit die Landschaft der bislang vom Wissenschaftlichen Beirat anerkannten Psychotherapieverfahren auf Jahre hinaus zementiert wird.

Auch die durch dieses Gutachten ausgesprochene Aberkennung der Wissenschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie, eines bereits vom Wissenschaftlichen Beirat früher schon anerkannten Verfahrens, könnte Schule machen und auf andere noch zu überprüfende Verfahren abfärben. Die umfassende Darstellung der Autoren des Schwerpunktes macht nachdenklich.

Aber wo Schatten ist, da ist auch Licht. Das gilt auch für die Berufspolitik. Der zweite große Themenkomplex der aktuellen Ausgabe bezieht sich auf die Übergabe einer Petition von jungen Kollegen, die weiter mit Vehemenz für die Bezahlung in der Ausbildung beziehungsweise Weiterbildung der Psychotherapeuten kämpfen.

Allein die Anzahl von über 22.000 Unterschriften, die die Kollegen in der von Katharina von Bronswijk im PiA-Politik-Treffen initiierten Resolution gesammelt haben, dürfte unseren Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) beeindruckt haben. In dieser Initiative zur größten Petition im Bereich Psychotherapie überhaupt haben sich an prominenter Stelle viele junge Kollegen, die sich auch im bvvp engagieren, mit großer Energie und erstaunlicher Durchsetzungskraft eingebracht. Wir freuen uns, Ihnen auch ein Interview mit Jonas Göbel zu präsentieren, der sich nun im bvvp für die Angestelltenfragen einsetzt – angesichts der bevorstehenden Ausbildungsreform und der Kooperationsformen in psychotherapeutischen Praxen ein zunehmend wichtiges Thema. Es freut uns sehr, dass dieser Bereich, der die Zukunft der Psychotherapie darstellt, auch innerhalb unseres Verbandes zunehmend stärker vertreten ist.

Dass unser Gesundheitssystem krank, können Sie dem Artikel von Ariadne Sartorius entnehmen. Wie Entscheidungen zu Behandlungen zunehmend von ökonomischen Interessen überlagert werden, ist ausgesprochen kritisch zu sehen.

Zu den Themen Telematik-Infrastruktur, EU-DSGVO, EBM und vielem anderen mehr finden Sie wie gewohnt aktuelle kurze Nachrichten in den berufspolitischen Meldungen.

Ich wünsche Ihnen viel Spaß beim Lesen des aktuellen Heftes, obwohl einem beim Thema Humanistische Psychotherapie durchaus jegliche Freude vergehen kann. Trotzdem werden wir uns in unserer Begeisterung für die Berufspolitik nicht entmutigen lassen.

Herzliche Grüße,
Benedikt Waldherr,
Vorsitzender des bvvp-Bundesverbandes



Projekt Psychotherapie

03/2018

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Meinung & Wissen

- 05 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 08 **„Nur Patienten aufnehmen, deren Behandlung einen Gewinn erwarten lässt“**
Eine Studie gibt Anlass zur Sorge um das Wohl der Patienten in deutschen Krankenhäusern
- 10 **Telematik-Infrastruktur – eine kleine Anleitung**
Neue Anbieter, alte Probleme – worauf Sie achten müssen
- 11 **BARGRU-Studie**
Warum gibt es so wenig ambulante Gruppenpsychotherapie?
- 12 **Zehn Jahre PiA – ein Rückblick**
Seit mehr als einer Dekade engagieren sich Psychotherapeuten in Ausbildung
- 14 **Großer Erfolg für PiA-Politik-Treffen-Petition**
22.515 Unterschriften und eine mündliche Zusage des Gesundheitsministers
- 15 **„Erfüllend, Einfluss nehmen zu können“**
Katharina van Bronswijk und Jonas Göbel vom Jungen Forum im Interview

Schwerpunkt Humanistische Psychotherapie

- 19 **Verfahren**
Wie der Wissenschaftliche Beirat nach dem HPT-Prüfungsprozess in die Kritik geraten ist
- 20 **Wie wissenschaftlich entscheidet der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie?**
Ein Kommentar zur Nicht-Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie
- 23 **Was ist Humanistische Psychotherapie?**
Von A wie Arbeitsgemeinschaft bis Z wie Ziele – ein Überblick
- 27 **„Willkürlich und intransparent“**
Die Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie zur Entscheidung des WBP
- 30 **„Ich bin nicht davon überzeugt, dass Gesprächspsychotherapie allein hinreichend wirksam ist“**
Prof. Dr. Thomas Fydrich vom WBP im Gespräch über Methoden und Entscheidungen
- 33 **Literatur**
- 35 **Ausblick auf Heft 04/2018, Termine, Impressum**

ABGELEHNT!



KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

Probatorik an die Terminservicestellen TSS

Das Schiedsamt hatte entschieden, dass zukünftig auch probatorische Sitzungen bei Indikationsstellung einer zeitnah erforderlichen Psychotherapie auf der individuellen Patienteninformation PTV 11 über die TSS der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) vermittelt werden müssen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte dagegen Klage eingereicht und einen Antrag für die Anordnung der aufschiebenden Wirkung gestellt. Dieser Antrag wurde nun abgelehnt. Im Moment wird das PTV 11 entsprechend ergänzt, und die Vermittlungsverpflichtung beginnt am 1. Oktober dieses Jahres. Sollten nicht genug Termine gemeldet werden, dann muss man sich für andere Lösungen als eine verpflichtende Meldung einsetzen. Die Gefahr, dass die Leistungen an die Kliniken abwandern, ist jedenfalls recht gering, denn es wird dann Facharztstatus und Behandlerkontinuität gefordert. Beides kann von den Kliniken in der Regel nicht gewährleistet werden. Stattdessen könnten Ermächtigungen oder Sonderbedarfe eine Alternative sein.

Leichte Erhöhung in der Vergütungsformel

Der Bewertungsausschuss hat auf Grundlage des letztjährigen BSG-Urteils zur angemessenen Vergütung der genehmigungspflichtigen Psychotherapie für das Jahr 2007 nun einen Beschluss gefasst. Wird dieser nicht vom Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsaufsicht beanstandet, werden die KVen ihn umsetzen.

Die Betriebskosten in der Formel zur Berechnung der angemessenen Vergütung werden von 40.634 Euro auf 41.052 Euro angehoben. Das entspricht einer Nachzahlung von 27 Cent pro genehmigungspflichtiger Einzelsitzung.

Kommentar: Wir wünschen viel Spaß beim Schlemmen an der Imbissbude!

Papier belegt hohes Arbeitspensum in Praxen

Im Rahmen der Diskussion um die im Koalitionsvertrag geforderte Anhebung der Mindestsprechstundenzeit in Arztpraxen von 20 auf 25 Stunden veröffentlichte das Zentralinstitut ZI der KBV, das auch für das jährliche Praxis-Panel zuständig ist, ein Papier zu den Öffnungs- und Betriebszeiten der Praxen (www.zi.de/presse/2018/21-juni-2018).

Laut ZI liegen die Betriebszeiten bei durchschnittlich 38,8 Wochenstunden. Rund 92 Prozent der Praxen gaben Betriebszeiten von 25 Stunden und mehr pro Woche an. Damit wird in den meisten Praxen die Forderung des Koalitionsvertrags nach mehr Stunden bereits übererfüllt. Die Gesamtarbeitszeit pro Woche beträgt im Durchschnitt 51,5 Stunden. Im psychotherapeutischen und psychosomatischen Bereich sind es durchschnittlich 49,3 Stunden. Der GKV-Anteil liegt über alle Arztgruppen hinweg bei 84 Prozent. Unerfreulich hoch sind hingegen die 14 Stunden pro Woche, die in den Praxen für die Bürokratie anfallen. Hier wäre ein sinnvoller Ansatz wünschenswert, der mehr Zeit für Patientinnen und Patienten möglich macht.

Gutachten zur Bedarfsplanung fertiggestellt

Das von der KBV in Auftrag gegebene Großgutachten, das als Grundlage der Überarbeitung der Bedarfsplanung dienen soll, ist fertiggestellt worden. Der Gesetzgeber hatte die Überarbeitung bereits im Versorgungsstärkungsgesetz bis Ende 2016 angeordnet und insbesondere für die unzureichende psychotherapeutische Versorgung eine angemessene Lösung gefordert. Es sollten zukünftig neben demografischen auch die Morbiditäts- und Sozialstruktur berücksichtigt werden.

Auch das aktuelle Gutachten liefert keine magische Formel für die Feststellung des tatsächlichen medizinischen Bedarfs, sondern setzt auf den bestehenden Bedarfsplänen auf. Es finden sich in dem 700 Seiten dicken Werk diverse Ideen, die nun von den Akteuren des Gesundheitssystems nach jeweiliger Interessenlage zusammengesetzt werden können. Es scheint aber sicher zu sein, dass die Bedarfsplanung der Psychotherapeuten kleinräumiger wird, was einige neue Sitze schaffen sollte. Ansonsten sind die Zulassungsausschüsse weiterhin die autonomen Spezialisten vor Ort, die die Versorgungssituation und die Bedarfe am besten einschätzen können.

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Reform des Facharzt-EBM weiterhin heftig umstritten

Weiterhin fehlt es an Begeisterung der meisten Facharztgruppen für die Reform des Facharzt-EBM. Das Projekt wird inzwischen als „EBM light“ betitelt, neues Datum des Inkrafttretens ist derzeit der 1. Juli 2019.

Größtes motivationales Hindernis ist das Gebot der Kostenneutralität, das in einem Beschluss des Bewertungsausschusses zwischen KBV und Kassen festgelegt wurde. Damit sind Umverteilungen innerhalb und zwischen den Arztgruppen fast unvermeidlich, und solche Umverteilungen bedrohen den fachärztlichen Frieden erheblich – egal, auf welchen Ungerechtigkeiten dieser Frieden fußt.

Für alle zeitgebundenen Leistungen der sogenannten sprechenden Medizin, zu der die Psychotherapeuten zählen, stellt die ebenfalls im Beschluss festgelegte Überprüfung der Kalkulationszeiten keine Gefahr dar. Ruft man sich dann noch den Beschluss der Vertreterversammlung der KBV ins Gedächtnis, in dem sie ausdrücklich formuliert, dass sie dazu beitragen möchte, „in Zukunft den Wert der persönlichen Leistung des Arztes im Kontakt zum Patienten stärker zu betonen und sich gegenüber den Kassen für eine entsprechend höhere Bewertung der vom Arzt aufzubringenden Zeit im EBM einzusetzen“, sollte die Reform zu einer Höherbewertung führen. Zumal die Vertreterversammlung überdies erklärte, das Ziel für sinnvoll zu erachten, „bestehende Honorarunterschiede zwischen den Ärzten/Arztgruppen mit zuwendungsintensiven Leistungen und solchen mit einem großen Anteil an delegierbaren Leistungen“ auszugleichen. „Auf diesem Wege kann bei der Neufassung insbesondere bei der Bewertung des EBM auch dem Anliegen derjenigen Ärzte und Psychotherapeuten entsprochen werden, die psychotherapeutische Leistungen erbringen“, hieß es in dem Papier.

Psychotherapeuten kritisieren Modellstudiengang im BMG-Entwurf

Auf dem 32. Deutschen Psychotherapeutentag (DPT) wurde eine Resolution verabschiedet, in welcher der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgeschlagene Modellstudiengang zur Verordnungsbefugnis für Psychopharmaka als nicht zielführend bezeichnet wird. Damit hat sich der DPT wie zuvor bereits einige Verbände gegen den im Arbeitsentwurf des BMG vorgesehenen Modellstudiengang ausgesprochen. In einer weiteren Resolution mahnten die Delegierten den zügigen Abschluss der Reform an und forderten eine ausreichende Finanzierung für Aus- und Weiterbildung.

In einer Videogrüßbotschaft zum BptK-Symposium zur Reform des Psychotherapeutengesetzes am 26. Juni 2018 versprach Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) den zügigen Abschluss des Reformvorhabens noch für diese Legislaturperiode.

bvvp fordert Fachexpertise von DozentInnen

Der bvvp hat das Bundesgesundheitsministerium aufgefordert, im Sinne der mehrfach geforderten Strukturqualität für die Ausbildung im neuen Ausbildungsgesetz auch präzisiert anzugeben, dass die Lehre der Psychotherapieverfahren nur durch im jeweiligen Verfahren ausgebildete DozentInnen mit der entsprechenden Fachkunde durchgeführt werden darf. In den Hochschulambulanzen ist ebenfalls sicherzustellen, dass dort mehrere Verfahren durch in diesen Verfahren ausgebildete Psychotherapeuten praktiziert werden.

Im Arbeitsentwurf zum Gesetz vom Juli 2017 wird zwar die Kompetenzvermittlung mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgesehen, aber nicht explizit ausgeführt, dass zumindest mehrere der derzeit in der Versorgung zur Anwendung kommenden Psychotherapieverfahren an den Hochschulen auch gelehrt werden müssen.

Finanzierungsmöglichkeit der ambulanten Weiterbildung bestätigt

Dr. Rainer Hess, ehemaliger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitgestalter des ersten Psychotherapeutengesetzes, stellte auf einem Verbände-Symposium am 7. Juni in Berlin die zentralen Ergebnisse seines Rechtsgutachtens zu den notwendigen bundes- und landesrechtlichen Regelungen für die zukünftige Weiterbildung der heutigen PP und KJP vor. Eine Weiterbildung in ambulanter Psychotherapie hält er für unverzichtbar, da sich die Versorgung im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung grundlegend unterscheiden. Der Gesetzgeber müsse bei Anerkennung dieser fachlichen Notwendigkeit sicherstellen, dass die Weiterbildung ausreichend vergütet wird. Er wies darauf hin, dass es dazu bundesgesetzlicher Regelungen bedürfe, die jedoch nur durch Absprachen mit den Bundesländern zu erreichen seien, insbesondere was die Rolle der bisherigen Ausbildungsinstitute betrifft, die in Weiterbildungsinstitute überführt werden müssten.

Sozialrechtliche Regelungen für die Finanzierung einer ambulanten Weiterbildung von Psychotherapeuten seien grundsätzlich möglich, wenn es dafür einen politischen Willen gebe. Hess: „Wenn man will, geht es.“ Falsch sei die Behauptung, dass ein Weiterbildungskonzept sozialrechtlich nicht machbar sei. Man müsse dann schon sagen, dass man das politisch nicht wolle.

Auf derselben Veranstaltung, die auch unter Mitwirkung des bvvp stattfand, wurden zudem von Frau Dr. Walendzik Finanzierungsmodelle aus einem von ihr und Prof. Wasem entwickelten Gutachten referiert, Angelika Haun vom bvvp zeigte die Parallelen zur ärztlichen Weiterbildung auf. Mit Gesundheitspolitikern wurde anschließend die Notwendigkeit der Regelung einer Weiterbildung in einer Podiumsdiskussion erörtert.

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

PiA-Politik

Das Junge Forum des bvvp hat seine Arbeit fortgesetzt und wird auf einer Klausurtagung im September weitere Ideen fortentwickeln. Inzwischen hat das PiA-Politik-Treffen die von unserer Vorstandsaktiven Katharina van Bronswijk ins Leben gerufene und von 22.515 Personen unterzeichnete Resolution zur Ausbildungsreform dem Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses übergeben. Hier war auch kurz Gelegenheit, den Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zu treffen (mehr Informationen ab Seite 14).

Das inzwischen 14. PiA-Politik-Treffen wird am 29. September 2018 stattfinden, dieses Mal erstmalig in Frankfurt. Anmeldungen unter <https://piapolitik.de>

Leitlinien zu ADHS und Kinderschutz verabschiedet

Die inzwischen verabschiedete und veröffentlichte Leitlinie ADHS hat in der Öffentlichkeit zu Diskussionen geführt. Auch der bvvp war stark in die Entwicklung der Leitlinie involviert und hatte, gemeinsam mit dem bkj, diverse Sondervoten eingebracht, die für eine Zurückhaltung bei Diagnosen für Kinder unter sechs Jahren votierten sowie für eine kritische Handhabung der Empfehlung, bei „moderater ADHS“ eine Medikation einzusetzen. Weiterhin fehlen aus Sicht des bvvp aufgrund fehlender naturalistischer, versorgungsnaher Langzeitstudien an verschiedenen Stellen notwendige und sinnvolle Hinweise auf Psychotherapie. In einer Pressemitteilung forderte der bvvp die Politik auf, solche Studien zur Wirksamkeit von Psychotherapie zu fördern, und ermahnte die Wissenschaft dazu, naturalistische, versorgungsnaher Studien durchzuführen.

Ebenfalls inzwischen verabschiedet wurde die Kinderschutzleitlinie. Weitere Leitlinien befinden sich nach wie vor in Arbeit, so die Leitlinie Schizophrenie, die kurz vor der Veröffentlichung steht, und die Leitlinie Borderline, deren Entwicklung sich noch in der Anfangsphase befindet.

Zahlreiche Themen bei GK II in Würzburg

Im GK II, dem zweimal jährlich stattfindenden psychotherapeutischen Verbändetreffen, wurde am 5. Mai 2018 in Würzburg über aktuelle politische Themen diskutiert.

Zur Sprache kamen die Ausbildungsreform, die Telematik, die DGVSO sowie das bayerische PsychKHG und der bundesweite Protest dagegen. Die Konsequenzen aus der Nicht-Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie durch den Wissenschaftlichen Beirat und mögliche Reaktionen darauf sowie das vor allem vom bvvp immer wieder eingebrachte Thema Leitlinien wurden länger diskutiert und werden den GK II auch weiterhin beschäftigen. Gemeinsam wurde eine Stellungnahme zur Weiterbildung nach der Ausbildungsreform erarbeitet, ebenso eine Resolution, die sich gegen einen Modellstudiengang Pharmakotherapie richtet, und eine weitere, die die Psychotherapie bei alkoholbezogenen Störungen stärken soll.

Foto: Privat



„Nur Patienten aufnehmen, deren Behandlung einen Gewinn erwarten lässt“

Unnötige Operationen, schlechte Aufklärung, Personalmangel – eine Studie gibt Anlass zur Sorge um das Wohl der Patienten in deutschen Krankenhäusern

Von **Ariadne Sartorius**, bvvp-Vorstandsmitglied

Nur ein geringer Prozentsatz der psychisch erkrankten Menschen erhält eine leitliniengerechte Therapie. Aus aktuellen Wartezeitenstudien wissen wir, dass Patienten oftmals nicht zeitnah einen Psychotherapieplatz erhalten. Ursache hierfür ist die bis heute nicht angemessene Bedarfsplanung. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen müssen aufgeteilt werden. Dies geschieht über Priorisierungen medizinischer Leistungen.

Die Diskussion hierüber ist nicht neu. Bereits 2007 forderte die Ethikkommission der Bundesärztekammer die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) auf, eine explizite Prioritätensetzung in der Gesundheitsversorgung zu initiieren und dauerhaft zu implementieren.

Georg Marckmann, Präsident der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., schrieb 2010 im Bundesgesundheitsblatt, „eine nationale Prioritätenkommission könnte eine wichtige Rolle dabei spielen, diese Deliberation in Deutschland voranzubringen und damit allgemeine Vorgaben zu entwickeln, nach welchen Kriterien und Verfahren Priorisierungen im Gesundheitswesen durchzuführen sind“.

Patienten vertrauen in der Regel darauf, dass Ärzte ihre (eigenen) Interessen zurückstellen und alles in ihrer Macht Stehende unternehmen, um ihnen bei den

gesundheitlichen Problemen zu helfen. Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen führt jedoch dazu, dass betriebswirtschaftliche Überlegungen von Kliniken und nicht (ausschließlich) medizinische Notwendigkeiten Aufnahme oder Entlassung beeinflussen. Hierzu liegt nun eine Studie des langjährigen Krankenhausmanagers und Generaldirektors des Wiener Krankenhausverbundes, Heinz Naegler, sowie von Soziologe und Psychoanalytiker Karl-Heinz Wehkamp vor, die mithilfe diverser Interviews mit 20 Klinikärzten und 21 Geschäftsführern von Kliniken, mit Fokusgruppen, Expertenbefragungen, Werkstattgesprächen und öffentlichen Veranstaltungen und Podiumsdiskussionen untersuchten, inwieweit medizinische Entscheidungen in Kliniken durch andere Interessen als die der Patienten beeinflusst werden.

Zwar dürfen medizinische Entscheidungen nur von Ärzten getroffen werden, jedoch geben Geschäftsführer Rahmenbedingungen vor. Dies geschieht „durch Personalentscheidungen, Belegungsvorgaben, Dienstpläne, Zeitvorgaben, interne Budgetierungen, Zuständigkeitsregelungen, Zielvorgaben und gelegentlich auch durch direkte Aufforderungen, „medizinische Arbeit zu beschaffen“, die entweder unnötig ist oder ebenso gut ambulant

durchgeführt werden kann“. So steht es in der Studie, die im April 2018 bei der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft erschienen ist. Ärzte beklagen diese Vorgaben der Geschäftsführer und diese wiederum die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Die Gesundheitspolitik verweist auf unangemessene Mittelverwendungen – und so beißt sich die Katze in den Schwanz, und die Akteure entziehen sich der Verantwortung.

Die stationäre Krankenhausbehandlung ist unter betriebswirtschaftlichem Einfluss, das ist der Studie, die den Titel „Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung“ trägt, eindeutig zu entnehmen: Dieser beeinflusst Entscheidungen wie die Aufnahme, die Maßnahmen der Diagnostik und Therapie, den Zeitpunkt der Entlassung beziehungsweise der Verlegung eines Patienten und die Nachbehandlung. So haben Naegler und Wehkamp unter anderem festgestellt:

1. Eine große Rolle spielt dabei die Personalknappheit, das sehen nicht nur die Ärzte so, sondern auch die Geschäftsführer. Und das bleibt nicht ohne Konsequenzen: „Konkret kann die Verknappung bedeuten, dass junge Ärzte keinen ausreichenden fachärztlichen Hintergrund bekommen und angesichts ihrer Verantwortung gegenüber Patient und Kranken-

haus in extreme Stress- und Überforderungssituationen hineingeraten, wenn sie ihre Entscheidungen alleine, unter Zeitdruck und ohne hinreichende Expertise treffen müssen.“

2. Drei Viertel aller Ärzte bejahen die Frage, ob betriebswirtschaftliche Aspekte bei der Aufnahme von Patienten eine Rolle spielen. Im Extremfall schildert ein Arzt, das Portfolio des Krankenhauses sei mit dem Ziel weiterentwickelt worden, nur noch solche Patienten aufzunehmen, deren Behandlung einen Gewinn erwarten lässt.

3. Wirtschaftliche Aspekte spielen während der stationären Behandlung keine Rolle, so die Geschäftsführer. Das sehen aber 40 Prozent der befragten Ärzte anders. Hierzu führt einer der Ärzte aus: „Ich muss viele Runden drehen, bis ich was genehmigt kriege. Es wird nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab geguckt, aber der deckt bei Weitem nicht alle unsere medizinischen Fragestellungen ab, und der Controller sagt, dafür gibt's keine Evidenz, womit er recht hat, die wird es auch nie geben. Das gilt für Kinder oder für teure Therapien bei seltenen Erkrankungen, wo niemand eine Studie machen wird ... Oder die Kostenträger greifen eher ein.“

4. Auch bezüglich des Entlassungszeitpunktes spielen wirtschaftliche Interessen eine Rolle – sagen immerhin 8 der 21 befragten Geschäftsführer und 16 der 20 befragten Ärzte. Denn in den Fallpauschalenkatalogen gibt es diagnosebezogene sogenannte Grenzverweildauern (GVD), und „die Entlassung des Patienten soll also – von einigen Ausnahmen abgesehen – so geplant werden, dass die resultierende Verweildauer zwischen der oberen und der unteren GVD liegt“. Hierzu kooperieren Kliniken mit ambulant tätigen Ärzten und gründen eigene Medizinische Versorgungszentren, denn zumeist ist eine ambulante Weiterbehandlung notwendig. Doch nicht immer sind Angehörige und/oder Pflegeheime in der Lage, die Patienten weiter zu versorgen, zum Beispiel wenn eine Sondenernährung notwendig ist. Da hierzu die Zustimmung des Patienten erforderlich ist und für das Einholen oft nicht die benötigte Zeit da ist, würden bei entscheidungsunfähigen

Patienten „kritische Situationen entstehen können“.

Dies alles führt zu moralischen Konflikten mit dem ärztlichen Berufsethos, meinen nahezu alle der befragten Ärzte. Denn die Konsequenzen wirken sich aus auf den Charakter der Medizin.

8 von 20 Ärzten und 4 von 21 Geschäftsführern gaben an, dass aufgrund von wirtschaftlichen Motiven Patienten operativ behandelt werden, obwohl aus medizinischer Sicht die konservative Behandlung angemessener wäre. Neun der befragten Ärzte und drei Geschäftsführer erklärten außerdem, dass aus wirtschaftlichen Gründen gesondert abrechenbare Leistungen erbracht werden, zum Beispiel Herzkatheter-Untersuchungen oder Ko-

Junge Ärzte müssen Entscheidungen alleine, unter Zeitdruck und ohne hinreichende Expertise treffen

loskopien. Auf die zweit- oder drittbeste Therapie wird aus Kostengründen gelegentlich zurückgegriffen, sagen sieben Ärzte und ein Geschäftsführer. Aus Zeitgründen würden Anamnesen nicht gründlich genug durchgeführt und durch technische Prozeduren ersetzt, so fast alle Ärzte und immerhin neun Geschäftsführer. 17 Mediziner und 15 Geschäftsführer sehen nicht genügend Zeit für die gleichberechtigte Behandlung aller Patienten, was außerdem zur Konsequenz hat, dass die Aufklärung der Patienten oft nicht ausreichend ist. Die persönliche Betreuung der Patienten käme oft zu kurz, und auch die Pflegekräfte könnten die Ärzte weniger entlasten als früher, da sie selbst unter hohem Druck stünden. So kommt es, dass nahezu alle Ärzteangaben, dass anstelle des abwartenden, beobachtenden therapeutischen Vorgehens auf schnell und stark wirksame Therapien zurückgegriffen werde.

Die Diskrepanz zwischen dem medizinisch Machbaren und der Verfügbarkeit von Mitteln vor dem Hintergrund eines

fortschreitenden medizinischen Wissens und dem demografischen Wandel wirft gesellschaftspolitische Fragen auf. Diese müssen einerseits in den Kliniken gelöst werden, denn nicht selten werden diese nach veralteten Konzepten geführt, so geht es ebenfalls aus der Erhebung hervor. Aber auch „der Gesetzgeber lässt die Akteure des Gesundheitswesens mit der Problematik allein ... Dieser Konflikt wird offenbar auf dem Rücken der Ärzte und Geschäftsführer ausgetragen“, schreiben Naegler und Wehkamp.

Abschließend empfehlen die Autoren einen Maßnahmenkatalog, um Ressourcen freizusetzen. Investitionskostenfinanzierungen müssten neu ausgerichtet, Überkapazitäten beseitigt, die Grund- und Regelversorgung neu definiert werden. Diverse Bewertungsrelationen, zum Beispiel bezüglich sogenannter Extremkostenfälle (Patienten, die hohe Kosten verursachen), oder die Finanzierung der Behandlung multimorbider Patienten und die kostendeckende Finanzierung der Notfallambulanzen sind weitere Maßnahmen neben der bereits erwähnten Priorisierung von medizinischen Leistungen.

Zu wünschen ist, dass die Entscheidungsträger bei der Verteilung der zur Verfügung stehenden Mittel auch langfristige Nutzenbewertungen und gesamtwirtschaftliche Aspekte berücksichtigen. Insbesondere aus der Psychotherapie kennen wir Studien zum volkswirtschaftlichen Nutzen unserer kostengünstigen Behandlungen. Eine durchschnittliche Psychotherapie mit 25 Behandlungsstunden kostet das Gesundheitssystem keine 2.500 Euro und hat sich volkswirtschaftlich schon gerechnet, wenn damit nur zwei Wochen Arbeitsunfähigkeit eingespart werden.

Heinz Naegler,
Karl-Heinz Wehkamp:
**Medizin zwischen
Patientenwohl und
Ökonomisierung**
Krankenhausärzte und
Geschäftsführer im
Interview
Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft
338 Seiten, 39,95 Euro
ISBN: 978-3-95466-364-4

Heinz Naegler
Karl-Heinz Wehkamp
**Medizin zwischen
Patientenwohl und
Ökonomisierung**

Krankenhausärzte und
Geschäftsführer im Interview
Mit einem Geleitwort
von Georg Markmann

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Telematik-Infrastruktur – eine kleine Anleitung

Mit der Zulassung neuer TI-Anbieter kommt Bewegung in das Vorhaben, sämtliche Praxen verpflichtend an die sogenannte Datenautobahn für das Gesundheitswesen anzuschließen – nicht ohne Fallstricke

Von **Mathias Heinicke**

Nach langem Warten ist nun ein zweiter Konnektor (T-Systems) zum Anschluss an die Telematik-Infrastruktur (TI) zugelassen worden. Damit sind nun alle Praxis-Programme, die zur Medatixx-Gruppe gehören, anschließbar. Außerdem wurde die Firma Medisign für die SMC-B-Praxiskarte zugelassen. Der Secunet-Konnektor (auf den die meisten Praxisverwaltungssysteme für Psychotherapeuten setzen) ist weiterhin nicht lieferbar. Hier werden unterschiedliche Termine im August und September genannt. Alles in allem können wir also davon ausgehen, dass im Herbst 2018 die TI-Installation flächendeckend beginnen kann.

Für einen reibungslosen Ablauf empfiehlt es sich, auf das Komplettangebot des eigenen PVS-Anbieters zu setzen. Bitte achten Sie bei Bestellungen jedoch unbedingt darauf, dass der Bestellpreis sich mit der Erstattung aus der Erstattungsvereinbarung der KBV (www.kbv.de/media/sp/Anlage_32_TI_Vereinbarung.pdf) deckt. Die Regelungen im Sozialgesetzbuch V sind in jedwede Richtung eindeutig: Zwar sind alle Praxen dazu verpflichtet, sich an die TI anzuschließen, aber damit geht auch die verpflichtende, vollständige Erstattung der dadurch entstehenden Kosten einher. Es ist also nicht hinnehmbar, wenn Praxisinhaber Zuzahlungen leisten sollen.

Beruhigend im Zusammenhang mit der TI-Einführung ist zumindest, dass sich die Bundesdatenschutzbeauftragte Andrea Voßhoff klar positioniert hat. Die Haftung für die Datenpakete, die aus der Praxissoftware in die TI eingespeist werden, endet für den Praxisinhaber am Konnektor. Somit dürfte auch die immer wieder diskutierte und sehr

hochpreisige Cyberversicherung hinfällig sein. Die Risiken aus der eigenen EDV-Anlage sind in der Regel durch die Berufshaftpflicht abgedeckt.

Natürlich ist die alleinige Anwendung des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) noch nicht der Weisheit letzter Schluss und bietet für die Praxen keinen echten Mehrwert. Allein, das VSDM ist auch nur der erste Dienst, der innerhalb des Gesamtsystems aktiv geschaltet wird. Für Praxisinhaber kann ein solches verschlüsseltes, datenschutzrechtlich genehmigtes (und staatlich zertifiziertes) Transportnetz wie die TI vor allem in Zeiten der DSGVO von großem Nutzen sein.

Damit die Übermittlung elektronischer Daten wirklich sinnvoll einsetzbar ist, müssen möglichst viele Leistungserbringer im System angeschlossen sein. Anderenfalls droht eine Vielzahl von Insellösungen (und im schlimmsten Fall eine Ansammlung von Konnektoren in den Praxen). Dies haben auch die Krankenversicherer verstanden und halten bei all ihren Systemen zur elektronischen Patientenakte eine Schnittstelle zur TI bereit. Vor diesem Hintergrund sind auch Diskussionen um das Aus der Versichertenkarte entstanden.

Das Konzept der TI sieht eine Zwei-Schlüssel-Lösung vor. Einen Schlüssel stellt dabei der elektronische Praxisausweis (SMC-B) dar. Der zweite Schlüssel ist (derzeit) die Versichertenkarte. Der Patienten-Schlüssel kann natürlich jederzeit durch andere Medien oder Komponenten ergänzt beziehungsweise ausgetauscht werden. Dies hat jedoch keine Auswirkungen auf die Notwendigkeit eines verschlüsselten Daten-

netzes für Gesundheitsdaten, welches die einzelnen Praxen vernetzt.

Dies sind die sachlich notwendigen Informationen. Die Ausführlichkeit der Infos kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die TI durchaus auch kritisch bewertet werden kann – was aber nicht als Aufruf zu einer „Blockade“ verstanden werden sollte. Kritischer Umgang mit der TI heißt, nicht jeden angebotenen Dienst – sofern keine gesetzliche Verpflichtung besteht – unkritisch freizuschalten, sondern persönlich abzuwägen, welcher Mehrwert und welches Risiko daraus entsteht.

Aus diesem Grunde werden wir Sie auch zukünftig technisch sachlich über die TI informieren und gleichzeitig die notwendige kritische innere und äußere Diskussion weiterführen.

Beides versteht sich als selbstverständlicher Mitgliederservice des bvvp.



Foto: Privat

Dipl.-Psych. Mathias Heinicke

ist Psychologischer Psychotherapeut in einer fachübergreifenden überörtlichen Gemeinschafts-

praxis in Stuttgart und Schwäbisch Gmünd. Er ist Beisitzer im Vorstand des bvvp Baden-Württemberg mit Arbeitsschwerpunkt Telematik-Infrastruktur und DSGVO. Daneben ist er stellvertretendes Mitglied im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie und im Zulassungsausschuss Nord-Württemberg bei der KV.

BARGRU-Studie: Warum gibt es so wenig ambulante Gruppenpsychotherapie?

Der Innovationsfonds des G-BA fördert Forschung zu den Barrieren für GruppenpsychotherapeutInnen – Fragebogen-Erhebung startet 2019

Von **Gereon Heuft** und **Heribert Knott**

___ **In Deutschland** sind etwa 8.500 PsychotherapeutInnen zur ambulanten Gruppenpsychotherapie im KV-System zugelassen. Derzeit bieten jedoch nur etwa 300 PsychotherapeutInnen Gruppenpsychotherapie (GPT) nach den Psychotherapie-Richtlinien an. Also realisieren 95 Prozent der zur GPT Zugelassenen keine GPT-Indikation. Unstrittig können nicht alle psychischen und psychosomatischen Störungen ausschließlich gruppenpsychotherapeutisch behandelt werden. Jedoch ist auch das „Reservepotenzial“, also die tatsächlich vorhandene, aber ungenutzte Expertise für ambulante Gruppenpsychotherapie, evident.

Die BARGRU-Studie (Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten GPT zulasten der GKV) fragt, warum ambulante GPT aktuell nur eine marginale Rolle spielt, obwohl bereits 2005 die Vergütung für diese Indikation angehoben und die Bürokratie vereinfacht wurde. Begründet wurde die bessere Vergütung mit dem komplexeren administrativen Aufwand für die Behandler. Diese Maßnahmen brachten jedoch keine signifikante Zunahme der Abrechnungshäufigkeit von GPT. Sie stieg lediglich in gleicher Relation wie die Einzeltherapie – mit Ausnahme der häufigeren Kurzzeit-GPT in der Verhaltenstherapie (VT). In vielen Landkreisen wird GPT überhaupt nicht angeboten. Auch in großen Städten besteht eine eklatante Unterversorgung für alle sozialrechtlich zugelassenen Verfahren. Besonders gering ist das Angebot an GPT für Kinder und Jugendliche.

Welche Motive bei der flächendeckenden Unterversorgung mit ambulanter GPT eine relevante Rolle spielen, soll in der BARGRU-Studie unter anderem mithilfe einer bundesweiten Fragebogen-Erhebung herausgearbeitet werden. Die Fragebögen werden über die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen an alle Ärztlichen, Psychologischen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die über eine Berechtigung zur Abrechnung ambulanter GPT-Leistungen verfügen, Anfang 2019 postalisch versandt. Angesichts der aktuellen Datenschutz-Diskussion wurde der traditionelle Erhebungsweg per Post gewählt, um den KollegInnen die absolute Sicherheit einer anonymisierten Datenerhebung garantieren zu können. Den Fragebögen wird ein freigemachter Rückantwort-Umschlag beigelegt sein.

Inhaltlich thematisieren die Fragebögen sowohl organisatorische als auch administrative Hindernisse sowie die Relevanz von Kosten für die Vorhaltung entsprechend nutzbarer GPT-Räume und auch persönliche Motive. Weiterhin ist vorgesehen, auch im Klartext persönliche Einschätzungen anonymisiert zu formulieren. Die Erarbeitung der Fragebögen wird durch vier Fokusgruppen auf Plausibilität und inhaltliche Vollständigkeit überprüft, bevor sie ins Feld gehen.

Ziel der Studie, die auch von der KBV unterstützt wird, ist die Erarbeitung von Strategien für die Anbieter (GruppenpsychotherapeutInnen) und die Gesundheitspolitik (KVen sowie die Kostenträger), die

eine Erhöhung realisierter Indikationen ambulanter GPT in Deutschland ermöglichen könnten.

Da es sich bei dieser vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten Studie um eine Chance handelt, einen Sektor der bundesweiten psychotherapeutischen Versorgung im Lichte des öffentlichen Interesses zu beforschen, rufen wir alle Anfang 2019 angeschriebenen PsychotherapeutInnen auf, sich an der Studie, die ihnen nur wenig Mühe abverlangt, möglichst zahlreich zu beteiligen! Je höher die Rücklaufquote der Fragebögen ist, umso mehr Gehör können sich die aus der Studie resultierenden Verbesserungsvorschläge verschaffen.

Foto: Privat



Für Rückfragen steht als Studienleiter zur Verfügung:
Univ.-Prof. Dr. Dr. med. Gereon Heuft

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum

Münster, Tel.: 0251 83 52 902, E-Mail: psychosomatik@ukmuenster.de



Dr. med. Heribert Knott ist Gruppenlehranalytiker, Psychoanalytiker und Lehranalytiker, seit 1988 in eigener Praxis und heute Forschungsbeauftragter des BAG.

Zehn Jahre PiA – ein Rückblick

Seit mehr als einer Dekade engagieren sich Psychotherapeuten in Ausbildung für bessere Ausbildungsbedingungen und haben dabei mit vielfältigen strukturellen Schwierigkeiten zu kämpfen

Von **Robin Siegel**

Kaum ein berufspolitisches Thema war in den letzten zehn Jahren für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) so relevant wie die Reform der Psychotherapieausbildung. Die weiterhin katastrophalen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen während der Ausbildung stellten dabei bereits vor über zehn Jahren den Ausgangspunkt für das Engagement zahlreicher Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) in Gremien der Psychotherapeutenkammern, der Verbände oder außerhalb der institutionalisierten Strukturen dar.

Die erste Bundeskonferenz PiA wurde bereits im März 2008 nach einem Beschluss des 11. Deutschen Psychotherapeutentages durchgeführt. Auch wenn bereits dieses Gremium auf Bundesebene eingeführt wurde, gab und gibt es in den Bundesländern beziehungsweise Landespsychotherapeutenkammern sehr unterschiedliche Regelungen zur Verankerung der PiA. So werden inzwischen zumindest in sieben Bundesländern PiA in dem jeweiligen Heilberufegesetz aufgeführt – dabei in drei Bundesländern mit einer Pflichtmitgliedschaft ab der praktischen Ausbildung und in vier Bundesländern mit einer freiwilligen Mitgliedschaft. In zwei Landeskammern können PiA einen Gaststatus erhalten, während in drei Landes-

kammern (OPK, NRW und Bayern) weiterhin keinerlei Mitgliedschaft möglich ist.

Hauptproblem der PiA-Gremien ist aufgrund der relativ kurzen Ausbildungszeit eine sehr hohe Fluktuation in den Ämtern der PiA-Vertretungen und ein damit immer wieder verbundener Wissensverlust und Ressourcenmangel, da viel Zeit für den stetigen Neuaufbau von Kontakten und Netzwerken notwendig ist. So gab es in den vergangenen zehn Jahren bereits acht Sprecherinnen beziehungsweise Sprecher der Bundeskonferenz PiA, die sich immer wieder neu in die gleichen Themen und Aufgaben einarbeiten mussten. Darüber hinaus haben sich auch die Rahmenbedingungen für PiA in dieser Zeit verändert. Während unter anderem das Urteil des Bundesarbeitsgerichtes (BAG – 9 AZR 289/13) zur Vergütung der Praktischen Tätigkeit eher zu einer leichten Verbesserung der Vergütung geführt hat, führen steigende Teilnehmerzahlen zu einer Verschärfung der Situation in den Kliniken. In den letzten zehn Jahren hat sich die Anzahl der Absolventen von 964 in 2007 (PP: 742; KJP: 222) über 1.888 in 2012 (PP: 1.393; KJP: 495) auf 2.664 in 2017 (PP: 1.949; KJP: 715) fast verdreifacht (siehe Abbildung 1). Dies führt gerade in Ballungsgebieten wie Berlin oder Köln und insbesondere in der Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapeuten zu schwierigen Bedingungen und zum Teil langen Wartezeiten auf einen Platz für die Praktische Tätigkeit. Trotzdem hat sich in der Diskussion in der Bundeskonferenz PiA der Fokus immer stärker auf die Ausbildungsreform gerichtet, während andere Anstrengungen wie zum Beispiel die Schaffung einheitlicher Qualitätskriterien für die Praktische Tätigkeit (2012 verabschiedet von dem PiA-Forum NRW) etwas aus dem Blick geraten sind. Dies ist zum Teil verständlich, da glücklicherweise die PiA-Vertreter so intensiv in den Transitionsprozess der BpTK eingebunden werden. Da aber andererseits damit zu rechnen ist, dass selbst bei einer sofortigen Umsetzung einer Direktausbildung es acht bis zehn Jahre (mindestens zwei Jahre Anpassungszeit für die Hochschulen plus fünf bis sechs Jahre Studium) dauern dürfte, bis die ersten Absolventen mit Approbation die Hochschule verlassen, wären weiterhin auch kurzfristige Verbesserungen sehr wünschenswert.

Neben der Bundeskonferenz PiA wurde im März 2012 auch das PiA-Politik-Treffen von dem Zusammenschluss „PiA für gerechte Bedingungen“ mit Unterstützung zahlreicher Verbände (natürlich auch des bvvp) ins Leben gerufen. Während die Bundeskonferenz PiA auf eine relativ kleine Gruppe von Landessprecherinnen

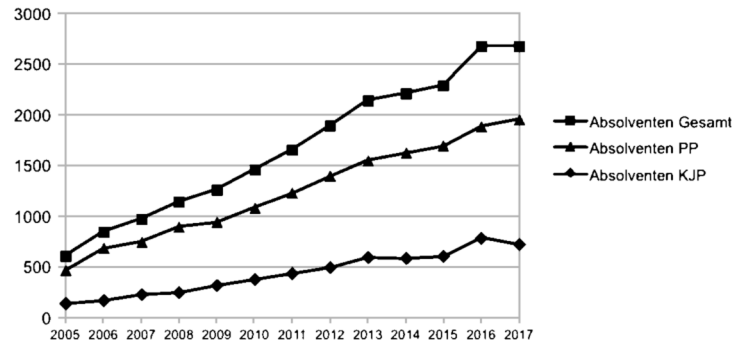


Abbildung 1: Entwicklung der Absolventenzahlen von PP und KJP anhand der erfolgreichen IMPP-Abschlussprüfungen im Zeitraum 2005 bis 2017

und -sprechern begrenzt ist, ermöglicht das sehr offene PiA-Politik-Treffen seitdem den Austausch von PiA-Vertretern der Verbände und Landeskammern, Vertretern der Psychologischen Fachschafkonferenz oder sonstigen an PiA-Politik interessierten Personen. Auf dem PiA-Politik-Treffen findet neben der Diskussion um die Ausbildungsreform die Organisation von öffentlichkeitswirksamen Aktionen wie Demonstrationen und YouTube-Videos statt. Dieser kontinuierliche Prozess der Aufmerksamkeitslenkung war enorm wichtig, um das Thema auf der politischen Agenda zu halten.

Inzwischen ist bereits die vierte Bundesregierung mit dem Thema befasst: In der Legislaturperiode von 2005 bis 2008 konnte die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) überzeugt werden, ein umfangreiches Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung in Auftrag zu geben. Bereits bei dem Panel der Forschergruppe zur Befragung von Verbandsvertretern wurden zahlreiche PiA-Sprecher angefragt, ihre Positionen darzulegen. Der deutliche Tenor sowohl der PiA-Vertreter als letztlich auch der Gutachterkommission bestand in einer reformierten postgradualen Ausbildung. In der darauf folgenden Legislaturperiode mit den Gesundheitsministern Philipp Rösler (FDP) und Daniel Bahr (FDP) passierte nicht viel, obwohl das Forschungsgutachten die gravierenden Missstände der Ausbildung

belegte. Die BptK legte in dieser Zeit einen Gesetzentwurf für eine reformierte Psychotherapieausbildung vor, der inhaltlich wenig beachtet, vonseiten des BMG wohl eher als Kompetenzüberschreitung wahrgenommen wurde. Zumindest konnte in dieser Legislaturperiode ausreichend Öff-

Auf dem PiA-Politik-Treffen findet neben Diskussion auch die Organisation von Demonstrationen und YouTube-Videos statt

entlichkeitsarbeit sowohl von den PiA-Aktiven als auch von den Verbänden und der BptK erzeugt werden, sodass die Reform für die anschließende Legislaturperiode in den Koalitionsvertrag aufgenommen wurde. Allerdings wurde das BMG, geführt von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU), erst zum Ende der Legislaturperiode tätig und legte aufbauend auf den Beschlüssen des 25. DPT einen Arbeitsentwurf vor. Dieser Arbeitsentwurf lässt freilich noch viele Fragen offen – insbesondere die für PiA so relevante Frage nach der Finanzierung und damit

der Vergütung ist ungeklärt. Mit der Abkehr von der Reform der postgradualen Ausbildung könnten darüber hinaus weitere neue Probleme entstehen. Neben dem dreifachen Flaschenhals (Begrenzung der Bachelor-, der Master- und der Weiterbildungsplätze) bleibt zum Beispiel auch unklar, welche Arbeitsfelder die zukünftigen Hochschulabsolventen mit Approbation, aber ohne Weiterbildungsplatz besetzen können. All diese Fragen wird das BMG, inzwischen geführt von Jens Spahn (CDU), voraussichtlich in dieser Legislaturperiode mehr oder weniger zufriedenstellend beantworten. Dabei bleibt zu hoffen, dass die Reform tatsächlich den Berufseinstieg für die zukünftigen Psychotherapeuten verbessert und sich somit die Sammlung der Unterschriften der aktuellen Petition zur zügigen Umsetzung der Reform gelohnt hat.



Foto: Privat

Robin Siegel ist der ehemalige Sprecher der Bundeskonferenz PiA (2011–2013) und Leiter des Studiendekanats Psychologie und Psychotherapie, Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke. Er ist außerdem Mitglied im Vorstand des bvvp Westfalen-Lippe.

Großer Erfolg für PiA-Politik-Treffen-Petition

22.515 Unterschriften für Reform der Psychotherapeutenausbildung – und eine mündliche Zusage des Gesundheitsministers

Von **Anja Manz**, bvvp-Bundespressereferentin

___ **Eine solche Zahl** hatte wohl keine der InitiatorInnen der Petition des PiA-Politik-Treffens erwartet: 22.515 Unterschriften waren zusammengekommen, die am Morgen des 6. Juni 2018 in Form einer dicken Papierrolle an den Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses des Bundestages, Erwin Rüdgel, übergeben wurden. Das ist ein eindringliches Votum der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) und vieler UnterstützerInnen für eine zügige Reform der Psychotherapeutenausbildung in Deutschland.

Die Übergabe wurde zudem von einer Protestaktion vor dem Paul-Löbe-Haus begleitet, dem Bundestagsgebäude, das die Ausschüsse beherbergt. Mit Transparenten und einem Protestlied machten die DemonstrantInnen auf ihre prekäre Situation aufmerksam. PsychologInnen und PädagogInnen müssen vor dem Staatsexamen (Approbation) als Psychologische PsychotherapeutInnen beziehungsweise Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen eine drei- bis fünfjährige postgraduale Ausbildung absolvieren, in der kein Anspruch auf Sozialversicherung, Bezahlung oder Urlaub besteht und kein eindeutiger



Foto: Doreen Hehde

bvvp-Bundesvorständin Ariadne Sartorius (r.) konfrontiert Bundesminister Jens Spahn mit den PiA-Forderungen

sozial- und berufsrechtlicher Status definiert ist. Dazu kommen Ausbildungskosten in Höhe von durchschnittlich 25.000 Euro.

Unterstützt wurde die Protestaktion von politischer Seite: Die Bundestagsabgeordneten Dirk Heidenblut (SPD) und Maria Klein-Schmeinck (Bündnis 90/Die Grünen), beide Mitglieder im Bundesgesund-

heitsausschuss, waren gekommen, um sich mit dem Anliegen der Protestierenden zu solidarisieren.

Nach der offiziellen Übergabe gelang es den AktivistInnen, den vor dem Bundestagsgebäude eintreffenden Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) mit den Forderungen zu konfrontieren. Dieser sagte den VertreterInnen des PiA-Politik-Treffens eine zügige Umsetzung der Reform der PsychotherapeutInnenausbildung zu. Das Projekt sei „auf der Zielgeraden“, betonte er im Gespräch mit Ariadne Sartorius vom bvvp-Bundesvorstand, die den Minister vor dem Bundestagsgebäude angesprochen hatte. Er versicherte, die Reform stehe nun „oben auf der Agenda“.

Durch die Bundestagswahl im September 2017 war der Prozess um die Reform der PsychotherapeutInnenausbildung ins Stocken geraten, im letzten Koalitionsvertrag ist der Abschluss der Reform in dieser Legislatur vorgesehen. So blieb als Fazit am Tag der Übergabe einer Petition mit mehr als 22.000 Unterschriften: ein Riesenerfolg – zugleich ein Schritt in einem mühevollen Prozess, der weiterhin viele Unterstützer benötigt.



Foto: Doreen Hehde

„Erfüllend, Einfluss nehmen zu können“

Katharina van Bronswijk und Jonas Göbel vom Jungen Forum sprechen im Interview über die Motive für ihren berufspolitischen Einsatz – und wie sie im bvvp ihre politische Heimat fanden

Von **Anja Manz**, bvvp-Bundespressereferentin

Mehr als 22.000 Unterschriften für die Umsetzung der Ausbildungsreform – ein Riesenerfolg. Endlich soll es realisiert werden nach dem Willen der PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) und ihren Tausenden Unterstützern: ein Hochschulstudium der Psychotherapie, das mit Approbation und Staatsexamen abschließt, auf das qualifizierende Weiterbildungen folgen. Endlich soll das Dilemma der schlechten oder überhaupt nicht vergüteten Klinikzeit und der unterschiedlichen Zugänge in die KJP-Ausbildung beendet werden.

Eine der Initiatorinnen der Petition ist Katharina van Bronswijk, engagiert im PiA-Politik-Treffen und

Mitglied im Vorstand des bvvp-Landesverbands Hamburg. Sie ist, wie das hessische Vorstandsmitglied Jonas Göbel, auch im Jungen Forum des bvvp aktiv, das sich besonders um die Belange der jungen PsychotherapeutInnen kümmert. bvvp-Pressesprecherin Anja Manz traf die beiden in Berlin nach erfolgreicher Petitionsübergabe zum Interview.

22.515 Unterschriften, ein Gesundheitsminister, der im persönlichen Gespräch Zustimmung zum Projekt Ausbildungsreform signalisiert, sogar sagt: „Wir sind auf der Zielgeraden.“ Wie fühlt ihr euch an so einem Tag?

„Der Bereich unserer Gefühle ist ein unglaublich komplexer Raum. Im bvvp treffen alle Aktiven, die in diesem Raum arbeiten, zusammen“ Jonas Göbel

Katharina van Bronswijk: Gut! Ja, kaum zu glauben, diese Zahl an Unterschriften. Bei der letzten Petition für die PiA waren etwa 8.000 zusammengekommen. Schon das war ein großer Erfolg, und mein heimliches Ziel war, dass es uns gelingt, noch mehr zu schaffen. Aber dass wir tatsächlich über die 20.000-Marke gekommen sind, habe ich wirklich nicht erwartet, und darüber habe ich mich natürlich sehr gefreut.

Ich habe mir sagen lassen, es sei die größte Petition für die Ausbildungsreform, die es bisher gegeben hat. Und es ist natürlich auch ein wichtiger politischer Zeitpunkt, zu dem dieses Signal kommt – nun, da die nächste Koalition mit dem nächsten Gesundheitsminister Jens Spahn in Angriff nimmt, was die letzte – trotz anderslautender Ankündigung – nicht geschafft hat.

Meint ihr, dass die Chancen jetzt besser stehen, dass es auch zur Verwirklichung der Ausbildungsreform kommt?

Katharina van Bronswijk: Ich hoffe sehr, dass das Vorhaben in dieser Legislaturperiode nun auch tatsächlich realisiert wird. Die Möglichkeit besteht. Aber ich glaube, es hängt auch davon ab, wie gut es jetzt gelingt, dafür zu sorgen, dass auch im politischen Bewusstsein bleibt, dass hier dringend etwas geschehen muss. Wir wissen schließlich, dass es auch Lobbykräfte gibt, die in eine andere Richtung ziehen. Das bedeutet: Wir müssen jetzt als Bewegung den Druck aufrechterhalten, damit endlich etwas passiert!

Die Bewegung, das ist maßgeblich das PiA-Politik-Treffen, in dem sich ja auch viele junge und jüngere bvvp-Mitglieder engagieren. Wie kamst du dazu, dort mitzumachen, Katharina?

Katharina van Bronswijk: Mein Start in die Bundespolitik war 2014, als ich mich eigentlich nur über die Ausbildung informieren wollte und dann bei einer Informationsveranstaltung festgestellt habe: So geht das gar nicht, hier muss man etwas unternehmen, um die Situation zu verbessern. Ich bin also sehenden Auges in die Ausbildung gegangen,

habe aber gleichzeitig entschieden, mich engagieren zu wollen, weil das Gefühl, an einer Veränderung mitzuwirken, die Situation irgendwie erträglicher machte (*lacht*). Und deswegen bin ich zu meinem ersten PiA-Politik-Treffen gegangen und habe auch begonnen, mich im Verband zu organisieren.

Es gibt viele berufspolitische Psychotherapeutenverbände – warum ausgerechnet der bvvp?

Katharina van Bronswijk: Ich bin im bvvp, weil ich den integrativen Gedanken so gut finde. Wir haben im Verband eben Pädagogen, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind, Psychologen, die als Psychologische Psychotherapeuten arbeiten, aber eben auch Ärztliche Psychotherapeuten. In vielen Verbänden wird der Eindruck vermittelt, dass Ärzte und PsychologInnen und PädagogInnen unterschiedliche Interessen hätten und gegeneinander arbeiteten. Dabei erleben wir doch, dass das im Klinikalltag auf der Ebene der Kollegen in der Regel gar nicht so ist. Und ich finde den Gedanken, dass man das im Berufsverband genauso macht, miteinander statt gegeneinander arbeitet, sehr schön.

Jonas Göbel: Die Struktur im bvvp spiegelt auf eine wirklich sehr gute Art und Weise unsere Arbeit wider. Der Bereich unserer Gefühle ist wirklich ein unglaublich komplexer Raum. Und im bvvp treffen alle Aktiven, die in diesem Raum arbeiten, zusammen. Sie suchen nach gemeinsamen Wegen, und das finde ich nach wie vor die intelligenteste Lösung. Man kann an komplexen Fragen nicht mit unterkomplexen Lösungen arbeiten.

Du hast ja auch ein besonderes Interesse an einem berufspolitischen Arbeitsgebiet, das immer wichtiger wird, nämlich das der angestellten PsychotherapeutInnen. Warum hast du dir diesen Schwerpunkt ausgesucht?

Jonas Göbel: Zum einen ist ja die Anstellung von Psychotherapeuten in Aus- beziehungsweise Weiter-

**„Love it, change it or leave it.
Und ‚leave it‘ war für mich absolut
keine Option, weil mich dieser Beruf
einfach überzeugt“** Katharina van Bronswijk

bildung in Zukunft ein Element der Reformentwürfe. Das heißt, wir werden uns darüber sehr ausgiebig Gedanken machen müssen, wie diese Anstellungsverhältnisse gestaltet werden können. Zum anderen arbeite ich selber angestellt und sehe, wie viel attraktive Anstellungsmöglichkeiten es für Psychotherapeuten gibt. Bisher gab es ja überwiegend jene, die in der Klinik arbeiten, und solche, die in der Niederlassung arbeiten. Ich sehe aber einen aktuellen Trend, der immer mehr zu neuen Formen des beruflichen Arbeitens geht. In der Jugendhilfe zum Beispiel, hier gibt es auch Psychotherapeuten und teils sehr attraktive Arbeitsmodelle, die gute Antworten auf die Frage nach der Vereinbarkeit von Beruf und Familie finden. Ich denke, da brauchen wir einige Schritte, um derartige Arbeitsformen überhaupt bekannt zu machen ...

... und möglicherweise auch, um Menschen, die diese Art von Arbeit gewählt haben, stärker zu unterstützen. Siehst du das auch als Aufgabe des bvvp?

Jonas Göbel: Unbedingt! Das gibt es so im bvvp noch zu wenig. Man merkt es ja auch schon im Namen: „Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten“. Und doch ist es aus meiner Sicht – um mit einem Satz der Kanzlerin zu sprechen – alternativlos, auch für angestellt arbeitende Kollegen und Kolleginnen Angebote zu machen und Ideen zu entwickeln. Wir sehen ja auch immer mehr Jobsharing- und Praxiskooperationsmodelle, mehr Anstellungsmodelle generell, darauf muss unser Verband eine Antwort geben. Deshalb bringe ich mich in diesem Bereich ein.

Was sind deiner Meinung nach die Hauptgründe, dass immer mehr deiner Kolleginnen und Kollegen in ein Angestelltenverhältnis gehen?

Jonas Göbel: Wir erleben im kompletten beruflichen Feld eine Flexibilisierung und Dynamisierung. Ich glaube, es wird auch für viele Leute attraktiver, aus den traditionellen Aufteilungen von Familien- und

Erwerbstätigkeit auszubrechen und eine Mischform zu finden: Elternzeit mit Arbeitszeit zu kombinieren. Und das lässt sich in Anstellungsverhältnissen einfach leichter regeln, als wenn man die komplette ökonomische und verwaltungstechnische Belastung einer Niederlassung tragen muss.

Was würdet ihr aus eurer Erfahrung heraus sagen, warum macht es auch für junge Leute Sinn, sich im bvvp zu engagieren?

Jonas Göbel: Entweder man macht Politik, oder sie wird mit einem gemacht. Wir sehen ja an den Zuständen, unter denen aktuelle PsychotherapeutInnen in Ausbildung arbeiten, dass man sich entweder selber darum kümmern muss, dass in Zukunft vernünftige und sinnvolle Arbeitsbedingungen entstehen, oder es passiert nichts. Insofern ist es an dieser Stelle enorm wichtig, selbst politisch aktiv zu sein.

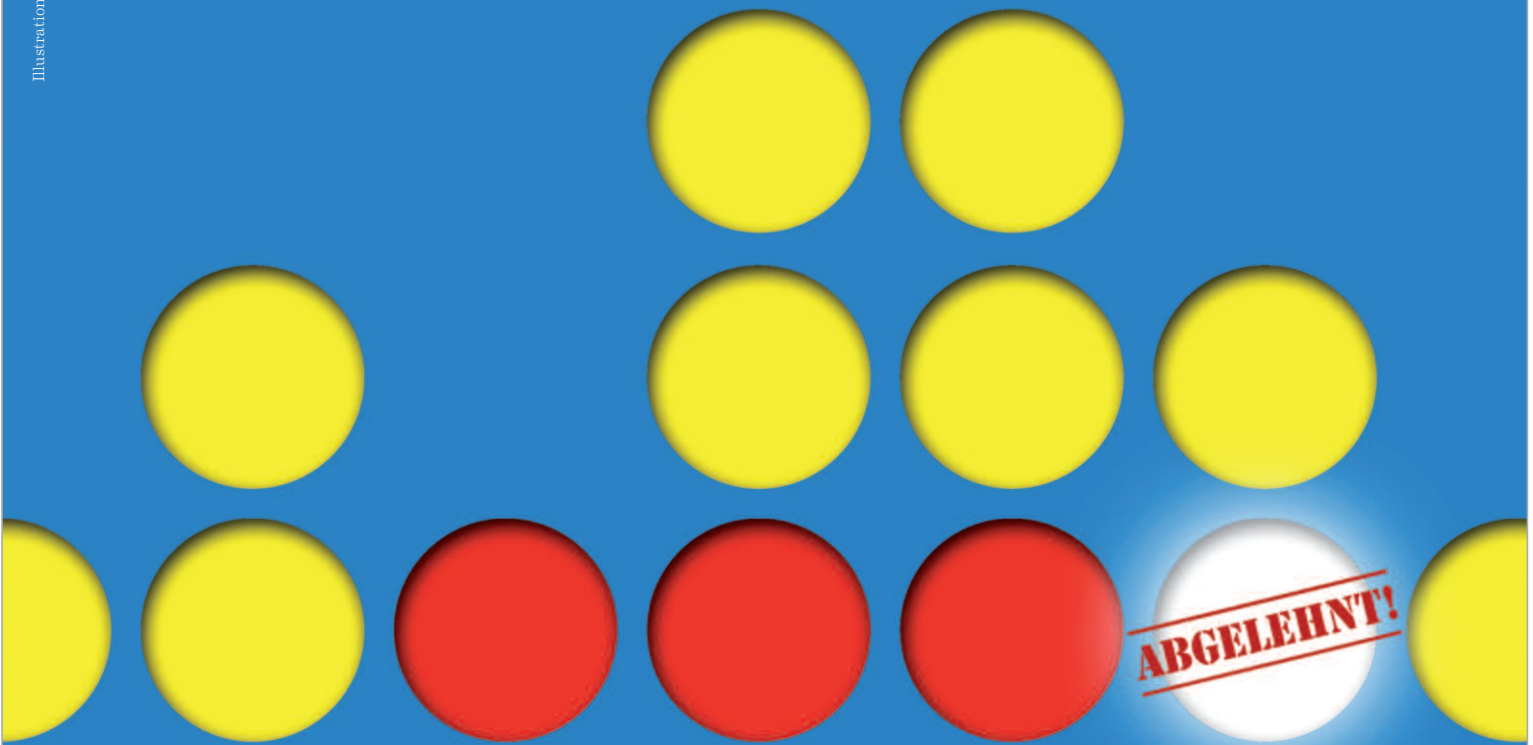
Katharina van Bronswijk: Ich denke da tatsächlich auch an einen Satz, den mir mal ein Ausbilder in einem Praktikum gesagt hat. Der sagte zu mir: „Love it, change it or leave it.“ Und „leave it“ war für mich absolut keine Option, weil mich dieser Beruf einfach überzeugt hat. Dabei wollte ich ursprünglich eigentlich gar nicht Psychotherapeutin werden. Ich wurde in den Beruf einfach hineinüberzeugt durch die Erfahrungen, die ich in meinen Praktika gemacht habe. „Love it“ – das kann man als Option in dieser Ausbildung eigentlich nur sarkastisch verstehen, und da blieb mir einfach nur „change it“. Und tatsächlich fühlt es sich gut an, auch wenn die Mühlen der Politik langsam mahlen, wenn man erlebt, dass sich etwas zum Besseren verändert. Wie Jonas gesagt hat, man muss sich das System selber so gestalten, wie man es möchte, und das ist ja auch ein Vorteil der Selbstverwaltung, die wir im Gesundheitsbereich haben, dass wir uns tatsächlich einbringen können. Ich kann jedenfalls nur jeden motivieren mitzumachen, weil es erfüllend sein kann zu merken, dass man tatsächlich Einfluss nehmen kann. —

Vier ~~gewinnt!~~ gewönne!

Als viertes wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren wäre die Humanistische Psychotherapie ein großer Gewinn für die Verfahrensvielfalt in Deutschland. Die PatientInnen könnten mit einem Verfahren behandelt werden, dessen Ansätze seit Jahrzehnten international in der stationären, institutionellen und ambulanten Versorgung erfolgreich angewendet werden.

Die Ablehnung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie hat dies bis auf Weiteres verhindert.

Illustration: Lesprenger



Verfahren

Nach der sechsjährigen und letztlich negativen Prüfung zur Anerkennung der Humanistischen Psychotherapie stehen vor allem die Bewertungsregeln und die Zusammensetzung des Wissenschaftlichen Beirats in der Kritik

Von **Ariadne Sartorius, Norbert Bowe** und **Eva Schweitzer-Köhn**

__ **Es war ein sinnvoller Schritt**, die verschiedenen Ansätze von Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, Körperpsychotherapie, Logotherapie und Existenzanalyse sowie Psychodrama (um die wichtigsten Strömungen zu nennen) zu einem geeinten Verfahren Humanistische Psychotherapie zusammenzufassen. Unter diesem Label werden diese Ansätze auch in der internationalen Fachdiskussion und Forschung aufgeführt und einander zugeordnet. Mit diesem Zusammenschluss in Deutschland konnte etwas Wirklichkeit werden, was mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes noch nicht möglich war: die Repräsentanz aller auch international als bedeutsam angesehenen wissenschaftlich fundierten Zugänge zur psychotherapeutischen Behandlung zu realisieren.

Die psychodynamischen Verfahren zielen im Speziellen auf die Bearbeitung (oft) unbewusster Konfliktkonstellationen und struktureller Störungen ab, die Verhaltenstherapie widmet sich der Bearbeitung maladaptiver Vorstellungen, Gefühle und Einstellungen unter Einbezug von Exposition und Übungsanweisungen. Die Systemische Psychotherapie fokussiert auf die Kommunikationsstrukturen und -prozesse in den für den Patienten relevanten sozialen Strukturen, und das besondere Kennzeichen der Humanistischen Psychotherapie ist ihr Zugang zum Patienten, der von humanistischen Einstellungen und philosophischen Erkenntnissen ausgeht und mit einer Fülle von Techniken über die Bearbeitung von Inkongruenzen, das heißt Widersprüchen und Spannungen

zum eigenen Wesenskern, die Selbstbestimmung des Patienten zu fördern sucht.

Alle vier Grundrichtungen haben Schnittmengen miteinander, aber auch hinreichend unterscheidbare eigene Auffassungen und Zugänge. Kein Mensch gleicht dem anderen: Psychotherapeutenpersönlichkeiten sind unterschiedlich und haben unterschiedliche Affinitäten zu den beschriebenen Verfahrensansätzen. Und auch für Psychotherapiepatienten und deren Störungen eignet sich die eine Herangehensweise besser als die andere. Gibt es in der somatischen Medizin für gleiche Krankheiten eine große Zahl von pharmakologischen Alternativen, wäre in der Psychotherapie die Auswahl von vier Verfahrenszugängen nun keine übertriebene Möglichkeit, zu einer guten Passung zu kommen. Die Entscheidung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) hat diese Vervollständigung der Zugangsmöglichkeiten bis auf Weiteres verhindert.

Daher widmen wir unseren aktuellen Schwerpunkt der Humanistischen Psychotherapie. Karl-Heinz Schuldt und Jürgen Kriz erläutern hierin noch einmal genau, was unter der Humanistischen Psychotherapie zu verstehen ist, welches gemeinsame Menschenbild den verschiedenen Ansätzen zugrunde liegt, wie der psychotherapeutische Prozess gestaltet wird und was die Ziele der Humanistischen Psychotherapie sind. Zudem untermauern sie ihre Argumente dafür, dass die Humanistische Psychotherapie, die verschiedene Ansätze beinhaltet, als ein Psychotherapieverfahren zu bewerten ist.

Das sieht Prof. Thomas Fydrich, Mitglied des WBP, allerdings ganz anders. Im ausführlichen Interview bezieht er Stellung und geht darauf ein, warum der WBP sich dieser Meinung nicht anschließen konnte. Weiter beschreibt er die Kriterien, deren Betrachtung zu der Entscheidung geführt haben, er erläutert, warum die Entscheidung einen sechs Jahre dauernden Prozess in Anspruch nahm, und tauscht sich mit den beiden bvvp-Vorständinnen Eva Schweitzer-Köhn und Ariadne Sartorius über unterschiedliche Wissenschaftsverständnisse aus.

Norbert Bowe setzt in seinem Beitrag genau an dieser Problematik an: „Wie wissenschaftlich entscheidet der Wissenschaftliche Beirat?“, fragt er und setzt sich in seinem Text kritisch mit dem neuen Bewertungsverfahren des WBP auseinander. Denn die strengen Kriterien, die der WBP in seinem neuen Methodenpapier festgelegt hat, führen zu jahrelangen Prüfprozessen und Hürden, die wohl kein Verfahren, auch keines der etablierten, mehr erfüllen würde.

Schließlich äußern sich in einem weiteren Beitrag unseres Schwerpunkts auch noch Prof. Jürgen Kriz und Dr. Manfred Thielen zur Vorgehensweise des Wissenschaftlichen Beirats und stellen dar, warum sie die Entscheidung des WBP zur HPT falsch finden.

Wir im bvvp hoffen, mit diesem Schwerpunkt zu einem wissenschaftlichen Diskurs über das Wissenschaftsverständnis und die sich hieraus ergebenden Problemlagen für die Psychotherapieverfahren und deren weitere Entwicklung beizutragen. __

Wie wissenschaftlich entscheidet der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie?

Die Nicht-Anerkennung der Wissenschaftlichkeit der Humanistischen Psychotherapie durch den WBP stellt vor allem eins infrage: dessen Bewertungsverfahren.
Eine kritische Auseinandersetzung von Norbert Bowe

___ **Nach sechs Jahren** Bearbeitungszeit hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) seine Entscheidung gefällt und dabei der Humanistischen Psychotherapie die wissenschaftliche Anerkennung vorenthalten. Sechs Jahre sind eine wertvolle Zeit für ein Verfahren, das in Deutschland aufgrund mangelnder Repräsentanz in der Wissenschaftsszene und in der Versorgung existenziell bedroht ist. Bei Würdigung des WBP-Gutachtens und kritischer Durchsicht drängen sich mehrere Fragen auf:

1. Wie kann es sein, dass der WBP, statt die Humanistische Psychotherapie als ein zusammengehöriges Verfahren anzuerkennen, eigens einen neuen Begriff der „Grundorientierung“ einführt und damit begründet, dass die WBP-Kriterien für ein einheitliches Psychotherapieverfahren nicht erfüllt seien? Denn schaut man sich diese Kriterien näher an, so fragt man sich, ob überhaupt eines der anerkannten Psychotherapieverfahren alle diese Kriterien erfüllt. Zum Beispiel die Verhaltenstherapie: Ist bei deren Bündel an aus anderen Verfahren eingemeindeten Behandlungstechniken tatsächlich das Kriterium erfüllt, dass die theoretischen Erklärungen der Störungen und Methoden einheitlich beziehungsweise auf

Auch die anerkannten Verfahren können den Anforderungen des WBP an die Humanistische Psychotherapie kaum gerecht werden

der Basis gemeinsamer Grundannahmen zu erfolgen haben? Oder gibt es spezifisch verhaltenstherapeutische Konzepte zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung, wie es nach WBP-Verfahrensdefinition erforderlich ist? Oder zum Beispiel bei der Analytischen Psychotherapie: Kann diese denn einer Überprüfung nicht nur dadurch standhalten, dass sie mit der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zusammen geprüft wird – in einem zuvor nie so vertretenen engen Zusammenschluss? Und wie störungsspezifisch lässt sich die psychodynamische Behandlungstechnik auslegen, die doch – ähnlich wie die Humanistische Psychotherapie – ganz von der therapeutischen

Beziehung ausgeht und die – Störungsspezifitäten definierende – Symptome zu meist als Epiphänomene einer dahinter liegenden Struktur- oder Konfliktstörung auffasst? Sind dort die zu Studienzwecken entwickelten Kurztherapien nicht nur Derivate des Verfahrens, die Wirksamkeiten von Einzelelementen, aber nicht den Nutzen des Verfahrens wiedergeben können?

Aus diesen Andeutungen wird schon deutlich, dass sich bei der Anwendung der Kriterien des WBP sehr weite Interpretationsspielräume jenseits aller wissenschaftlichen Exaktheit auftun. Wenn hier hinsichtlich der Humanistischen Psychotherapie – wir unterstellen unbeabsichtigt – mit zweierlei Maß gemessen worden sein sollte, so hat das jedenfalls erhebliche Auswirkungen auf das Endergebnis: Zusammengenommen hätte die Humanistische Psychotherapie dem Kriterium entsprochen, dass sie bei einem breiten Spektrum von Anwendungsbereichen der Psychotherapie eingesetzt werden kann.

2. Die Humanistische Psychotherapie hat bisher – darauf hat der WBP nicht unbegründet hingewiesen – keine hinreichend etablierten Ausbildungsgänge vorzuweisen, die die in der HPT zu-

sammengefassten Hauptströmungen integriert haben. Nur beißt sich da die Katze in den Schwanz: Wie soll das geschehen, wenn die HPT gar nicht zur Ausbildung zugelassen ist? Hier müsste aus Sicht des bvvp der WBP beziehungsweise der G-BA die Sache andersherum bescheiden: Für die Zulassung zur Ausbildung sind Ausbildungsordnungen und Lehrkörper nachzuweisen, die eine Repräsentanz der Zugänge realisieren, die bei den Studienbewertungen des WBP für die Anerkennung relevant waren.

3. Wenn die anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnisse, dass in einer Psychotherapie der Faktor psychotherapeutische Beziehung den wichtigsten Anteil am Therapieerfolg hat, die Störungsspezifität hingegen nur zu circa 15 Prozent zum Erfolg beiträgt, zutreffend sind, dann müsste der WBP auch den Beitrag der Humanistischen Psychotherapie zu diesem wichtigen Wirkfaktor bewerten. Hier widerspricht die Ausrichtung der Wissenschaft ohnehin der von der überwiegenden Mehrzahl der Psychotherapeuten gemachten Erfahrung und von ihnen vertretenen Überzeugung, dass zwar die in Studien untersuchten Interventionen und Kurztherapien Anregungen für Elemente der Behandlungspraxis geben, die Behandlungen selbst aber ihren Nutzen wesentlich aus der professionell gestalteten Zuwendung und Haltung in einem individuell gestalteten therapeutischen Prozess entwickeln.

4. Des Weiteren ist fraglich, wie es möglich sein kann, dass die Gesprächspsychotherapie (GPT), bereits vom WBP als wissenschaftlich anerkannt und zur Ausbildung zugelassen, ihre Anerkennung wieder verlieren kann, wenn sie im Verein mit der HPT erneut überprüft wird. Wenn inzwischen die Prüfmethode verschärft wurden, erhebt sich die weitere Frage, ob das wirklich der Wahrheitsfindung diene und wem das nützt. Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über sehr stringente Regelungen der Ausbildungen zum Psychotherapeuten, mit ausgefeilten Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen bzw. Weiterbildungsordnungen zum Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie. Da ist es schwer vorstellbar, dass

Der Wissenschaftliche Beirat ist eine wichtige Instanz – umso dringlicher ist die Reform seiner Bewertungskriterien

ein weniger streng – im Sinne der alten Kriterien – geprüftes Psychotherapieverfahren in irgendeiner Weise Nachteile für die Patientenversorgung bringen könnte. Das Gegenteil ist der Fall: Die Vorteile der Diversifizierung der Zugänge und der Bereicherung der Behandlungsmöglichkeiten sind nicht zu überschätzen.

5. Schließlich erscheint es mehr als fraglich, dass entscheidungsrelevante Studien entgegen den Bekundungen der Studienautoren nicht der Humanistischen Psychotherapie, sondern der VT zugeordnet wurden. Diese Zuordnung geschah, obwohl die untersuchte Methode keine genuin verhaltenstherapeutische Technik darstellt, sondern – wie viele Elemente anderer Verfahren – von der VT bei einzelnen Vorgehensweisen adaptiert worden war, eine Adaption ohne Rückschlüsse und Reflexion der Folgen hinsichtlich der eigenen theoretischen Grundannahmen. Diese Zuordnung erscheint umso fragwürdiger, als davon die Erfüllung des Kriteriums eines hinreichend breiten Spektrums von Anwendungsbereichen abhängig war.

Der bvvp hält die Instanz des Wissenschaftlichen Beirats und dessen Aufgabe, Psychotherapieverfahren und -methoden auf ihre wissenschaftliche Fundierung zu überprüfen und zu bewerten, für erforderlich. Problematisch und dringend korrekturbedürftig sind für unseren Verband jedoch die Fülle der Kriterien, deren Erfüllung und Überprüfung Jahre in Anspruch nehmen. Statt immer höherer Hürden sollte ein Punktesystem eingeführt werden, bei dem Schwächen in

einem Kriteriencluster durch Stärken in einem anderen aufgewogen werden können. Außerdem ist die Überbewertung der internen Validität gegenüber der externen Validität eine Schieflage der wissenschaftlichen Bewertung, mit der der langfristige patientenrelevante Nutzen gegenüber der – oft eher kurzzeitig gemessenen – Wirkung vernachlässigt wird. Schließlich müsste bei der personellen Zusammensetzung des WBP mehr darauf geachtet werden, dass sich die Pluralität der Verfahrenszugänge hinreichend widerspiegelt. Gerade weil etliche Kriterien sich nicht mit wissenschaftlicher Präzision bestimmen lassen, sondern Meinungen und Einschätzungen eine große Rolle spielen, ist eine Pluralität Voraussetzung dafür, dass keine interessengeleiteten Entscheidungen zustande kommen. Dabei unterstellt der bvvp keine Absicht, sondern die nicht kontrollierte Wirkung der Nähe zur eigenen psychotherapeutischen Ausrichtung.

Die zahlreichen Anregungen, die die Methoden der Humanistischen Psychotherapie zur Ausgestaltung des therapeutischen Prozesses zu bieten haben, werden nun bis auf Weiteres in der ambulanten psychotherapeutischen Patientenversorgung weitgehend ungenutzt bleiben. Der bvvp bedauert die Entscheidung des WBP, stellt diese doch einen Schritt weg von der Verfahrensvielfalt in der Psychotherapie dar, die in der Versorgung der Patientinnen gebraucht wird. Unterschiedliche Zugänge zum Psychischen können am ehesten den unterschiedlichen Patientenpersönlichkeiten gerecht werden. Sie gestatten, eine individuell zugeschnittene Passung zwischen Patientin, Psychotherapeutin und Psychotherapieverfahren zu erreichen. Diesem Ziel sind wir nun nicht näher gekommen. Der bvvp hofft, dass mit der Ausbildungsreform die vier Grundorientierungen, wie vom DPT beschlossen, im zukünftigen Psychopiästudium gleichberechtigt und mit Strukturqualität gelehrt werden und infolgedessen auch an Universitäten wieder die ganze Bandbreite der wissenschaftlich fundierten Psychotherapie beforscht werden kann.



Einen Schritt weg von der Verfahrensvielfalt:

Mit der Ablehnung der Humanistischen Psychotherapie werden auch die zahlreichen Anregungen, die ihre Methoden zur Ausgestaltung des therapeutischen Prozesses zu bieten haben, in der ambulanten psychotherapeutischen Patientenversorgung weitgehend ungenutzt bleiben.

Was ist Humanistische Psychotherapie?

Ganzheitlich und individuell kompetenzfördernd – die Humanistische Psychotherapie behandelt Patienten entlang ihrer menschlichsten Attribute und ermächtigt sie zur eigenständigen Lösung aus dem Leid

Von **Karl-Heinz Schuldt** und **Jürgen Kriz**

Die Inhalte dieses Beitrags orientieren sich eng an dem Antrag der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie an den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) von 2012.¹ Es wird zunächst eine allgemein gehaltene Beschreibung gegeben, welche sich nicht eng nur auf Psychotherapie bezieht. Eine präzisere Definition des heilkundlichen Verfahrens Humanistische Psychotherapie zur Behandlung krankheitswertiger Störungen nach den Grundlagen des deutschen PsychThG erfolgt weiter unten.

Allgemeines

Die Humanistische Psychotherapie (HPT) versteht sich als Entwicklung aus der Humanistischen Psychologie zu einer angewandten Wissenschaft des Intersubjektiven, welche zentral auf die Erkundung und Transformation des Erlebens der Patienten in ihren Beziehungskontexten zur Bewältigung von psychischem Leid abzielt.

Die Humanistische Psychotherapie stellt psychisches Wachstum (im Sinne personaler Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in sozialen Kontexten) durch Aktivierung und Entfaltung spezifisch menschlicher Ressourcen (Potenziale) auf ein von Sinn getragenes, selbstverwirklichendes, authentisches Leben hin in den Mittelpunkt. Zur Überwindungen von leidvollen Mustern des Erlebens und Verhaltens (Symptomen) bei Patienten, hat die HPT ein breites Spektrum an Vorgehensweisen und Konzepten mit je unterschiedlichen methodischen Fokussierungen entwickelt.

Menschenbild

Die HPT beruht auf einem ressourcenorientierten Menschenbild, vor allem in Bezug auf die Fähigkeit des Patienten zu kreativem Wachstum und konstruktiver Veränderung, das in der humanistischen Philosophie verankert ist. Im humanistischen Menschenbild trägt der Mensch – der stets holistisch in seiner bio-psycho-sozialen Ganzheit betrachtet wird – die für die Befreiung aus psychischem Leid erforderlichen Ressourcen weitgehend in sich.

Der Mensch wird als Subjekt in seinen biologischen, biografischen, sozialen und ökologischen Bezogenheiten und Bedingtheiten gesehen, dessen Erleben introspektiv und intersubjektiv (selbstempathisch beziehungsweise empathisch) erfasst werden kann.

In der HPT steht im Mittelpunkt, was beim Menschen spezifisch menschlich ist, nämlich insbesondere:

- das Bedürfnis nach Sinn, das intentional, also zukunftsorientiert ist,
- die Bewusstheit und das Gewahrsein sowie die Fähigkeiten zur Introspektion und zu reflexivem Denken,
- die existenzielle Wahlfreiheit des menschlichen Willens, die die persönliche Verantwortung für die eigenen Entscheidungen und ihre Folgen impliziert,
- die Kreativität des Menschen zur schöpferischen Lebensgestaltung und zur Co-Kreation sozialer Prozesse,
- das bewusste und aktive engagierte Sich-Einsetzen für oder gegen, das Sich-Aus-einandersetzen mit beziehungsweise das

Ringens um etwas, das nicht auf Aggression im biologischen Sinn reduziert werden kann.

Der Mensch wird als verkörpert gesehen. Daher ist die psychotherapeutische Arbeit mit dem Körper (zum Beispiel dem Körpererleben und/oder dem Körperausdruck) ein zentraler Aspekt der Humanistischen Psychotherapie.

Die HPT erkennt an, dass es eine Vielfalt von subjektiv als gültig verstandenen und als wahr empfundenen Realitäten gibt, sodass die Welt auf vielfältige Weise erlebt und interpretiert werden kann. Und dass es eine Vielfalt von Weltanschauungen, Werte- und Glaubenssystemen, Lebenseinstellungen und Lebensstilen gibt, die den Menschen dazu befähigen können, ein befriedigendes, erfülltes Leben zu führen. Daher wird der Psychotherapieprozess in der HPT an den individuellen Besonderheiten des Patienten orientiert und entsprechend variiert.

Der psychotherapeutische Prozess

In der HPT wird der psychotherapeutische Prozess als fortgesetzte Erkundung und Selbsterkundung des Fühlens, Denkens, Wollens und Handelns und besonders der Beziehungs- und Einstellungsmuster des Patienten gesehen. Der Fokus liegt auf dem Hier und Jetzt des Erlebens – vor dem Hintergrund der biografischen Bezüge und Zukunftsorientierungen. Der Patient wird ermutigt, seine zunächst noch unklaren oder unbewussten inneren Prozesse emotional zu erleben, kognitiv zu integrieren, zu verstehen, der Symbolisierung und (sofern



Illustration: Lesprenger

Kein Glücksgriff für die Verfahrensvielfalt: wenn die Humanistische Psychotherapie fehlt

möglich) der Verbegrifflichung zugänglich zu machen und zu kommunizieren. Die Humanistische Psychotherapie versteht sich als

- experienziell, weil sie sich an der unmittelbaren Erfahrung orientiert,
- experimentell, weil der psychotherapeutische Prozess als Ergebnis kooperativer Kreativität gesehen wird, und
- existenziell, weil Fragen nach dem Sinn, den Werten und Zielen einen zentralen Stellenwert im therapeutischen Prozess einnehmen.

Die Tendenz des Patienten zur Aktualisierung alter Beziehungsmuster und Einstellungen in der Psychotherapeut-Patient-Beziehung wird als Möglichkeit gesehen und genutzt, um diese Muster dem Erleben und Verstehen und der psychotherapeutischen Transformation zugänglich zu machen.

Das Beziehungsangebot von HPT-Therapeuten ist durch Akzeptanz, Wertschätzung und Kongruenz gekennzeichnet. Patienten machen dabei die Erfahrung, als Personen gewürdigt und unterstützt zu werden.

Ziele

HPT dient dazu, die Vitalität und Kreativität des Patienten, seine Ressourcen und seine Fähigkeit zur Gestaltung, Strukturierung und Abgrenzung aus dysregulierten Zuständen zu befreien und seine Selbstregulationsfähigkeiten zu fördern. Es geht um die Integration abgespaltener Anteile des Patienten sowie um die Stabilisierung und Harmonisierung der psychischen Struktur und dem Lösen verkörperter Blockaden und Hemmungen.

Die HPT unterstützt den Patienten in der Reflexion der Orientierung seiner Lebensperspektive an sinnstiftenden Werten und in seiner Suche nach persönlichem Sinn, der seinem Leben Zentriertheit, Klarheit, Richtung und Erdung geben kann.

Definition des heilkundlichen Verfahrens Humanistische Psychotherapie

Humanistische Psychotherapie als heilkundliches Verfahren behandelt krankheitswertige Störungen. Dabei fokussiert sie

auf die nur dem Menschen eigene Verschränkung von organismischen und psychosozialen Prozessen mit der besonderen Perspektive einer selbstregulativen, sinnorientierten, intentional-motivierten, selbstverantwortlichen, auf Zukunft ausgerichteten Aktualisierung kreativer Potenziale in Adaptation an die Gesamtgegebenheiten.

Mit „Gesamtgegebenheiten“ sind dabei keineswegs nur äußere (materielle und soziale) Faktoren, sondern eben auch die bio-psycho-sozialen Strukturen im Laufe der bisherigen Biografie sowie essenziell auch die nach selbstbestimmter, intentionaler, sinnorientierter Entfaltung drängenden vital-kreativen Kräfte und Potenziale des Menschen gemeint.

Nosologisch gesehen können diese Gesamtgegebenheiten in der Entwicklung des Menschen auf materieller, somatischer, psychischer oder interaktioneller Ebene zur Herausbildung von Mustern in den Lebensprozessen (wozu auch Erleben und Verhalten gehören) geführt haben, die besonders für

neue Entwicklungsaufgaben und Bedingungen nicht adaptiv sind. So können beispielsweise organismische Erfahrung und Selbstwahrnehmung beziehungsweise verinnerlichte Werte und Selbstkonzepte inkongruent zueinander sein. Die internen Repräsentationen biografischer Gegebenheiten auf körperlicher oder kognitiv-emotionaler Ebene, pathogene Symbolisierungsprozesse, aktuelle Lebensereignisse und äußere Belastungsfaktoren können hier also ungünstig symptomatisch zusammenspielen. Die differenziellen Formen dieser Inkongruenz eignen sich als Diagnostikum unterschiedlicher Krankheitsbilder und entsprechend differenzieller Vorgehensweisen. Zentral für die Humanistische Psychotherapie ist daher die Unterstützung von intensiven selbstexplorativen Erfahrungen körperlicher, emotionaler, kognitiver und interaktiver Prozesse im Rahmen einer spezifischen therapeutischen Beziehung, wie sie von C. Rogers beschrieben worden ist.

Methodenintegration ist essenziell für die Humanistische Psychotherapie

Im Gegensatz zu Interventionsprogrammen in der Verhaltenstherapie, wo klare Schritte in der Vorgehensweise festgelegt sind – die sich daher in dieser Form auch hervorragend für evaluative Studien zur Evidenzbasierung aufgrund von RCT-Designs eignen –, gelangen in der HPT typischerweise keine Programme zur Anwendung, sondern es werden Prinzipien entfaltet. Dies ist vielleicht sogar der bedeutsamste Unterschied in der konkreten therapeutischen Arbeitsweise zwischen Verhaltenstherapie und HPT.

In der HPT bringen Therapeuten die Methoden und ihre Techniken sozusagen integriert „zur Anwendung“ – und dies geschieht stets in Passung an die Störung des Patienten beziehungsweise an die sich situativ ergebenden Dynamiken in der Interaktion zwischen seinem Beziehungsangebot, den situativen Gegebenheiten, der konstitutionellen und aktuellen körperlichen Befindlichkeit, Ereignissen im sozialen Umfeld und mehr.

Deswegen kann zum Beispiel in einer Stunde, die (von außen betrachtet) klassisch klientenzentriert beginnt, weil der Therapeut zunächst auf seine Kongruenz zwischen Erleben und dessen Symbolisierung

in seinem Beziehungsangebot in Reaktion auf das aktuelle Angebot achtet und empathisch mit dem Patienten dessen inneren Bezugsrahmen exploriert, eine scheinbare Veränderung eintreten. Wenn zum Beispiel der Patient mehrfach äußert: „Und da sage ich zu mir ...“, könnte der Therapeut durch einen zweiten Stuhl und den Dialog der beiden Anteile deutlicher erfahrbar machen, wer was zu wem sagt. (Von außen sieht dies nun wie ein typisches Element der Gestalttherapie aus.) Es kann nun dazu kommen, dass dabei typische Transaktionen deutlich werden – und indem der Therapeut mit diesen arbeitet, kann es (von außen) so aussehen, als würde er nun zur Transaktionsanalyse wechseln. Bei starken körperlichen Reaktionen in dieser Arbeit, massiven Veränderungen des Atmens etc., kann es angesagt sein, die Arbeit um Elemente zu bereichern, die (von außen betrachtet) wie ein Wechsel zur Körperpsychotherapie aussehen. Wobei dann durchaus existenzielle Probleme auftauchen können und dann auch zur Sprache gebracht werden sollten, was wieder (von außen) nach einem Wechsel zur Existenzanalyse beziehungsweise zur Logotherapie aussehen könnte.

In Wirklichkeit hat ein solcher Therapeut aber keineswegs die Ansätze wie Hemden gewechselt, sondern er hat passungsgerecht zum Patienten und der Situation vorhandene Möglichkeiten genutzt. Er hat durch das für die HPT zentrale Beziehungsangebot im Hier und Jetzt die Aktualisierung der (vermutlich frühkindlich erworbenen und lernend ausdifferenzierten) leidvollen Erlebensstrukturen gefördert, um damit zum Beispiel frühe Bedingungen für Zuwendungen (im Kontrast zu seiner unbedingten Zuwendung) deutlich zu machen.

Welche Ansätze zählen in Deutschland zur Humanistischen Psychotherapie?

In Deutschland zählen folgende Ansätze zur HPT (in alphabetischer Reihenfolge): Existenzanalyse und Logotherapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Körperpsychotherapie, Psychodrama und Transaktionsanalyse. Diese werden von der AGHPT mit ihren elf Verbänden vertreten.⁽²⁾ Dies entspricht im Wesentlichen dem, was von der American Association of Psycho-

therapy (APA) unter „Humanistic Therapy“ an Ansätzen aufgeführt wird.

Im Vergleich zu den 21 Ansätzen der Psychodynamischen Psychotherapie oder den über 50 Methoden der Verhaltenstherapie⁽³⁾ umfasst die HPT weniger Ansätze. Dazu muss aber gesagt werden, dass die HPT auch Methoden wie das Focusing von Gendlin, die Emotionsfokussierte Psychotherapie von Greenberg oder die Pesso-Therapie (PBPS) nach Albert Pesso umfasst – ähnlich wie zu den 21 beziehungsweise 50 Methoden der Richtlinienverfahren etliche weitere Ansätze gehören. Die Sortierung von Vorgehensweisen zu Ansätzen oder Methoden und den Streit um deren Zuordnung zu Verfahren gibt es ohnedies nur in Deutschland.

1) [http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_\(1\)_antragstext_2012-10-12.pdf](http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_(1)_antragstext_2012-10-12.pdf)
 2) <http://aghpt.de>
 3) Vgl. die Tabelle der von der BpTK offiziell benannten Methoden im AGHPT-Antrag, S. 34–37 (Fußnote 1)

Foto: Privat



Karl-Heinz Schuldt ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Diplom-Sozialpädagoge, Transaktionsanalytiker und Lehrender am Institut Humanistische Psychotherapie – Transaktionsanalyse (GbR) in Tübingen. Er vertritt die Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse (DGTA) in der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) und war bis 2015 Vorsitzender der AGHPT.

Foto: Privat



Prof. Dr. Jürgen Kriz ist Emeritus für Psychotherapie und Klinische Psychologie an der Universität Osnabrück und Ehrenmitglied etlicher psychotherapeutischer Fachverbände. Er hatte Gastprofessuren unter anderem in Wien, Zürich, Berlin, Moskau, Riga und den USA und ist Autor von über 20 Büchern und 300 Fachbeiträgen.



Die wissenschaftliche Anerkennung als viertes psychotherapeutisches Verfahren wäre der erste Schritt gewesen, um einen Antrag auf sozialrechtliche Anerkennung stellen zu können. Trotz der Ablehnung wird die AGHPT verstärkt daran arbeiten, dass sich die Humanistische Psychotherapie weiterentwickelt und auch in Deutschland einen angemessenen Stellenwert einnehmen kann.

„Willkürlich und intransparent“

Zur Ablehnung der Humanistischen Psychotherapie durch den Wissenschaftlichen Beirat aus Sicht der AGHPT

Von **Manfred Thielen** und **Jürgen Kriz**

Die **Arbeitsgemeinschaft** Humanistische Psychotherapie (AGHPT) hatte am 12. Oktober 2012 einen Antrag gestellt, die „wissenschaftliche Anerkennung“ der Humanistischen Psychotherapie mit ihren Methoden Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Körperpsychotherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse und Existenzanalyse/Logotherapie festzustellen (vgl.: www.aghpt.de). Er wurde am 19. Januar 2018 nach rund sechsjähriger Prüfung vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) abgelehnt.

Zur Vorgehensweise des WBP bei der Prüfung

Der WBP spricht in seinem Methodenpapier (2010, Seite 3) davon, dass die Festlegung von Prüfungsschritten und -kriterien das Prüfungsverfahren transparent machen würde. Doch nach unserer Erfahrung war es nicht transparent und enthielt Verstöße gegen die im Methodenpapier festgelegten Verfahrensregeln. Dazu gehört:

- Nach dem Methodenpapier hätte das Prüfungsverfahren ab dem Zeitpunkt abgebrochen werden müssen, als der WBP zu der Einschätzung gekommen war, dass er die Humanistische Psychotherapie nicht als Verfahren einschätzt. „Wird ein psychotherapeutischer Ansatz abweichend vom Antragsteller vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nicht als Psychotherapieverfahren eingestuft, wird dem Antragsteller das Ergebnis ohne weitergehende Begutachtung mitgeteilt“ (ebd., Seite 16).
- Das im Methodenpapier geforderte Gutachtenprotokoll (ebd., Seite 13) wurde uns nicht vorgelegt.
- Ältere Studien von vor 1990 sollen mit

anderen Mindestkriterien beurteilt werden als neuere Studien. Der WBP hat uns aber nicht mitgeteilt, ob und wenn ja, welche älteren Studien anerkannt wurden.

- Er hätte Sachverständige der Humanistischen Psychotherapie zu seinen Beratungen hinzuziehen können, zumal es keinen Vertreter der Humanistischen Psychotherapie im WBP gibt. Dies hat er aber nicht getan.

- Er hat die Gesprächspsychotherapie (GPT) ohne Antrag erneut überprüft und ein ablehnendes Urteil gefällt, obwohl 2002 vom damaligen WBP die „wissenschaftliche Anerkennung“ festgestellt worden war. Sein nun negatives Urteil hat er weit gestreut, obwohl ihm lediglich eine beratende Funktion für die Landesbehörden zukommt, die seiner Sicht keineswegs folgen müssen (siehe Rechtsgutachten Plantholz, 2018).

Zum Verfahrenscharakter der Humanistischen Psychotherapie

Sowohl im Gutachten des WBP als auch in seinem Schreiben vom 3. Mai 2018 heißt es: „Der WBP kommt in seinem Gutachten zu dem Schluss, dass es sich bei der HPT um eine übergeordnete psychotherapeutische Grundorientierung handelt, die im internationalen Schrifttum repräsentiert ist“ (Seite 2). Die Anerkennung als eine der vier psychotherapeutischen Grundorientierungen neben der Verhaltenstherapie, der Psychodynamischen Psychotherapie und der Systemischen Therapie zeigt, dass auch der WBP nicht ganz an der international wissenschaftlichen Anerkanntheit der HPT vorbeigehen konnte.

Für die gegenwärtige Diskussion um die Reform der psychotherapeutischen Aus-

bildung spielt dies eine wichtige Rolle, da nach dem Beschluss vom 25. DPT alle vier Grundorientierungen gleichberechtigt und mit Strukturqualität im geplanten Psychotherapiestudium gelehrt werden müssen.

Doch für die Verfahrensanerkennung würden nach Ansicht des WBP die Vermittlung der HPT in ihrer ganzen Breite in einer gemeinsamen Aus-, Fort-, Weiterbildung und eine „differenzielle Indikationsstellung“ fehlen.

In unserer Stellungnahme vom 17. Februar 2018 hatten wir dazu ausgeführt: „Zudem ist es unredlich, ein Verfahren, das gerade seine Zulassung beantragt, nach der ‚Umsetzung‘ (Seite 23) in der Lehre zu beurteilen, für deren Etablierung diese Zulassung wesentliche Voraussetzung ist. Die AGHPT hat ein klares Curriculum entsprechend der Richtlinien vorgelegt und realisiert davon schon jetzt nicht weniger als manches Ausbildungsinstitut der Richtlinienverfahren“ (Seite 5). Zur differenziellen Indikationsstellung hatten wir im Antrag selbst, in unseren Veröffentlichungen, insbesondere dem Buch von Eberwein und Thielen („Humanistische Psychotherapie: Theorien, Methoden, Wirksamkeit“, Psychosozial-Verlag 2014), und in der persönlichen Anhörung beim WBP im September 2015 ausführlich Stellung genommen. In dem Fazit des Gutachtens des WBP vom 19. Januar 2018 heißt es zur Frage, ob die HPT ein Verfahren ist:

- „... lässt sich ebenfalls ein übergeordnetes Verfahren der Humanistischen Psychotherapie identifizieren ...“ (Seite 21)
- „... liegen theoretische Erklärungen der Störungen und Methoden vor, die auf der Basis gemeinsamer Grundannahmen er-

folgen ...“ (Seite 21) „... mit eigenständiger und von anderen Verfahren hinreichend klar abgrenzbarer Störungs- und Behandlungstheorie ...“ (Seite 22)

- „... liegen teilweise begründete Kriterien für die Indikationsstellung sowie Konzepte zur individuellen Behandlungsplanung vor ...“ (Seite 22)

- „Für die humanistischen Ansätze sind unterschiedliche Methoden zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung formuliert.“ (Seite 22)

- „... lässt sich ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen identifizieren, in denen Humanistische Psychotherapie zur Behandlung von Störungen eingesetzt wird.“ (Seite 22)

Der Unterschied zwischen einer psychotherapeutischen Grundorientierung und einem Psychotherapieverfahren wird weder im Gutachten noch in dem Brief des WBP vom 3. Mai 2018 deutlich. Die widersprüchlichen Ausführungen des WBP zu der Frage, ob die HPT ein Verfahren darstellt, lassen ihre Ablehnung willkürlich und beliebig erscheinen.

Der HPT wurde vom WBP zudem „zu wenig Konsistenz“ vorgeworfen. Doch wenn man dieses Konsistenz-Kriterium auf die Verhaltenstherapie (VT) anwendet, stellt sich die Frage, was zum Beispiel die Schematherapie mit der klassischen Verhaltenstherapie zu tun hat. Sie stellt eine Kombination unter anderem aus Elementen der Objektbeziehungstheorie, der Gestalttherapie, der Transaktionsanalyse und der Hypnotherapie dar. Sie hat mit der klassischen VT kaum noch etwas gemeinsam, gilt aber als eine ihrer Methoden. Es stellt sich die Frage, wieso Bewertungsmaßstäbe derlei verschieden angelegt werden.

Wie wissenschaftlich ist die Bewertung, insbesondere der Empirie?

Betrachtet man das Vorgehen des WBP aus wissenschaftlicher Sicht, so ist es beunruhigend, dass am 26. Februar 2018 über 40 Professorinnen und Professoren deutscher Universitäten und Hochschulen in einem offenen Brief an den WBP seine Bewertung als „tendenziös und mangelhaft“ zurückwiesen und ausführten, dieser habe „zentrale Regeln wissenschaftlichen Ar-

Es ist seit fast zwei Jahrzehnten kein wissenschaftlicher Diskurs über Bewertungsregeln mit dem WBP möglich

beitens missachtet und verletzt“. Dabei ist besonders bemerkenswert, dass sich unter diesen Professoren immerhin etliche befinden, die an ihren Universitäten Verhaltenstherapie oder Psychodynamische Psychotherapie oder Systemische Therapie vertreten. Man kann diese massive Kritik aus der Wissenschaft somit nicht einfach als parteiliche Stellungnahme von AGHPT-Vertretern abtun. Vielmehr geht es diesen Kritikern offensichtlich weniger darum, die Interessen ihres eigenen Verfahrens zu vertreten, sondern darum, sich um die Psychotherapie, die Patienten und das Ansehen der Wissenschaft in diesem Bewertungsprozess zu sorgen.

Man sollte daher erwarten, dass der WBP auf diesen Brief antwortet und/oder sich mit den Detailvorwürfen, die dieser Kritik zugrunde liegen, auseinandersetzt. Doch dies ist bisher nicht geschehen. Ebenso wenig wurde bisher der offene Brief des wissenschaftlichen Beirates der AGHPT von 2014 mit kritischen Fragen und Ausführungen zum Vorgehen des WBP beantwortet. Es gibt lediglich eine sehr allgemein gehaltene Stellungnahme des WBP vom Mai 2018, in der aber nach wie vor sehr viele Fragen offenbleiben, von denen die folgenden besonders wichtig sind:

- Welche Gründe gibt es, dass der WBP 2018 insgesamt 26 von 27 Studien, die vom WBP 2002 als wissenschaftliche Nachweise der Wirksamkeit anerkannt wurden, nun verworfen hat?
- Welche Gründe gibt es, dass davon etliche Studien zur Gesprächspsychotherapie nun als „nicht HPT“ eingeordnet wurden?

- Welche Gründe gibt es, zum Beispiel eine Studie, welche der Habilitation an einer deutschen medizinischen Fakultät zugrunde lag, als methodisch inadäquat zurückzuweisen, während gleichzeitig zum Beispiel eine Studie, in welcher die „Überlegenheit der VT“ dadurch „bewiesen“ wird, dass 18 Stunden VT mit drei (!) Stunden HPT verglichen wurden, als „methodisch adäquat“ eingestuft wird? (Und der WBP beharrt auf dieser Sicht von „methodischer Adäquatheit“ auch dann noch, nachdem dies von der AGHPT beanstandet worden war.)

- Welche Gründe gibt es, dass der WBP die seit 2002 als „wissenschaftlich anerkannt“ begutachtete Gesprächspsychotherapie ohne jeden Auftrag und antragswidrig erneut einer Prüfung unterzogen hat?

- Welche Gründe gibt es, dass der WBP dafür gegen sein eigenes Methodenpapier verstoßen hat, in welchem explizit geregelt ist, dass er die Begutachtung dann abzubrechen hat, wenn er entgegen der Einordnung der Antragsteller einen Ansatz nicht als Verfahren einstuft?

Dies sind nur wenige zentrale Fragen, die unbeantwortet sind. Insgesamt hatte die AGHPT im Herbst 2017 in einer Stellungnahme zur „vorläufigen Studienbewertung“ des WBP bei über 30 der vom WBP abgelehnten Studien die Ablehnung beanstandet und sich dabei weitestgehend auf solche positiven Bewertungen der jeweiligen Studien bezogen, welche von nicht AGHPT-nahen Wissenschaftlergruppen gefällt worden waren – wie dem WBP 2002, der Expertenkommission der BptK.

Der AGHPT war bewusst, dass sie sich mit ihrem Antrag einem Regelwerk des WBP unter der Bezeichnung „Methodenpapier“ unterworfen hat, dessen extreme Auslegung von „Wirksamkeitsnachweis“ von vielen Wissenschaftlern national und international kritisiert wurde und wird (vgl. Shean 2014, Markowitz et al. 2014, Frieden 2017, Petersen 2003, Kienle et al. 2003). Diese Kritik hat damit zu tun, dass das Methodenpapier noch nicht einmal die Sichtweise der Evidenzstufen berücksichtigt, wie sie in der Evidenzbasierten Medizin (EBM – Sackett et al. 1996) üblich sind. Auch ist seit fast zwei Jahrzehnten kein

Die AGHPT wird weiter daran arbeiten, dass sich die Humanistische Psychotherapie weiterentwickelt und weiterverbreiten kann

wissenschaftlicher Diskurs mit dem WBP darüber möglich, welche Folgerungen daraus zu ziehen wären, dass mit der Prüfung von „spezifischen Wirkfaktoren“ bestenfalls 15 bis 20 Prozent therapeutischer Wirksamkeit erfasst werden oder dass für die nichtlinearen dynamischen Entwicklungs- und Therapieprozesse die simple lineare Statistik nur mit äußerster Vorsicht zu brauchbaren Aussagen führen kann. All diese für eine wissenschaftliche Bewertung problematischen Aspekte hat die AGHPT außen vor gelassen, um ihrem Antrag durch Anpassung an das „Methodenpapier“ überhaupt eine Chance zu geben.

Daher kann die AGHPT den Widerspruch nicht akzeptieren, mit dem der WBP einerseits sein Methodenpapier peinlich genau zu Ungunsten der HPT auslegt, sich andererseits aber über sein eigenes Methodenpapier unbegründet einfach hinwegsetzt – und zwar wiederum zum Nachteil der HPT.

Zudem hat die AGHPT ihren Antrag explizit auf die Strukturgleichheit ihrer Nachweise und Argumentationen mit bereits ergangenen Beschlüssen zu den Richtlinienverfahren gestützt. Die AGHPT kann daher nicht akzeptieren, dass der WBP Kriterien zur Ablehnung der HPT als „Verfahren“ anführt, welche die Richtlinienverfahren ebenso wenig erfüllen.

Fazit

Aus unserer Sicht hätte der WBP die internationale wissenschaftliche Anerkennung der HPT sowohl als Psychotherapieverfahren als auch mit ausreichender empirischer Evidenz nachvollziehen müs-

sen. Sie wäre der erste Schritt gewesen, um einen Antrag auf sozialrechtliche Anerkennung, also Zulassung als von den Krankenkassen finanziertes Psychotherapieverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), stellen zu können. Unseres Erachtens haben die PatientInnen ein Recht darauf, mit einem Verfahren behandelt zu werden, dessen Ansätze seit Jahrzehnten in der stationären, institutionellen und ambulanten Versorgung erfolgreich angewendet werden.

Über 4.000 Personen, überwiegend PsychotherapeutInnen, haben gegen die Ablehnung der HPT durch den WBP protestiert und fordern, dass er in Zukunft gleichberechtigt mit VertreterInnen aller vier Grundorientierungen besetzt wird und dass sein Methodenpapier, das sich bisher einseitig am Goldstandard von RCT-Studien orientiert, zugunsten weiterer wissenschaftlicher Forschungsansätze, die der beziehungsorientierten Psychotherapie, vor allem der HPT und der Psychodynamischen Psychotherapie, mehr entsprechen, überarbeitet wird.

Trotz der Ablehnung durch den WBP wird die AGHPT verstärkt daran arbeiten, dass sich die Humanistische Psychotherapie weiterentwickelt und auch in Deutschland einen angemessenen Stellenwert einnehmen kann.

Literatur:

- <http://aghpt.de/aghpt-was-ist-humanistische-psychotherapie>
http://aghpt.de/texte/Antrag%20der%20AGHPT%20an%20den%20WBP_2011-11-10.pdf
[http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_\(1\)_antragstext_2012-10-12.pdf](http://aghpt.de/texte/aghpt-antrag%20an%20den%20wbp_(1)_antragstext_2012-10-12.pdf)
<http://aghpt.de/texte/AGHPT-Stellungnahme-an-WBP--2017-10-16.pdf>
<http://aghpt.de/unterschriftenliste>
http://www.aghpt.de/texte/AGHPT-Stellungnahme_WBP-17.2.18.pdf
http://www.aghpt.de/texte/GwG_offener_Brief_WBP_2018-02-19.pdf
http://www.aghpt.de/texte/WBP_Schreiben%20vom%2003-05-18.pdf
 BPTK (2009): Stellungnahme zur Prüfung der Richtlinienverfahren gemäß „f“ 13 bis 15 der Psychotherapie-Richtlinie, Verhaltenstherapie. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.11.2009
Eberwein, W. & Thielen, M. (Hg., 2014): Humanistische Psychotherapie. Theorien, Methoden, Wirksamkeit. Gießen: Psychosozial-Verlag
Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J. C., Timulak, L. & Freire, E. (2013): Research on humanistic-experiential psychotherapies. Chapter 13 in: Lambert, M.: Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley & Sons, New York, Seite 495-538
Kriz, J.: Minderheitenvotum vom 29.11.2007
Kriz, J.: http://www.aghpt.de/texte/2018-01-22_kriz-WPB-Kritik.pdf
Kriz, J.: http://www.aghpt.de/texte/Kriz_GwG_mb_GPB_2018-1_Kriz.pdf
Lambert, M. L. (2013): Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Hoboken: John Wiley & Sons
Plantholz, M. (2018): Zum Gutachten des Wissenschaftlichen Beirates nach § 11 PsychThG vom 11. Dezember 2017
Sackett, D. L., et al. (1996): Evidence based medicine: What it is and what it isn't. British Medical Journal 312, Seite 71-72
<http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/nachrichten/10603516.html>
<http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.2.31>
 WBP, Methodenpapier 2010
 WBP, Gutachten zur Humanistischen Psychotherapie vom 19.1.2018

Foto: Privat



Dr. phil Manfred Thielen

ist Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT). Er arbeitet als Körperpsychotherapeut, Ausbilder, Lehrtherapeut, Supervisor und leitet das Institut für Körperpsychotherapie Berlin. Thielen ist außerdem Mitglied im Redaktionsbeirat des „Psychotherapeutenjournals“, Delegierter der Berliner Psychotherapeutenkammer und der BPTK, außerdem Vorsitzender der DGK.

Foto: Privat



Prof. Dr. Jürgen Kriz

ist Emeritus für Psychotherapie und Klinische Psychologie an der Universität Osnabrück und Ehrenmitglied etlicher psychotherapeutischer Fachverbände. Er hatte Gastprofessuren unter anderem in Wien, Zürich, Berlin, Moskau, Riga und den USA, und ist Autor von über 20 Büchern und 300 Fachbeiträgen.

„Ich bin nicht davon überzeugt, dass Gesprächspsychotherapie allein hinreichend wirksam ist“

WBP-Mitglied Prof. Dr. Thomas Fydrich erklärt im Gespräch mit Ariadne Sartorius und Eva Schweitzer-Köhn die Hintergründe der Entscheidung zur Nicht-Anerkennung der HPT und bezieht Stellung zu den Methoden des Gutachtergremiums

Der Antragsteller, die AGHPT, hat die Humanistische Psychotherapie (HPT) als ein Verfahren mit einheitlichen und gemeinsamen Grundannahmen und einem gemeinsamen Menschenbild definiert. Sie können sich dabei auch darauf berufen, dass das international in der psychotherapeutischen Fachwelt so gesehen wird. Inwiefern kann da der WBP eine davon abweichende Bewertung vertreten?

Prof. Dr. Thomas Fydrich: Das ist nicht so einfach digital abbildbar, ob es ein Verfahren ist oder nicht. Das Fällen der Entscheidung, ob es sich um ein Verfahren handelt, war ein Prozess. Es hat sich sowohl aus der theoretischen Darstellung im Antrag als auch aus der Bewertung der Studien ergeben. Es wurden circa 6.000 Artikel gefunden, die den Suchwörtern entsprachen. Davon wiederum haben wir circa 480 genauer angeschaut. Die Entscheidung, dass die HPT nicht als Verfahren eingestuft wurde, war nicht einfach. Drei von fünf Kriterien des Beirats sind einigermaßen erfüllt, aber das reicht eben nicht. Die Theorie von der Ätiologie der Störung beispielsweise, das Behandlungsmodell benötigt gemeinsame theoretische Grundlagen, und ob das Verfahren in dieser Form so gelehrt werden kann. Letzteres kann man auch nicht von einem sich neu etablierenden Verfahren verlangen, dass es schon Institute hat, die das gesamte Spektrum der Methoden abdecken. Die Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) hat Kongresse

dazu gemacht, aber es gibt noch keine Institute, die die zehn im Antrag genannten sehr unterschiedlichen Ansätze der HPT gemeinsam lehren. Es gibt Gestalt-, Gesprächs-, Körperpsychotherapie-Institute, aber keine Institute, die das gemeinsam unterrichten. Konzepte zur Indikationsstellung, Behandlungsplanung und Gestaltung der Beziehung, das sind die weiteren Kriterien für die Anerkennung als Verfahren. Indikationsstellung und differenzielle Indikationsstellung – hier fehlen Konzepte, was dann zu einem Nein bei der Beurteilung dieses Kriteriums geführt hat.

Was ich an der Kritik an unserer Entscheidung nachvollziehen kann, ist die Auseinandersetzung damit, wie konsistent die Ätiologie- und Behandlungstheorien insgesamt eigentlich sein müssen. Das ist das Problem des Verfahrensbezugs, und wir müssen für die Zukunft sehen, ob und wie wir davon wegkommen. Die totale Einheit der Ätiologietheorie oder des Behandlungskonzepts haben wir in anderen Verfahren – also beispielsweise der VT – auch nicht. Es wurden viele Konzepte in die VT integriert. Besonders deutlich wird das bei der sogenannten dritten Welle, bei der deutlich psychodynamische oder existenzialpsychologische Konzepte in neuere Ansätze integriert wurden. Aber es gibt sehr gute Forschung dazu, und in Zukunft sollte man nach der besten verfügbaren Evidenz gehen. Ich sehe es zum Beispiel sehr kritisch, wenn ich eine Zwangsstörung ausschließlich schematherapeutisch behandle und keine Exposition mache. Nach meinem Eindruck

machen leider viele Kolleginnen und Kollegen nicht das, was die beste Evidenz hat.

Oder bei den psychodynamischen Verfahren: Dort hatte sich der WBP flexibler gezeigt und die bisher als zwei verschiedene Verfahren angesehene Analytische Psychotherapie einerseits und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie andererseits zur Psychodynamischen Psychotherapie zusammengefasst, statt von einer gemeinsamen Grundorientierung zu sprechen. Ist das ausgewogen gegenüber der HPT?

Das stimmt so nicht ganz. Der WBP hat gesagt, die theoretische Basis, also die Annahme einer Kraft des Unbewussten und der Dynamik, die dadurch entsteht, seien für beide gleich, auch wenn der Behandlungsansatz tendenziell unterschiedlich ist. Aber die Arbeit mit dem Unbewussten wurde als hinreichende Gemeinsamkeit bewertet. Da hatten wir bei der Frage „Was ist gleich?“ bei den Humanisten deutlich größere Schwierigkeiten. Die Selbstaktualisierung als Therapieziel, die Inkongruenz als das Kernelement des Ätiologiemodells sind zum Beispiel dünnes Eis für mich.

Der WBP führt den neuen Begriff der Grundorientierung für die HPT ein. Kann es sein, dass er da mit zweierlei Maß misst? Müsste bei der VT beispielsweise dann nicht auch nur von einer Grundorientierung gesprochen werden angesichts der zahlreichen auch von anderen Verfahren abgeleiteten Behand-



Prof. Dr. Thomas Fydrich

ist Leiter des Zentrums für Psychotherapie an der Humboldt-Universität zu Berlin (ZPHU). Er hatte bis März 2018 eine Professur für Psychotherapie an der HU Berlin inne und ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Darüber hinaus zeichnen ihn langjährige Kammerarbeit und Mitarbeit bei der Reform des PsychThG sowie der Vorsitz von unith e.V. aus, dem Verbund universitärer Ausbildungsinstitute für Psychotherapie.

lungstechniken? Oder aufgrund des Fehlens ausgearbeiteter Konzepte zur therapeutischen Beziehung?

Ich persönlich würde die Schematherapie zum Beispiel nicht unbedingt als VT werten. Im Unterschied zur Kognitiven Therapie geht die Schematherapie viel weiter. Aber man müsste die Diskussion gar nicht führen, wenn diese Ansätze die Wirksamkeit nachgewiesen haben. Man könnte sagen, wer eine Methode gelernt hat, kann die auch anwenden, egal, welchem Verfahren man sie zuordnet. In der Zukunft müsste man dann sagen, man muss eine gute, fundierte Psychotherapieausbildung machen, die Basics müssen breit gelehrt werden, und dann muss man wissen, was man bei welcher Person mit welchem Problem therapeutisch machen muss.

Wäre dann die Konsequenz die störungsspezifische Psychotherapieausbildung?

Das läge der Verhaltenstherapie natürlich näher als anderen Verfahren.

Muss nicht an dem Bewertungssystem insgesamt etwas geändert werden? Die derzeitigen Kriterien heben fast aus-

schließlich auf Störungsspezifität ab. Diese macht aber nur einen kleineren Teil der Wirksamkeit einer Methode aus. Dadurch sind Verfahren, die ihren Schwerpunkt in der Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung haben, wie psychodynamische Verfahren und auch die Humanistische Psychotherapie, im Nachteil, die Symptome als Ausdruck eines dahinter liegenden Konflikts oder einer strukturellen Störung auffassen. Wäre es da nicht aussagekräftiger, Untersuchungen über Langzeitwirkungen (Nutzen) von gründlicher behandelten Patienten einzubeziehen, statt nur Effekte von – oft zu Studienzwecken entwickelten – Kurztherapien zu berücksichtigen? Prozesse, von denen humanistische oder auch psychodynamische Verfahren ausgehen, lassen sich mit RCT-Studien schwerer beforschen.

Da hat sich viel getan in den letzten 20 Jahren. Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) hat zum Beispiel eine große Studie finanziert und durchgeführt. Unabhängig von einer Vorstellung, wie ein Symptom entsteht und behandelt wird: Das Symptom und damit das persönliche Leid und die Einschränkungen müssen mit einer Behandlung verschwinden oder zumindest geringer werden. Und das kann man nicht ohne Empirie erkennen, und das muss zudem im Gesundheitssystem bewiesen werden können.

Aber wie soll das gehen, wenn die Verfahren in der Uni nicht mehr vorkommen?

Warum macht man nicht eine günstige Studie; beispielsweise für die Wirksamkeit der GPT bei Angststörungen? Da braucht man keine Millionen. Es reichen fünf Praktiker, die nach dem GPT-Ansatz Patienten, die gut diagnostiziert sind, behandeln. Man würde etwa insgesamt 50 bis 60 Patienten brauchen, die einer Wartekontrollgruppe oder einer „Treatment-As-Usual“-Gruppe zugeordnet werden bzw. der GPT-Behandlung. Zusätzlich braucht man einen Methodenberater. Da können ja die Verbände der GPT gegebenenfalls finanziell auch zusammenlegen.

Wäre die Uni nicht auch der Ort, diese

Vergleichsstudien zu machen, wie zum Beispiel die Frankfurter ADHS-Studie?

Das wäre prinzipiell möglich. Doch es kann ein Problem aus ethischen Gründen geben: Die Evidenz für die Behandlung von Angststörungen mit VT ist so gut, dass ich mich frage, ob eine Ethikkommission eine Studie erlauben würde, in der man nur GPT anbietet.

Das wüsste man, wenn man es beantragt.

Ich denke, man käme aus so einer Sackgasse raus, wenn man von dem Verfahrensbegriff wegkommt. Aber das ist sozialrechtlich schwierig.

Bei Medikamenten gibt es verschiedene Wirkstoffgruppen in der Pharmakotherapie der Depression z.B., die von PatientInnen unterschiedlich vertragen werden und wirksam sind. Ist es nicht so, dass auch in der Psychotherapie die Passung eine wichtige Rolle spielt? Dass wir mehr als zwei Verfahren brauchen, um zu schauen, wer worauf anspricht? Nehmen wir das Beispiel des Patienten mit der Zwangserkrankung, dann würde man weniger die Symptomatik zur Entscheidungsgrundlage der Behandlungsmethode machen sondern die Passung von Patient und Methode, mehr „den Menschen hinter dem Zwang“ sehen und behandeln.

Eine Leitlinie erlaubt uns, im Einzelfall gegebenenfalls anders zu entscheiden. Die Empfehlungen der evidenzbasierten Medizin sind nicht kategorisch zu verstehen. Aber Vielfalt allein, per se, ist keine Qualität. Bunt sieht vielleicht schöner aus, aber ob es besser ist, das weiß man nicht. Das muss nachgewiesen sein. Es kann sein, dass ich dann bestimmten „Farben“ unrecht tue, aber für den aktuellen Status jetzt ist es so. Wir können nicht sagen, nur damit es bunt bleibt, lassen wir ein Verfahren zu. Wenn in dem neuen Psychotherapeutengesetz eine Öffnungsklausel steht, um neue Verfahren auszuprobieren, haben wir echte Chancen zur Weiterentwicklung.

Und wo soll dann das Personal mit der entsprechenden praktischen und wissenschaftlichen Expertise in der Humanistischen Psychotherapie herkommen?

Ich persönlich habe ja im Ausbildungsinstitut gute GPTler, die unterrichten. Die würde ich ansprechen, auch weitere Lehrende zu suchen, die ihre Ansätze sowohl theoretisch als auch praktisch gut unterrichten können. Und dann braucht es auf jeden Fall Forschungskompetenz.

Im Augenblick werden viele Kindertherapielehrstühle in der Psychologie besetzt. Aber leider alles nur mit Verhaltenstherapeuten. Es wäre doch eine Chance, hier auch andere Verfahren in der Forschung zu berücksichtigen.

Es geht aber immer auch um eine wissenschaftliche Qualifikation. Die Universitäten können diese Kriterien nicht aufweichen. Es reicht nicht, nur Einzelfalldarstellungen zu machen und aus Erfahrungen zu berichten. Das sind nicht die Qualifikationskriterien für eine universitäre Laufbahn.

Aber wie soll das gelöst werden? Spätestens mit der Reform muss das gelöst sein. Wo soll das Personal herkommen?

Das muss das System lösen. Man könnte mit Praktikern anfangen, mit ihnen forschen und dabei auch viele junge Therapeuten einbeziehen. Aber ich kenne keine jungen Therapeuten in Ausbildung, die zum Beispiel rein GPT-fasziniert sind.

Die Prüfung des WBP soll ja auch eine Sicherheit für die Patienten geben. War denn vor dem neuen Methodenpapier des WBP keine Patientensicherheit da?

Die Empirie hat eine sehr hohe Wertstellung im Sinne der Patientensicherheit. Diese ist natürlich nicht dramatisch besser oder schlechter durch das neue Methodenpapier. Leitlinien basieren ja auch auf dem Gedanken, dass die größte Evidenz die beste Behandlungsmethode verspricht.

Die Liste der damals positiv beurteilten 26 Studien (Anm.: bei der Prüfung der GPT durch den WBP 2002) liegt mir allerdings nicht vor. Es kann aber auch sein, dass Studien auch nach den damaligen Kriterien falsch positiv beurteilt wurden. Es gab vielleicht damals (2002) eine andere Dynamik im WBP. Man kann aber sicher nicht sagen, dass ab jetzt eine Gefahr für Patienten vorliegt, die gesprächspsychotherapeutisch behandelt werden, auch wenn

man indirekt sagt, dass es von der Evidenzlage her betrachtet eher mager aussieht mit der GPT; vor allem für den Bereich der Angst- und Zwangsstörungen sowie die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Natürlich ist es trotzdem mehr als ärgerlich für die GPT, dass sie wegen einer fehlenden Studie und der veränderten methodischen Kriterien der Beurteilung von Verfahren jetzt rausgefallen ist. Dieses Risiko war klar, und meiner Ansicht nach hat die AGHPT die GPT in diese Lage gebracht, und die Vertreter der GPT haben dies zugelassen.

Im Rahmen der dritten Welle der VT schreibt Prof. Claas-Hinrich Lammers im PTJ davon, dass spezifische Formen von Beziehungsgestaltung übernommen worden sind aus der TFP, der GPT und der Gestalttherapie. Und das, obwohl die als nicht wissenschaftlich anerkannt gelten ...

Marsha Linehan hat die akzeptanzbasierte Therapie benannt und unter anderem gesagt, dass sie aus der buddhistischen Lehre kommt. Das ist ja etwas Paradoxes eigentlich mit der Akzeptanz und doch etwas Großartiges.

Ich finde aber die Trennung à la „das gehört zu meinem Ansatz“ nicht hilfreich und damit auch nicht den Zwang, die eigene Arbeit einem anerkannten Verfahren zuzuordnen zu müssen. Wie kommt man davon weg, Ideen einem Verfahren zuzuordnen? Es ist in der Tat etwas ungerecht, wenn wir in der VT Methoden oder Techniken integrieren und adaptieren und es damit legitim ist und bezahlt wird; als GPTler darf ich das so nicht und kann damit im ambulanten Bereich die Therapieleistungen nicht über die GKV abrechnen.

Aber die TK-Studie hat doch insgesamt die hohe Wirksamkeit der Psychotherapie gezeigt. Da stellt sich uns die Frage, wie viel Anteil hat dann tatsächlich die Methode? Wird im WBP den störungsspezifischen Kriterien eine zu hohe Bedeutung beigemessen?

Derartige Argumente gibt es immer wieder. Eine psychotherapeutische Beziehung lässt sich nicht von der Methode des therapeutischen Arbeitens trennen. Die Beziehung entsteht durch gutes, professionelles Handeln, zum Beispiel indem ich einem Zwangspatienten mein Störungsmodell er-

kläre und er das für sich validieren kann. Die Frage ist doch, wie man die Wirksamkeit sonst bewerten soll. Der Grundauftrag des Gesundheitssystems ist es, zu heilen, und da muss ich schauen, wie das ein System am besten leisten kann. Letztlich geht es doch gar nicht anders, als darauf zu achten, wann durch welche Maßnahmen die Einschränkungen und Symptome geringer werden. Das ist das Erfolgsmaß, das wir haben. Und die Symptombereiche finden sich in den Kriterien der WBP in den 18 Anwendungsbereichen (Anm.: für die Bewertung der Wissenschaftlichkeit eines Verfahrens). Dann schaue ich nach der Befundlage, wie mit dem Einsatz einer Methode Leid verringert wird. Diese Anschauung wird häufig damit kritisiert, dass die untersuchten Therapiemethoden in der realen Praxis so gar nicht eingesetzt werden. Aber wenn die Praxis dies tatsächlich nicht abbildet, was die Studien zeigen, muss sich die Versorgungspraxis ändern.

Wie wäre es mit einer Erprobungsregelung, die es möglich macht, dass ein Verfahren in speziell zugelassenen Ausbildungsstätten in einem definierten Zeitraum gelehrt werden kann, um dort den Nutzen zu prüfen?

So eine Regelung würde ich grundsätzlich befürworten. Deswegen müssen wir in der zukünftigen Legaldefinition für Psychotherapie den Verfahrensbezug rausnehmen. Das bringt auch uns in der Hochschulambulanz schon jetzt in Schwierigkeiten, das abzurechnen, wenn wir eine neue Methode anwenden und beforschen wollen.

Aber warum beforschen Sie dann nicht die HPT? Warum machen Sie nicht diese Studie? Zum Beispiel mit den Hamburger Ausbildungskandidaten oder den approbierten GPTlern?

Das wäre prinzipiell möglich, man könnte das mit guten und motivierten Therapeuten machen. Es bräuchte jemanden, der das anstößt. Aber ich würde das nicht machen, weil ich nicht davon überzeugt bin, dass die GPT alleine hinreichend wirksam ist, weil sie sich vom Grundkonzept her dagegen wehrt, aktuelle Forschung zu psychischen Störungen zu rezipieren und ein störungsspezifisches Konzept anzuerkennen oder zu entwickeln.

Vorbegriffliches Seelenleben begreifbar machen

Eine Sammlung psychodynamischer Entwicklungspsychologien nähert sich durch verschiedene Ansätze namhafter Autoren der Frage, wie das früheste Leben unsere Psyche prägt

Von **Norbert Bowe**, bvvp-Vorstandsmitglied

Es ist ein Verdienst der Herausgeberin Annette Streeck-Fischer, sich der Aufgabe gestellt zu haben, die vielen Fäden der psychodynamischen Entwicklungstheorien zusammenzutragen und in kompakter Form zur Darstellung zu bringen. Damit wird eine bisherige Lücke der Rezeption der vielfältigen Ansätze, Beobachtungs- und Theoriebildungsebenen geschlossen. Psychoanalytische Entwicklungspsychologien und daraus abgeleitetes Krankheitsverständnis sind besonders wertvoll in einer Zeit, in der sich therapeutische Ansätze tendenziell auf Störungsspezifität und Symptombeseitigung verengen und ein Bewusstsein für die enorme Bedeutung von Bindungserfahrung, von emotionaler Mangel- und Traumatisierung in der psychotherapeutischen Behandlungspraxis zu schwinden droht. Diese Erkenntnisse und Theoriebildungen fördern ein vertieftes Verständnis für die Leiden der Patienten und bieten hilfreiche Ansätze zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

Das Buch enthält drei Teile: 1. frühe psychoanalytische Entwicklungstheorien, 2. aus der Säuglingsbeobachtung abgeleitete Entwicklungstheorien und 3. neuere Entwicklungstheorien zur Affektentwicklung und Mentalisierung. In 15 Kapiteln von Freud bis Fonagy wird der gesamte Bogen psychodynamischer Entwicklungspsychologien abgesprochen. Die einzelnen Kapitel enthalten nach einer Kurzfassung von Leben und Werk in kompakter Form die Beiträge des jeweiligen Psychoanalytikers zur Erforschung und Theorie der frühen Entwicklung und am Ende eine Würdigung der Bedeutung des Werks aus

heutiger Sicht sowie die Erwähnung kritischer Stimmen und umstrittener Theoriebestandteile dazu.

Da viele Quellen, vor allem ältere, nur noch schwer zugänglich sind, stellen die zusammenfassenden Darstellungen eine Fundgrube dar, um die Vielfalt und Komplexität der Forschung und Theorieentwicklung erfassen zu können. Mitgeliefert ist zugleich eine Tour d'Horizon durch zentrale psychoanalytische Grundannahmen über das menschliche Seelenleben und seine (vor allem präödpalen) Störungen.

Zwar findet man in einzelnen Kapiteln Querverweise zu Übereinstimmungen mit anderen Forschern. Die Fülle der nicht aufeinander abgestimmten Begrifflichkeiten, deren Inhalte sich überlappen, aber auch in Nuancen voneinander abweichen, dürfte aber einerseits etwas vom Narzissmus der Autoren widerspiegeln, andererseits aber auch Schwierigkeiten geschuldet sein, das Feld vorsprachlicher psychischer Entwicklung zu untersuchen und vorbegriffliche Zustände begrifflich zu fassen. Es lässt sich eben nicht mit letzter Gewissheit sagen, wann das unbewusst gelebte Leben mit seinen angeborenen oder erworbenen Kompetenzen zum erlebten Leben wird. Und auch das Nebeneinander von nicht aufeinander reduzierbaren Entwicklungslinien verlangt mitunter neue Begriffe, mit denen ein besseres Verständnis und praxisrelevante Folgerungen ausdifferenziert werden können. Grundsätzlich nicht zur Deckung zu bringen sind vor allem die Beobachtungen und Schlüsse des präverbalen, gelebten unbewussten Lebens mit den Folgerungen und Rückschlüssen, die aus den

Vorstellungswelten, Fantasien, Gedanken und Gefühlen des sich begrifflich mitteilenden, reflektierenden Innenlebens gewonnen wurden. Beide Perspektiven sind nicht gegenseitig ersetzbar. Für beide liefert das Buch reichlich Material.

Eine konvergente Zusammenfassung der verschiedenen Ansätze kann und will das Buch nicht geben – das bleibt der Eigeninitiative des Lesers oder auch einer künftigen Arbeit an der Thematik vorbehalten. Das Feld dazu ist jedenfalls mit dieser Veröffentlichung bereitet.

Zum Schluss noch eine Bemerkung: Gerade aus den Erkenntnissen über die Frühentwicklung lässt sich ableiten, dass die Gestaltung und Handhabung der therapeutischen Beziehung in jeder tief greifenden psychotherapeutischen Behandlung von zentraler Bedeutung ist, der man nicht mit einer lediglich theoriefreien Nennung ohne eine verfahrensspezifische Ausgestaltung in der Behandlungspraxis gerecht werden kann. Hier scheinen die psychodynamischen Verfahren und die Humanistische Psychotherapie besonders kongruent zu den gewonnenen Einsichten aus dieser Forschungsrichtung zu sein. —

Annette Streeck-Fischer:
Die frühe Entwicklung
Psychodynamische
Entwicklungspsychologien
von Freud bis heute

Vandenhoeck & Ruprecht
2017
287 Seiten, 35,00 Euro
ISBN-10: 3525451385



Die wichtigste Nebensache der Therapie

Auch wenn die Sexualität nicht der Grund für eine Therapie ist, so gehört sie doch häufig dazu: Sie offenbart viel rund um Identität, Ängste, Trauma, Scham und das Verhältnis zum eigenen Körper

Von **Ariadne Sartorius**

Neu erschienen im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht ist das Buch „Wenn es um das Eine geht: das Thema Sexualität in der Therapie“. Es ist in der Reihe „Psychotherapeutische Dialoge“ erschienen, in der jeweils zwei Gesprächspartner in einen Gedankenaustausch zu komplexen Fragestellungen miteinander treten. Das Gespräch mit den Sexualtherapeuten Prof. Ulrich Clement und Ann-Marlene Henning führte der Autor Uwe Britten. In fünf Kapiteln diskutieren diese zu verschiedenen Themen.

Der Leser findet einen Einstieg über Fragen zur eigenen Körperlichkeit der Therapeuten. Wie gehen wir selbst damit um, wenn wir morgens mit einem Pickel auf der Nase aufwachen? Und stimmt es, dass Männer ungeniert ihren Bierbauch durch die Nachbarschaft tragen? Was sagen die Verhaltensbiologen zur Körperlichkeit bei der sexuellen Partnerwahl?

Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit unseren sexuellen Wünschen, Spürkompetenzen und Spürspaß, sexuellen Fantasien und den biografischen Veränderungen des Lusterlebens. Warum ist Fantasie in der Sexualität wichtig, und wie gehen Partner mit ihr um? Was bedeuten die Fantasien des Partners für unsere Patienten, und wie arbeiten die beiden Paartherapeuten mit diesen?

Im Weiteren diskutieren Clement und Henning, wie sie in Therapien Schambesetztes und Geheimnisse ansprechen. Wie gehen die beiden mit Geheimnissen ihrer Klienten um? Clement berichtet, er erläutere beiden Partnern vor den Einzel-

gesprächen, dass er entscheiden möchte, ob und was er aus den Einzelgesprächen in die Paargespräche einbringt. Währenddessen erklärt Henning, Geheimnisse für sich zu behalten und diese nicht in die Paargespräche einzubringen. Die Transparenz des Umgangs ist hier das Entscheidende und nicht, wie eigentlich damit umgegangen wird. Dies zeigt sich nicht nur an dieser Stelle des Dialogs.

Und wie gehen die beiden mit einem „stellvertretenden Ansprechen“ um? Welche Worte verwenden die beiden, und worin liegt der Unterschied? Clement sagt: „Bei der Wortwahl würde ich immer mein eigenes Vokabular nehmen. Aber ich könnte auch ‚ficken‘ sagen, es kommt darauf an. Wenn zum Beispiel eine Frau sagt: ‚Ja, ich möchte nicht nur schönen Sex haben, sondern ich möchte, dass er mich mal richtig fickt‘, dann macht sie ja einen für sie relevanten Unterschied. Es geht ja nicht um die Ästhetik eines Wortes, sondern um die Bedeutung. Und nach der würde ich mich erkundigen.“

Im vierten Kapitel sprechen die beiden über schwierige Therapiesituationen. Diese führen immer wieder zu Supervisionsprozessen, in denen erläutert wird, warum es zum Beispiel „Empathiehindernisse“ gibt. Dies kann der Fall sein, wenn Therapeuten mit Therapieinhalten konfrontiert werden, die sie als abstoßend erleben, zum Beispiel bezüglich sexueller Fantasien von Männern mit Kindern. Und wie arbeiten sie, wenn Patienten sexuelle oder partnerschaftliche Wünsche auf den Therapeuten projizieren oder sich ver-

lieben? Führt dies zu einem Abbruch der therapeutischen Beziehung?

Abschließend widmet sich das Gespräch dem Thema Humor in der Psychotherapie. Das Fazit von Clement: „authentisches Interesse statt normativer Bewertung“. Denn, so Clement, in den Ausbildungsinstituten wird nicht ausreichend auf das Thema Sexualität eingegangen. „Meine Empfehlung: Hol dir Wissen über Sexualität, Anatomie, Körper, über Kommunikation, Beziehung, Bindungsverhalten, Differenzierung, über Angst und das Funktionieren des menschlichen Gehirns. Da reicht es nicht, mal einen Kurs über typische sexuelle Störungen belegt zu haben. Es spielt so vieles mit in die Sexualität hinein. Man lernt immer weiter.“

Dies dürfte auch dem Leser dieses Buches passieren. Es wird auf eine charmante Art Fachwissen vermittelt und zugleich dazu eingeladen, sich auf die unterschiedlichen Sichtweisen von zwei Therapeuten zu diversen Fragestellungen einzulassen. Es verleitet den Leser, die eigenen Bewertungen und Impulse zu hinterfragen, mitzudenken und sich Anregungen für den eigenen Umgang mit dem Thema Sexualität in der Therapie zu holen.

Ulrich Clement,
Ann-Marlene Henning:
**Wenn es um das Eine
geht: das Thema Sexualität
in der Therapie**

Vandenhoeck & Ruprecht
2018
150 Seiten, 17,00 Euro
ISBN-10: 3525451954



Ausblick auf das nächste Heft

Die Wellen in der Umsetzung des eHealth-Gesetzes in den Psychotherapiepraxen schlagen weiterhin hoch, wobei sich die Geister an der realistischen und prognostischen Einschätzung über Nutzen, Risiken und Folgen von eHealth scheiden. Die Digitalisierung der Psychotherapiepraxen bringt Fluch und Segen des technischen Fortschritts mit sich und wird die psychotherapeutische Versorgung und die Kontextbedingungen psychotherapeutischer Behandlungen verändern. Wir halten daher eine gesellschaftliche Diskussion zu den ethischen Folgewirkungen für notwendig, ob das eHealth-Gesetz auf den Prüfstand gehört, reformiert und geändert werden muss. Mit unserem Schwerpunktthema „eHealth“ im Heft 4/18 wollen wir dazu einen Beitrag leisten und die Diskussion innerhalb unserer Profession befeuern.

Termine 2018

6. bis 9. September 2018

16. Europäischer Kongress für Körperpsychotherapie:
Körperpsychotherapie und Herausforderungen der Gegenwart
 Entfremdung – Vitalität – Flow.
 Weitere Informationen unter:
www.congress.eabp.org
Ort: FU Berlin

14. bis 15. September

bvvp-Bundesdelegiertenversammlung
 Weitere Informationen bei der bvvp-Bundesgeschäftsstelle: bvvp@bvvp.de
Ort: Hotel Aquino, Hannoversche Straße 5b, Berlin

21. bis 24. September

Verhaltenstherapiewochen 2018
 Eröffnungsthema: Scham, die tabuisierte Emotion. Weitere Informationen:
www.vtwoche.de
Ort: Freiburg

9. bis 11. November

Verhaltenstherapiewochen 2018
 Eröffnungsthema: Nutzen und Schaden von psychotropen Substanzen in der Psychotherapie. Weitere Informationen:
www.vtwoche.de
Ort: München

Impressum

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

Redaktion: Martin Klett (V. i. S. d. P.)
 Ariadne Sartorius, Eva Schweitzer-Köhn,
 Norbert Bowe

Autoren: Ulrike Böker, Norbert Bowe, Mathias Heinicke, Jürgen Kriz, Anja Manz, Ariadne Sartorius, Karl-Heinz Schuldt, Eva Schweitzer-Köhn, Robin Siegel, Manfred Thielen

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

Textchef: Sonja Vukovic

Projektleitung: Nicole Suchier

Artdirektion/Illustration: Lesprenger

Druck: Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG

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

ISSN: 2193-3766

Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 Euro.

Abonnement 49,50 Euro inkl.

Versand (4 Ausgaben).

Mitglieder erhalten das Magazin im Rahmen ihrer Mitgliedschaft kostenfrei.

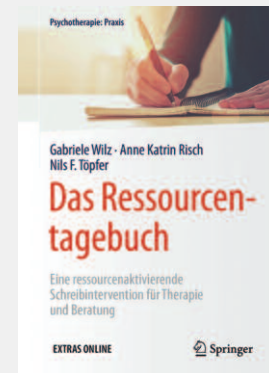
Info und Bestellung:

bvvp-Bundesgeschäftsstelle: bvvp@bvvp.de

Periodizität: Quartal

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

Psychotherapie: Praxis



G. Wilz, A. K. Risch, N. F. Töpfer

Das Ressourcentagebuch

Eine ressourcenaktivierende Schreibintervention für Therapie und Beratung

2017, VIII, 110 S. Mit Online-Extras. Brosch.

€ (D) 24,99 | € (A) 25,69 | *sFr 26,00

ISBN 978-3-662-53197-6

€ 19,99 | *sFr 20,50

ISBN 978-3-662-53198-3 (eBook)

- Ressourcenaktivierung durch Schreiben: Ergänzung psychotherapeutischer Methoden
- Patienten helfen, sich selbst zu helfen: Psychoeduktion durch Tagebuchschreiben

In diesem Buch erfahren Psychotherapeuten, Berater und Coaches, wie sie mithilfe eines strukturierten Tagebuchs die Ressourcen ihrer Patienten und Klienten als positive Potentiale zur Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse aktivieren können.

Ihre Vorteile in unserem Online Shop:

Über 280.000 Titel aus allen Fachgebieten | eBooks sind auf allen Endgeräten nutzbar | Kostenloser Versand für Printbücher weltweit

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7 % für Printprodukte bzw. 19 % MwSt. für elektronische Produkte. € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10 % für Printprodukte bzw. 20 % MwSt. für elektronische Produkte. Die mit * gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

Part of **SPRINGER NATURE**

springer.com/ressource18

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

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

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

- **Sicherheit ab dem 1. Tag**
Die P.U.V leistet ab dem 1. Tag, wenn Sie im Krankenhaus liegen.
- **Volle Gewinn- & Kostenabdeckung**
Die P.U.V ersetzt Gewinn und laufende Kosten, sobald Ihre Praxis stillsteht.
- **Schutz bei Burnout & Depressionen**
Auch wenn die Psyche mal schlapp macht, ist die P.U.V der Partner an Ihrer Seite.
- **kalkulierbare Beiträge** für bis zu 10 Jahre
- **Sie sind uns willkommen!**
Eintrittsalter bis zum 63. Geburtstag möglich.

BEISPIELRECHNUNG

Psychotherapeut/in, Nichtraucher/in, 40 Jahre alt

Tagsatz:	€ 100,-
Karenzfrist:	14 Tage
Versicherungssumme:	€ 36.000,-
Jahresbeitrag:	€ 531,-
Beitrag pro Monat:	€ 44,-



Dr. Rinner & Partner
Institut für wirtschaftliche Praxisführung

Leonhardsweg 4
82008 Unterhaching
Tel.: 089 / 665 99 310 • www.dr-rinner.de



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