



Projekt Psychotherapie 02/2019

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 14,80 · www.bvvp.de

Differenzierte Psychotherapie

**ICD-Diagnosen werden der Komplexität
der Psyche nicht gerecht**

[bvvp-Delegiertenversammlung](#)

Der Bundesverband bestätigt seinen Vorstand
und nimmt neue Ziele in Angriff

[Ausbildungsmisere und kein Ende](#)

PiA gibt sich mit dem Kabinettsentwurf zur
Reform nicht zufrieden

bvvp

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**

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

Wir stehen im Jahr 2019 bislang stark unter dem Eindruck eines massiven Veränderungsdrucks der Politik auf die Psychotherapie, insbesondere die Psychotherapierichtlinie.

Nachdem wir Anfang des Jahres die Politik bewegen konnten, eine durch und durch psychotherapie- und patientenfeindliche Gesetzesformulierung aus dem TSVG zu streichen, hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nun eine abgewandelte Formulierung mit ähnlicher Zielrichtung im Psychotherapie-Ausbildungsreformgesetz als Omnibus untergebracht. Die neue Formulierung beinhaltet nicht weniger Zündstoff und ist ebenso problematisch aus Sicht der niedergelassenen Psychotherapeuten und ihrer Patienten.

Jetzt will die Politik vorschreiben, dass Behandlungskontingente im Bereich Psychotherapie diagnoseorientiert und leitliniengerecht gestaltet werden sollen. So sehr natürlich Diagnosen notwendig sind und wir Leitlinien aktiv mitgestalten, so sehr müssen wir doch darauf bestehen, dass Therapieplanung immer individuell zu gestalten ist. Sowohl Diagnosen als auch Leitlinien sind zu grobe Instrumente, um die individuelle Ausgestaltung einer Therapie, bezogen auf die jeweiligen Möglichkeiten des Patienten, zu planen. Die reale Versorgungslage mit meist multimorbiden Patienten im Bereich Psychotherapie erfordert eine detailliertere Therapieplanung. Wir werden also auch im weiteren Verlauf des Jahres 2019 darum kämpfen, dass die nächste unbrauchbare und schädliche Formulierung nicht in die PT-Richtlinie hineinkommt.

Die Fokussierung auf einen Teil der Patienten mit komplexem, multiprofessionellem Behandlungsbedarf übersieht, dass ein gut funktionierendes, weltweit einzigartiges psychotherapeutisches Versorgungssystem dadurch kaputt verbessert wird. Der erwiesenermaßen sinnvolle Spielraum im Rahmen der Richtlinienkontingente ist ein wertvolles Gut im Sinne der individualisierten Behandlungsplanung für die Patienten.

Der Schwerpunkt des aktuellen Magazins bezieht sich genau auf diesen Aspekt: Welche Psychotherapie wollen wir? Welche Psychotherapie halten wir aus unserer fachlichen Kompetenz heraus für sinnvoll und wichtig für unsere Patienten?

Dass Psychotherapie in einem enormen gesellschaftlichen Spannungsfeld verortet ist, beschreibt Jürgen Doebert differenziert. Der Artikel von Norbert Bowe über die begrenzte Aussagekraft der (den Leitlinien meist zugrundeliegenden) RCT-Studien verdeutlicht, wie schwierig Psychotherapieforschung ist. Marianne Leuzinger-Bohleber veranschaulicht die Aussagekraft qualitativer Forschungsdesigns im psychoanalytischen Setting. Sie stellt klar, dass es vor allem lange Forschungsstrategien erfordert, um valide Aussagen zu treffen. Rainer Cebulla bringt uns nahe, wie moderne Verhaltenstherapie im Versorgungsalltag an Leitlinien und am individuellen Menschen orientiert vorgeht.

Die Psychotherapie hat sich im Versorgungsalltag der letzten 20 Jahre seit Einführung des Psychotherapeutengesetzes weiterentwickelt, ausdifferenziert und im Versorgungsalltag etabliert. Der Bericht von Jan Glasenapp zur Erweiterung der Richtlinie für geistig behinderte Menschen gibt dazu ein gutes Beispiel. Abgesehen von einer Anpassung der Bedarfsplanung braucht es gar keine politische Einmischung. Als bvvp haben wir uns immer für eine dem Menschen gerecht werdende, differenzierte, aber grundlegend durch die Richtlinien und mit allen Verfahren strukturierte Versorgung der Patienten eingesetzt. Dies möchten wir uns von einer aktionistisch reformwütigen Politik nicht zerstören lassen.

Weiter sehr lesenswert im aktuellen Magazin sind natürlich auch die berufspolitischen Meldungen und die Folgerungen aus dem TSVG.

Herzliche Grüße,
Benedikt Waldherr,
Bundesvorsitzender bvvp



Projekt Psychotherapie

02/2019

Das Magazin des Bundesverbandes
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Inhaltsverzeichnis

- 05 **Kurzmeldungen aus der Berufspolitik**
- 10 **Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung**
Änderungen der Richtlinie machen den Weg frei zu einer verbesserten Versorgung
- 13 **Spielraum für die Gestaltung des bvvp der Zukunft**
Bundesdelegiertenkonferenz nach Erfolgspetition

- 15 **PiA, was willst du denn?**

Schwerpunkt

- 18 **Welche Psychotherapie wollen wir, welche Psychotherapie brauchen wir?**
Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist weltweit vorbildlich. Das gilt es zu erhalten und weiterzuentwickeln
- 20 **Was ist gute Psychotherapie?**
Das Spannungsfeld zwischen fachlichen Ansprüchen und dem gesellschaftlichen Kontext
- 23 **Pluralität oder Uniformität?**
Plädoyer für ein differenziertes Angebot unterschiedlicher Psychotherapieverfahren für Praxis, Ausbildung und Forschung
- 27 **Von der Profession zur Konfession**
Welche Forschung brauchen wir, damit Psychotherapie gefördert wird, die wir brauchen?
- 30 **Welche Rolle spielen manualgestützte Kurzzeittherapien in meiner verhaltenstherapeutischen Praxis?**
Eine Auseinandersetzung mit der Verhaltenstherapie zwischen Manual und Mensch
- 32 **Literatur**
- 34 **Termine, Impressum**
- 35 **Ausblick auf Heft 03/2019**

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

Beschluss des Bewertungsausschusses

Die beiden Verhandlungspartner im Bewertungsausschuss (Bewa), die KBV und der GKV-Spitzenverband, haben sich in einem Spitzengespräch Anfang März auf gemeinsame Beschlüsse zur „angemessenen Vergütung“ ab dem Jahr 2009 geeinigt. Damit muss der Erweiterte Bewertungsausschuss nicht mehr tätig werden. Während es bis Mitte 2018 nur zu geringen Steigerungen und Nachvergütungen kommt, macht die Vergütung ab dem dritten Quartal 2018 einen gehörigen Sprung von knapp 10 Prozent. Nachvergütet wird ausschließlich an die PsychotherapeutInnen, die ihren Honorarbescheid durch Widersprüche und Klage offengehalten haben. Lesen Sie die Details des Beschlusses auf Seite 9.

TSVG verabschiedet

Am Ende des Gesetzgebungsverfahrens hat keiner mehr so richtig durchgeblickt aufgrund der rekordverdächtigen Zahl an Änderungsanträgen bis zur letzten Minute. Nun ist es vollbracht: Das Gesetz für schnellere Termine und eine bessere Versorgung wurde im Bundestag verabschiedet. Die Resonanz der Niedergelassenen kann nicht gerade als überschwänglich positiv bezeichnet werden. Zu viele heftige Eingriffe in die Praxisstrukturen und in die Selbstverwaltung werden angeordnet, und der versprochene finanzielle Segen ist fraglich. Die PsychotherapeutInnen werden davon jedenfalls mit Sicherheit nur marginal profitieren können.

Ob sich die versprochene Verbesserung der Versorgung insbesondere durch den Ausbau der Terminservicestellen zu 24/7-Einrichtungen unter bundesweit einheitlicher Nummer bewahrheitet, das wird sich in den nächsten Monaten zeigen.

Wie sich die verschärfte Regelung der Überprüfung der Versorgungsaufträge auswirken wird, lässt sich derzeit noch nicht gut abschätzen. Grundlage der Überprüfungen wird die neue Vorgabe von 25 statt bisher 20 Sprechstunden sein, die pro vollem Versorgungsauftrag und Woche angeboten werden müssen.

Der bvvp hat zu den Änderungen des TSVG eine umfangreiche Info-Broschüre zusammengestellt.

Neuer Vorstand bvvp gewählt

Auf der Frühjahrs-Delegiertenversammlung haben die Bundesdelegierten des bvvp einen neuen Bundesvorstand gewählt.

Benedikt Waldherr wurde als Vorsitzender bestätigt, ebenso seine beiden StellvertreterInnen Angelika Haun und Martin Klett. Die Dreierspitze mit einem Psychologischen und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie einer Ärztlichen Psychotherapeutin spiegelt den Geist des Verbandes: Integration aller Psychotherapeuten und aller Verfahren.

Der weitere Vorstand setzt sich aus einem Schatzmeister, einem Schriftführer, zwei Beisitzern und verschiedenen KollegInnen zusammen, die vom Vorstand kooptiert sind.

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

Resolution zur elektronischen Patientenakte

Nachdem für den Gesetzgeber mit dem 01.07.2019 die flächendeckende Einführung der Telematik-Infrastruktur abgeschlossen sein wird, wird nun auch der Dienst der elektronischen Patientenakte (ePa) weiterentwickelt. Der prinzipielle Aufbau der ePA steht bereits fest, die Detailregelungen stehen noch aus.

Die Delegiertenversammlung des bvvp hat in Kassel eine Resolution zur ePatientenakte verabschiedet. Die Delegierten fordern ein klares Bekenntnis von der Politik, dass die Datenhoheit für alle in die Akte eingestellten Daten bei den Patienten bleibt. https://bvvp.de/wp-content/uploads/2019/03/20190323-bvvp_PM-Resolution_zur_Elektronischen_Patientenakte_public.pdf

Hier ist einer eventuellen Sammelwut durch Kostenträger oder Staat unbedingt Einhalt zu gebieten. In diesem Zusammenhang hat der Bundesvorstand des bvvp auch einen Kompetenzkreis „Digitalisierung“ eingerichtet. Hier sollen die weiteren Stellungnahmen des Verbandes zu dieser Thematik erarbeitet werden. Wünsche oder Anregungen an diesen den Vorstand unterstützenden Kompetenzkreis bitte an folgende E-Mail-Adresse:

KK-Digital@bvvp.de

Telematik-Infrastruktur 2

Die Bestellfrist für die Komponenten der Telematik-Infrastruktur TI endete am 31.03.2019. Installiert sein sollen die Komponenten bis zum 30.06.2019. Danach greift der einprozentige Honorarabzug für jene Praxen, die nicht bestellt haben, rückwirkend ab 1.01.2019. Weitere Konsequenzen sind aktuell im Gesetz nicht vorgesehen, aber der Entwurf des neuen E-Health-Gesetzes spricht bereits von 2,5 Prozent Strafe.

Ein Antrag auf einstweilige Anordnung zur Aussetzung der Zwangsfrist zum 31.03.19 war vom SG München abgelehnt worden. Problematisch daran war weniger die Ablehnung selbst, sondern die Urteilsbegründung: Die Richter sahen die Regelung über Art und Höhe der Kostenerstattung der TI rechtlich als nicht zu beanstanden an. Es sei der gesamten Regelung nicht zu entnehmen, dass die Pauschalen kostendeckend im Sinne einer Vollkostenerstattung sein müssten. Die Erstattung sei vielmehr als Anschubfinanzierung zu sehen. Auch sei eine finanzielle Beteiligung der Leistungserbringer zumutbar. Selbst wenn damit eine Einschränkung der Berufsausübung nach Art. 12 Grundgesetz verbunden sei, sei diese im Interesse des Gemeinwohls – „Steigerung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten“ – zulässig. Auch einen Verstoß gegen das Datenschutzrecht konnten die Münchner Richter nicht sehen. Die Regelungen zur eGK seien mit dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung nach Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz begründbar.

Die in diversen Newslettern verbreiteten angeblichen Gesetzeslücken werden durch das Urteil negiert. Alleinig entscheidend für die Rechtskonformität der Regelungen des §291 SGB-V sei die Tatsache, DASS die notwendigen Geräte beschaffbar seien. Es bestehe kein Anspruch auf Kostendeckung oder ein bestimmtes Anschlussmodell.

Kabinettsentwurf des Ausbildungsreformgesetzes

Der Kabinettsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zur Reform der Psychotherapeutenausbildung (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz–PsychThGAusbRefG) wurde Ende Februar vorgelegt. Der Entwurf erscheint grundsätzlich geeignet, die Probleme der bestehenden Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu lösen. Die vorgesehene Bachelor- und Masterstruktur, in der zu einem großen Teil einheitliche Ausbildungsinhalte festgelegt werden, sichert bundeseinheitliche Qualifikationsstandards, was die Unklarheiten der heutigen zur Ausbildung zugangsberechtigenden Studiengänge auflöst.

Die Modellversuchsstudiengänge zum Erwerb von Kompetenzen zur Feststellung, Verordnung und Überprüfung von psychopharmakologischen Maßnahmen, die im Referentenentwurf noch vorgesehen waren, wurden im Regierungsentwurf gestrichen. Erfreulich auch, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie, der gemeinsam von der BÄK und der BpTK besetzt werden soll, beibehalten wird.

An einigen Stellen besteht jedoch Nachbesserungsbedarf: Die vorgesehene Definition „heilkundlicher Psychotherapie“ begrenzt die Heilkundeerlaubnis für Psychotherapeuten unangemessen. Ein zusätzliches Praxissemester ist weiterhin nicht vorgesehen. Es fehlt auch eine Vorgabe, über welche fachliche Qualifikation die Lehrenden verfügen müssen, wenn sie Psychotherapieverfahren unterrichten und die vorgesehenen berufspraktischen Einsätze begleiten. Die Übergangsregelungen erscheinen mit den vorgesehenen 12 Jahren zu knapp bemessen, es sollten 15 Jahre und Härtefallregelungen vorgesehen werden. Es fehlt auch eine Übergangsregelung für die derzeitigen Psychotherapeuten in Ausbildung zur Verbesserung ihrer finanziellen Situation.

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

Die vorgesehene Finanzierung der Weiterbildung wird nicht ausreichen, um eine ambulante Weiterbildungsphase mit einer angemessenen Vergütung der Weiterbildungsteilnehmer realistisch umzusetzen. Der Gesetzgeber muss weitere Finanzierungsmöglichkeiten für die Weiterbildungszeit in ambulanten Weiterbildungseinrichtungen im Gesetz vorsehen, um die gesamten Kosten der ambulanten Weiterbildung abdecken zu können.

Um das Reformkonzept der Ausbildung überhaupt abschließend beurteilen zu können, muss baldmöglichst eine Approbationsordnung vorgelegt werden. Nur so kann eine sinnvolle Diskussion mit allen Beteiligten weitergeführt werden.

Siehe auch https://bvvp.de/wp-content/uploads/2019/03/20190323-bvvp_Resolution_zum-PsychThG_public.pdf

Weiterer Verlauf des § 92

Auch wenn die viel umstrittene Passage zur gesteuerten und gestuften Versorgung psychisch kranker Menschen aus dem TSVG gestrichen wurde, ist noch keine Entwarnung angesagt. Denn nun findet sich ein Anhang im Ausbildungsreformgesetz der PP und KJP, der sich wieder mit dem Thema der Steuerung bei der Behandlung dieser Patientengruppe beschäftigt. Ordnungspolitisch ist das insofern schwierig, als dieses Gesetz die Aus- und Weiterbildung der zukünftigen Psychotherapeuten regelt, also berufsrechtliche Belange, und erst mal nichts mit der Versorgung im GKV-System zu tun hat.

Regelungen, die „diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren“, wie das nun gefordert wird, werden der Behandlung psychisch kranker Menschen nicht gerecht.

Psychotherapeuten behandeln psychisch kranke Menschen mit hochindividuellen Symptomkonstellationen. Schweregrad und Behandlungsbedarf können mit

ICD-Diagnosen nicht vollständig erfasst werden. Schon gar nicht werden im ICD die individuellen Möglichkeiten der Bearbeitung abgebildet oder berücksichtigt, die bei der immer individuellen Behandlungsplanung und notwendigen Einschätzung der Prognose zentral bedeutsam sind. Die Behandlungsplanung leitet sich in der Richtlinienpsychotherapie nie aus der Diagnose alleine ab, sondern immer aus der Zusammenschau komplexer persönlicher Bedingungen. Es gibt keinerlei Automatismen in diesem Bereich. Damit sind nur einige Aspekte genannt, die gegen eine solche störungs- und diagnoseorientierte Festlegung von Behandlungsbedarf sprechen. Der Wunsch, so verfahren zu können, geht fachlich gesehen an der Realität vorbei und sollte aus dem Passus gestrichen werden.

Die im Folgenden vorgeschlagene Ergänzung der „berufsgruppen-übergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung“ ist zu begrüßen für PatientInnen mit komplexem Behandlungsbedarf. Als Vorgabe für die gesamte psychotherapeutische Versorgung ist sie nicht notwendig und nicht sinnvoll, denn die bereits durch die neue Psychotherapierichtlinie installierte gestufte Versorgung funktioniert gut für einen Großteil der PatientInnen. Eine allgemeine Vorgabe dieser Art geht somit am Ziel vorbei, ist sogar schädlich. Denn sie würde Ressourcen erfordern, die weder finanziell, noch personell vorhanden sind. Es ist erfreulich, dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn zu weiteren Gesprächen mit der Profession bereit ist.

Behandlung per Video in der Psychotherapie

Im Pflegepersonalstärkungsgesetz wurde die Videosprechstunde nun für alle Facharztgruppen geöffnet, und auch die Psychotherapeuten mit deren besonderen Gegebenheiten bei der Behandlung sind explizit erwähnt. Der Bewertungsausschuss wird die notwendigen Anpassungen der Gebührenordnungspositionen des EBM zur Videosprechstunde bis zum 30. September 2019 unter Beachtung der Beschlüsse des Deutschen Ärztetags und des Deutschen Psychotherapeutentags zum angepassten Fernbehandlungsverbot umsetzen. Die dafür außerdem notwendigen Anpassungen der Psychotherapie-Vereinbarungen sind bereits erfolgt.

Die genauen Modalitäten sowie die Vergütung sind derzeit noch unklar. Klar ist jedoch, dass die Eingangsdiagnostik und Aufklärung der PatientInnen weiterhin im persönlichen Kontakt zu erfolgen haben.

Durch die Einführung der TI steht ein verschlüsseltes Transportnetz zur Verfügung, außerdem erhalten immer mehr Anbieter auch die Zertifizierung für Videoportale. Wichtig für den Einzelnen ist dabei, darauf zu achten, dass der Anbieter eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung anbietet, dass ein passender Rahmen hergestellt wird und dass niemand, auch nicht der Patient, die Sitzung aufzeichnet.

Hier liegt ein großer Unterschied zur realen Sprechstunde vor, bei der Tonaufnahmen durchaus zulässig sind. Die Akutbehandlung wurde in den bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen überdies von der Ausführung als Videobehandlung ausgenommen.

Die Dokumentationspflicht gilt selbstverständlich auch bei der Videosprechstunde. Aus datenschutzrechtlicher und haftungsrechtlicher Sicht ist zu beachten: Das Datenschutzrecht sieht für den Fall einer Videosprechstunde eine sogenannte Risikofolgenabschätzung vor. Diese wird

KURZMELDUNGEN AUS DER BERUFSPOLITIK

notwendig, weil sensible Gesundheitsdaten außerhalb eines verschlüsselten Netzwerkes transportiert werden. Diese Risikofolgenabschätzung hat jedoch einen entscheidenden Haken: Die Berufung eines Datenschutzbeauftragten ist damit zwingend notwendig. Dieser kann intern oder extern sein. Die Bestellung eines internen Datenschutzbeauftragten schließt jedoch den Praxisinhaber selbst aus.

Reform der Bedarfsplanung

Zum 1. Juli dieses Jahres soll sie kommen, die neue Bedarfsplanungsrichtlinie. Klar scheint inzwischen zu sein, dass es neue Sitze für die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten geben wird in den Planungsgebieten, in denen die Verhältniszahl von Einwohner je Psychotherapeut sehr hoch ist, insbesondere also in angeblich mitversorgten ländlichen Regionen und in den Speckgürteln rund um die Ballungsgebiete. Hier werden Mitversorgereffekte bisher systematisch überschätzt. Ballungszentren hingegen betrifft die Reform nicht. Aus dem großen Gutachten, das der Gemeinsame Bundesausschuss in Auftrag gegeben hatte, wird sich eine größere Beachtung von demographischen und morbiditätsbedingten modulierenden Faktoren bei der Bedarfsplanung ableiten. Außerdem ist eine Unterquote innerhalb der 25-prozentigen Ärztequote geplant: Die Hälfte davon, also 12,5 Prozent, wird in Zukunft für die FachärztInnen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie reserviert sein. Am Nachwuchsmangel dieser Fachgruppe wird diese Maßnahme kaum etwas ändern.

Kommentar: Von der schönen neuen Elektronikwelt

Das Ende der Bestellfrist der TI ist vorbei. Viele Kolleginnen und Kollegen haben nicht bestellt. Und doch, die Erde, sie dreht sich noch.

Auch wenn es mehr als fraglich scheint, dass das Signal, welches die Kollegen, die nicht bestellt haben, setzen wollen, bei der Politik gehört werden wird, so zeigt die zu Ende der Frist noch relativ niedrige Bestellquote doch, dass die Gematik ihr Ziel, ein System aufzubauen, das als vertrauenswürdig gilt, deutlich verfehlt hat. Vertrauen in eine Technologie muss wachsen und kann nicht durch Zwangstermine hergestellt werden.

Dabei wird hier ein System abgestraft, welches an sich für uns in den Praxen gar nicht schlecht wäre: ein sicherer und verschlüsselter Kommunikationskanal. Denn die grundlegende Architektur der TI ist auf maximale Datensicherheit ausgelegt. Allein die sachlich-zeitliche Umsetzung war letztlich eine Katastrophe.

Vor den E-Arztbrief, welcher für alle Praxen einen Mehrwert bedeutet hätte, wurde der Dienst des Versichertenstammdatenmanagements (VSDM) gestellt. Und somit Verwaltungsarbeit der Krankenkassen zu uns in die Praxen verlagert.

Auf geäußerte Vorbehalte reagierte und reagiert die Politik nahezu bockig: Minister Gröhe führte die 1-Prozent-Strafe und diverse Fristen ein. Minister Spahn reißt die Mehrheit der Gematik an sich und polemisiert auf Teufel komm raus.

Fest steht: Der politische Wille, die elektronische Vernetzung aller Beteiligten im Gesundheitssystem in die Realität umzusetzen, ist nach wie vor groß und vorhanden. Die reale Verweigerung vieler Kollegen, sich an das System anzuschließen, wird nicht als Willens-

bekundung, sondern als „Bockigkeit“ ausgelegt. Es dient der Politik damit als Vorwand, mit dem Finger auf uns zu zeigen, uns – fälschlicherweise – als diejenigen darzustellen, die den Patienten Rechte vorenthalten. Denn das e-Health-Gesetz hat die elektronische Patientenakte ab 2021 als „Recht des Patienten“ definiert. Par ordre du mufti, ohne dass klar wäre, was die Versicherten wirklich wollen, und ohne ihnen, wie den Behandelnden, Wahlfreiheit zu lassen. Jeder bekommt eine Akte, ob er will oder nicht.

Die Frage bleibt, was in der Akte stehen wird. Und hier sind wir gefordert, die Patientinnen und Patienten für die Problematik zu sensibilisieren.

Beruhigend an der Grundarchitektur der TI ist das insgesamt hohe Sicherheitslevel. Der Zugang im Transportnetz wird nur für die jeweiligen Datensätze geöffnet, es müssen immer zwei Schlüssel (eGK und SMC-B) vorhanden sein. Ein pauschales Abgreifen der Praxissoftware ist per Architektur unmöglich. Ein Zugriff auf das Betriebssystem oder andere Bereiche des PCs ebenfalls. Hier hat die Gematik durchaus gründlich gearbeitet.

Und doch bleibt ein ungutes Gefühl, wenn hochsensible Daten in einer undefinierbaren Struktur wie „dem Netz“ landen, zentral gespeichert werden und es natürlich keine hundertprozentige Sicherheit dabei geben kann. Es wäre schön gewesen, wenn wir als die „Leistungserbringer“ in diesem Aufbauprozess mitgenommen und ernstgenommen worden wären. Stattdessen das alte Lied: Der Minister legt fest, und die Kassenärzte haben zu folgen.

Beim prinzipiellen Anschluss an die TI mag man uns mit Sanktionen zum Nachgeben zwingen können. Beim VSDM auch. Alle weiteren Anwendungen – sofern sie uns nicht sinnvoll erscheinen – werden wir durch reine Nichtverwendung blockieren. Stell dir vor, du hast eine Akte und keiner schreibt was rein...

Zusammengestellt von **Ulrike Böker**

Nachvergütung und zukünftige Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses, die die Vergütung aller genehmigungspflichtigen Leistungen ab 2009 sowie der Psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung betreffen, sind aufgliedert in verschiedene Zeiträume und Leistungsanteile.

1. 2009 bis 2011:

Die Vergütung setzt hier auf die aus dem Jahr 2007 auf. Dazu gab es ein BSG-Urteil, das die Berechnung der Praxiskosten der Psychotherapeuten beanstandet hatte. Pro Sitzung macht das etwa 35 Cent aus.

2. 2012 bis 2013:

Hier greift das BSG-Urteil vom 11. Oktober 2017, das den Abzug von angeblich nicht prägenden Leistungen aus dem Vergleichsertrag des Fachgruppenmix beanstandet hatte. Die Strukturzuschläge, also die Auslagerung der normativen Personalkosten einer Halbtagskraft in Form eines Zuschlags ab einer bestimmten Leistungsschwelle, wurden hingegen bekanntermaßen nicht beanstandet. Die hier berechneten Nachzahlungen belaufen sich auf etwa 50 Cent pro Sitzung.

3. 2014 bis 2017:

Der Bewertungsausschuss ist zur erneuten Überprüfung der „Angemessenen Vergütung“ immer dann verpflichtet, wenn die neuen Zahlen des Statistischen Bundesamts Destatis zu den Einkommenssituationen der Ärzte und Psychotherapeuten vorliegen. Dies ist alle vier Jahre der Fall. Die sich daraus ableitende neue Überprüfung ab 2014 ergibt keine maßgeblichen Änderungen im Vergleich zum vorherigen Zeitraum. Die Nachzahlungen betragen auch hier etwa 50 Cent pro Sitzung.

4. Ab 1. Juli 2018:

Grundlage der Neuberechnungen ist wieder das Vorliegen der neuen Daten des Destatis. Nachdem die Vergleichsgruppe kräftig zugelegt hatte, spiegelt sich das auch in den Honorarerhöhungen der Psychotherapeuten. Die Nachzahlungen und zukünftige Vergütung erhöhen sich um knappe 10 Prozent.

5. Anpassung der Strukturzuschläge:

Das BSG hat vorgegeben, dass diese Zuschläge sich anpassen müssen an die Tarifierhöhungen für Medizinische Fachangestellte. Dies bringt eine leichte Erhöhung ab 2015 und nochmals ab 2018.

Die Nachzahlungen werden bis 2012 von den Kassenärztlichen Vereinigungen getragen, aber 2013 sind ausschließlich die Krankenkassen zuständig. Nachdem es in 2015 schon einmal Nachzahlungen ab 2013 gab, kann man sich vorstellen, dass die erneuten Nachberechnungen einigen Aufwand für die Kassenärztlichen Vereinigungen bedeuten werden. Es ist somit mit mehreren Tranchen zu rechnen.

Trotz dieses erfreulichen Anstiegs der Vergütung beinhalten die Setzungen des Bewertungsausschusses Festlegungen, die in weiteren Widerspruchs- und Klageverfahren auch in Zukunft angegangen werden müssen. Zur Berechnung der Praxiskosten der Psychotherapeuten wird

das obere Drittel aus dem Destatis herangezogen. Das BSG-Modell der Mindestvergütung psychotherapeutischer Leistungen geht aber von einer maximal ausgelasteten Praxis mit 36 Sitzungen in 43 Wochen des Jahres aus. Eine solche Praxis hat erheblich höhere Betriebskosten. Inzwischen gibt es auch eine ausreichende Stichprobe aus dem höchsten Vergütungssegment, sodass das obere Drittel – eine vormalige Hilfskonstruktion – nicht mehr angemessen ist. Außerdem haben die Kassen mit der klaren Ansage, dass die Psychotherapeuten sowieso klagen, man sich also gar nicht erst um Rechtssicherheit bemühen muss, Anteile von Gruppensitzungen und auch Anteile anderer Vergütungszusätze in die Formel hereingenommen, was die Vergütung schmälert. Ob hier tatsächlich von der Formel des BSG abgewichen werden kann, das muss selbiges dann entscheiden. Schließlich ist es nicht nachvollziehbar, warum erstmalig eine Anpassung der Vergütung nicht zum 1. Januar 2018, sondern erst zum 1. Juli 2018 erfolgt. Hier spielen ausschließlich Gründe der Kosteneinsparung eine Rolle, aber nicht bisher geltendes Recht. Auch hier wird sich das BSG äußern müssen.

Ob die Strukturzuschläge rechtskonform sind, damit ist das Bundesverfassungsgericht inzwischen beschäftigt.

Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung

Änderungen der Richtlinie machen den Weg frei zu einer verbesserten Versorgung

Von **Jan Glasenapp**

— Zum Hintergrund

Es ist noch gar nicht allzu lange her, da wurde Menschen mit geistiger Behinderung abgesprochen, überhaupt psychisch krank sein zu können. Psychische Symptome wurden als Merkmal der Behinderung hingenommen, entsprechend gerieten Menschen mit geistiger Behinderung aus dem Blick moderner Psychotherapie.

Nachdem das Psychotherapeuten-Gesetz 1999 in Deutschland zu einem Durchbruch in der psychotherapeutischen Versorgung geführt hatte, musste in der Folge festgestellt werden, dass nicht alle Bürgerinnen und Bürger, nicht alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen gleichermaßen von dem verbesserten Zugang zur Versorgung profitieren.

Dabei wurde in der von Deutschland 2009 ratifizierten Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen das Recht behinderter Menschen auf das „erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ anerkannt und sich verpflichtet, ihnen eine Gesundheitsversorgung in „derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard“ zur Verfügung zu stellen.

Betroffene, deren Angehörige und Betreuer sowie verschiedene Fachverbände der Behindertenhilfe haben seit

Jahren auf das Problem der strukturellen Unterversorgung geistig behinderter Menschen in der psychotherapeutischen Versorgung hingewiesen.

In der Folge reagierten einzelne Landespsychotherapeutenkammern, beriefen Behindertenbeauftragte und Arbeitskreise, führten Tagungen und Fortbildungen zu dem Thema durch, stellten Informationen ihren Mitgliedern zur Verfügung (zum Beispiel LPK Baden-Württemberg, 2014).

Im Zuge dieses Prozesses wendete sich 2015 die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGb e.V.) auch an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) und formulierte Vorschläge für eine Anpassung der Psychotherapierichtlinie (vgl. Glasenapp & Schäper, 2016).

Am 18.10.2018 hat nun der GBA Änderungen der Richtlinie beschlossen und damit den Weg freigemacht für eine Flexibilisierung und Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung.

Die Änderungen erfordern weitere Anpassungen der Psychotherapie-Vereinbarungen und im EBM, sodass sie voraussichtlich im Sommer 2019 in Kraft treten werden. Die KBV wird zur gegebenen Zeit alle Niedergelassenen über die anstehenden Änderungen informieren.

Was beinhalten diese:

Für die kassenfinanzierte ambulante Psychotherapie von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit geistiger Behinderung gelten zukünftig ähnliche Bedingungen, wie sie bereits heute für Kinder und Jugendliche gelten.

1. In die Behandlung können, wenn dies notwendig sein sollte, nicht nur enge Bezugspersonen (Familienangehörige) einbezogen werden, sondern „relevante Bezugspersonen auch aus dem sozialen Umfeld“ (§9), zum Beispiel Bezugspersonen aus Betreuungseinrichtungen wie Wohngruppen, Schulen, Werkstätten. Diese Sitzungen werden nicht — wie bei erwachsenen Patienten ohne geistige Behinderung — auf das Gesamtkontingent angerechnet (§27 Abs. 4).

2. Es besteht die Möglichkeit 5 (10) statt 3 (6) Sprechstunden je 50 (25) Minuten durchzuführen (§ 11 Abs. 5), darunter 2 (4) Sprechstunden entsprechender Zeitdauer „auch mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit“ (§ 11 Abs. 6) des Patienten/der Patientin mit geistiger Behinderung.

3. Es können zwei weitere (max. 6) probatorische Sitzungen (auch unter Einbezug von Bezugspersonen) durchgeführt werden (§12 Abs. 3f.).

4. Bei der Durchführung von Lang-

zeittherapien bestehen erweiterte Möglichkeiten der Rezidivprophylaxe, bei insgesamt 40 oder mehr Einheiten können bis zu 10 Einheiten als Rezidivprophylaxe genutzt werden, bei 60 oder mehr Einheiten bis zu 20 (§14 Abs. 3).

Aus diesen Änderungen ergeben sich für die ambulante Praxis einige Fragestellungen:

Wie wird festgestellt, ob ein Patient/eine Patientin eine geistige Behinderung hat?

Geistige Behinderung meint zunächst im Sinne der ICF einen komplexen biopsychosozialen Tatbestand, bei dem Personenfaktoren und Umweltfaktoren interagieren. In diesem Prozess können Schädigungen der Körperfunktionen von Einschränkungen der Aktivitäten sowie Begrenzungen in der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterschieden werden.

Die Schädigungen der Körperfunktionen werden als Krankheiten in der ICD beschrieben, im Falle der geistigen Behinderung ist das zunächst die im Kapitel F7 umschriebene Intelligenzstörung (IS), in der ICD 11 zukünftig „Störung der intellektuellen Entwicklung“. IS ist ein Sammelbegriff vielfältiger intellektueller Einschränkungen und beschreibt einen „Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung geistiger Fähigkeiten“, darunter Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. In Abgrenzung zu erworbenen Hirnschädigungen finden sich die Ursachen der IS prä- oder perinatal, zum Beispiel in Gendefekten.

Die IS kann in der vierten Stelle hinsichtlich auftretender Verhaltensstörungen spezifiziert werden. Die Verhaltensstörungen sind als solche jedoch nicht abschließend definiert und ersetzen nicht die Feststellung einer weiteren psychischen Störung.

Der Schweregrad der IS wird in Abhängig-

keit des Intelligenzquotienten (IQ) unterschieden in leichte Intelligenzminderung (IM) (F70, IQ 69–50), mittelgradige (F71, IQ 49–35), schwere (F72, IQ 34–20) und schwerste (F73, IQ <20).

Klinisch können Menschen mit leichter IM bei sehr günstiger Förderung noch so eben einen Hauptschulabschluss gemacht, zumeist jedoch Förderschulen besucht haben. Selten werden manche einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt haben, zumeist jedoch eine Werkstatt für Menschen mit geistiger Behinderung besuchen. Sie leben oft in ihren Herkunftsfamilien, alleine oder in einer WG mit ambulanter Betreuung, manchmal in offenen Wohngruppen. Sie können sich in der Regel verbal gut ausdrücken und ihre Bedürfnisse, Wünsche und Gefühle artikulieren. Menschen mit mittelgradiger IM stellen eine sehr heterogene Gruppe dar. Manche leben noch selbstständig, die meisten in Wohngruppen. Manche beeindrucken mit sehr guten verbalen Fähigkeiten, die mitunter darüber hinwegtäuschen, dass in anderen kognitiven Bereichen größere Defizite vorhanden sind. Mit zunehmender Schwere der IM nehmen die Einschränkungen in Sprache, Motorik und sozialen Fähigkeiten zu.

Neben diesen gibt es noch die dissoziierte IM (F74), wenn der Handlungs-IQ und Sprach-IQ sich um mindestens 15 Punkte unterscheiden, andere IM (F78), wenn eine Testdurchführung nicht möglich ist, und die nicht näher bezeichnete IM (F79), die zu vergeben ist, wenn die Informationen für eine nähere Einstufung nicht ausreichen.

In vielen Fällen wurde der Grad der IM bereits andernorts festgestellt und kann gegebenenfalls übernommen werden. Dennoch kann die Überprüfung der Intelligenz zur Feststellung des IQ sowie

zur differenziellen Erfassung von (Teil-) Leistungsaspekten notwendig und sinnvoll sein. Die entsprechenden Verfahren müssen normiert sein und einen IQ ergeben. Beispielsweise können die Reynolds Intellectual Assessment Scales (RIAS) in 30-60 Minuten noch mit vertretbarem Aufwand in der ambulanten Praxis durchgeführt werden. Sie differenzieren hinreichend gut auch im niedrigen IQ-Bereich und sind für alle Altersgruppen normiert. Die hohen Anschaffungskosten eines IQ-Verfahrens können möglicherweise durch den Zusammenschluss mehrerer Praxen aufgeteilt werden.

Ist Psychotherapie überhaupt wirksam und was ist inhaltlich dabei zu beachten?

Mittlerweile liegen eine Reihe von Studien und Metaanalysen vor, darunter mit randomisierten Kontrollgruppen, die die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Menschen mit IS nachweisen konnten (vgl. Beail, 2016). Eine gute Wirksamkeit wird berichtet für den Umgang mit Ärger und Aggressionen sowie Depressionen. Wirksamkeit findet sich auch bei Ängsten und anderen psychischen Störungen. Grundsätzlich kommen alle Verfahren zur Anwendung, natürlich unter Berücksichtigung der kommunikativen Fähigkeiten. Das therapeutische Vorgehen und die gewählten Methoden erfordern Anpassungen, beispielsweise eine einfache, angepasste Sprache, Vereinfachungen, die Verwendung von Illustrationen, die Nutzung von nichtsprachlichen Interventionen wie kreativer Ausdruck, Rollenspielübungen, Wiederholungen, Geduld, Flexibilität, die Fokussierung von Ressourcen, manchmal ein direktives Vorgehen, das offene Ansprechen von Aspekten der Behinderung, Halbierung von Sitzungen, um der verminderten Konzentrationsfähigkeit zu entsprechen. Zwischenzeitlich gibt es zur

weiteren Vertiefung eine Fülle an Übersichtsliteratur, darunter Manuale für die Behandlung von Depressionen (Erretkamps et al., 2017) oder auch emotionaler Instabilität (Elstner et al., 2012).

Wichtig ist es, Menschen mit geistiger Behinderung voller Respekt zu begegnen, mit Neugierde für ihre Lebenswirklichkeit, mit einer Offenheit und Bereitschaft, sich von einer unbekanntem Weltsicht anregen zu lassen. Die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung bietet eine wunderbare Gelegenheit, eigene Denkmuster und therapeutische Routinen zu überprüfen und loszulassen.

Was ist formal zu beachten?

Nicht die Intelligenzstörung wird psychotherapeutisch behandelt, denn sie fällt nicht unter den Indikationskatalog der psychischen Störungen, die zu Lasten der Krankenkassen behandelt werden dürfen. Das bedeutet, dass die Indikation für eine Behandlung sich immer aus einer weiteren Diagnose ergibt, zum Beispiel Depression, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung etc.

Darauf aufbauend sollte im Bericht an den Gutachter oder die Gutachterin der Behandlungsplan an der Behandlungsdiagnose ausgerichtet sein und der Intelligenz entsprechen (zum Beispiel in der verhaltenstherapeutischen Depressionsbe-

handlung mehr am Verhalten orientierte Interventionen umfassen als komplexe kognitive Umstrukturierungen).

Menschen mit geistiger Behinderung haben häufig (aber nicht immer) gesetzliche Betreuer, die für den Gesundheitsbereich zuständig sind. Daher muss vor Aufnahme probatorischer Sitzungen geklärt werden, ob eine gesetzliche Betreuung vorliegt. Diese muss über die Behandlung informiert werden und unterschreibt zusammen mit dem Patienten die erforderlichen Formulare (PTV1, Therapievertrag).

Grundsätzlich gelten darüber hinaus für Menschen mit geistiger Behinderung die gleichen informationellen Selbstbestimmungsrechte wie für Menschen ohne geistige Behinderung (vgl. Musterberufsordnung). Das bedeutet, dass PatientInnen mit geistiger Behinderung der Weitergabe von Informationen an Bezugspersonen zustimmen müssen. Wenn sie dies nicht tun oder können, muss das Wohl des Patienten gegen das informationelle Selbstbestimmungsrecht sorgfältig abgewogen werden. Dieses Problem tritt beispielsweise dann zutage, wenn Sitzungen mit Bezugspersonen ohne Anwesenheit der (erwachsenen) PatientInnen durchgeführt werden, was auf gut begründete Ausnahmen beschränkt sein sollte. Menschen mit geistiger Behinderung wollen und können ihre Anliegen zumeist selbst vertreten! —

Literatur

Beail, N. (Ed.) (2016). Psychological therapies and people who have intellectual disabilities. Division of Clinical Psychology of the British Psychological Society.

Elstner, S., Schade, C. & Diefenbacher, A. (Hrsg.) (2012). DBToP-gB-Manual für die Gruppenarbeit. An der Dialektisch Behavioralen Therapie orientiertes Programm zur Behandlung Emotionaler Instabilität bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bielefeld: Bethel-Verlag.

Erretkamps, A., Kufner, K., Schmid, S. & Bengel, J. (2017). Therapie-Tools Depression bei Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim: Beltz.

Glaserapp, J., Schäper, S. (Hrsg.) (2016). Barrierefreie Psychotherapie. Möglichkeiten und Grenzen der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 11. März 2016 in Kassel. Materialien der DGSGB Band 37. Berlin: DGSGB. (<http://dgsgb.de/volumes/978-3-938931-38-7/978-3-938931-38-7.pdf>, Zugriff am 19.03.2019).

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (2014). Psychotherapie für Menschen mit geistiger Behinderung. Fragen & Antworten für interessierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. (<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/fachportal/behinderung/20141219-psychotherapie-geistige-behinderung-fragen-antworten.pdf>, Zugriff am 19.03.2019).

Spielraum für die Gestaltung des bvvp der Zukunft

Foto: Privat



Bundesdelegiertenkonferenz nach Erfolgspetition von Pressereferentin **Anja Manz**

—Die Bundesdelegiertenversammlung des bvvp fand 2019 in Kassel am ersten und überaus heiteren Frühjahrswochenende des Jahres statt. Aber es gab mehr als diesen Grund für die positive Stimmung bei den mehr als 70 Delegierten der 18 Landesverbände – konnte man doch auf eine sehr produktive Zeit zurückblicken. Erst vor wenigen Monaten, im vergangenen Herbst, erregte der bvvp bundesweites Aufsehen mit einem großen Erfolg, der den Verband weit über berufspolitische Zusammenhänge bekannt machte: der größten Petition an den Bundestag, die es jemals in Deutschland gegeben hatte.

„Das ist ein mehr als deutliches Achtungszeichen. 217.000 Menschen haben uns in unserem Anliegen unterstützt, den umstrittenen Passus zu gestufter Versorgung von psychisch kranken Menschen aus dem TSV-Gesetzentwurf zu streichen. Das macht mich stolz. Der Passus ist raus!“, so der frisch wiedergewählte bvvp-Vorsitzende Benedikt Waldherr in Kassel.

Der bisherige dreiköpfige geschäftsführende Vorstand des bvvp wurde bei der Bundesdelegiertenversammlung in Kassel am 23. März auch zum neuen gekürt. Mit dem klaren Votum der Delegierten für die Bestätigung aller drei Mitglieder im Amt zeigten diese, dass sie den bvvp offenbar in guten Händen sehen. Vorsitzender Benedikt Waldherr dankte für seine Wiederwahl und drückte seine Freude darüber aus, auch in den kommenden zwei Jahren

die Geschicke des Verbandes leiten zu können. Der Psychologische Psychotherapeut übernahm das Amt im Herbst 2017, nachdem er zuvor 15 Jahre lang dem Landesverband Bayern vorgestanden hatte.

Bis zum Jahr 2021 wird nun Angelika Haun, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, weiterhin als 1. Stellvertretende Vorsitzende an seiner Seite sein. So auch der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Martin Klett als 2. Stellvertretender Vorsitzender. Die Besetzung entspricht der Philo-

„Weiterhin engagiert für Ihre Interessen“

Benedikt Waldherr, alter und neuer
Vorsitzender des bvvp

sophie des bvvp als einem integrativen Verband. Er vereint die niedergelassenen, psychotherapeutisch tätigen Ärzte, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten schon in der Zusammensetzung des geschäftsführenden Vorstands.

Benedikt Waldherr versprach allen bvvp-Mitgliedern, sie könnten sicher sein, „dass wir uns auch weiterhin engagiert für Ihre Interessen einsetzen. Das gilt natürlich besonders für unseren Kampf um

gerechtere Honorare. Hier werden Musterklagen geführt“. Den aktuellen Erfolg dieser Bemühungen könnten diese auch direkt im Portemonnaie spüren – in Form kräftiger Nachzahlungen. Erfreulich für niedergelassene Mitglieder sei, rückwirkend ab dem 1. Juli 2018 lege die Vergütung der genehmigungspflichtigen Leistungen, der Psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung deutlich zu und es sei mit einer annähernd zehnprozentigen Steigerung zu rechnen.

Doch den Verband beschäftigte auf seiner Bundesdelegiertenversammlung auch eine Fülle weiterer Themen. Ein zentrales Anliegen war naturgemäß die Ausbildungsreform der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der Gesetzentwurf dazu wurde im Februar 2019 vom Kabinett gebilligt. Vom großen Engagement des Verbands bei diesem Thema zeugen nicht nur die bisherigen Positionspapiere – unter anderem eine dem Bundesgesundheitsministerium vorgelegte Stellungnahme zum Referentenentwurf, eine Pressemitteilung zum Kabinettsentwurf oder ein engagierter Blogartikel auf der bvvp-Homepage (<https://bvvp.de/2019/03/26/pia-was-willst-du-denn/>). Ganz aktuell wurde zu dieser Problematik auch am 23. März von den Delegierten in Kassel eine Resolution verabschiedet. Der Tenor: Der bvvp hält das Gesetz zwar grundsätzlich für geeignet, die Probleme der bestehenden Ausbildung zu



Von links nach rechts: Bettina van Ackern, Ulrike Böker, Eva Schweitzer-Köhn, Ariadne Sartorius, Elisabeth Störmann-Gaede, Michael Brandt (dahinter), Tilo Silwedel, Angelika Haun, Martin Klett, Rainer Cebulla, Benedikt Waldherr, Mathias Heinicke.

Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zu lösen. Zu einer umfassenden Einschätzung fehle jedoch noch eine ausgearbeitete Approbationsordnung, deren Entwurf dringend vorgelegt werden sollte.

In einer weiteren Resolution zur elektronischen Patientenakte begrüßten die Delegierten des bvvp, dass die Nutzung der von der jeweiligen Krankenkasse angelegten elektronischen Patientenakte für die PatientInnen freiwillig ist. Für den bvvp sei es unabdingbar, betonte dieser in der Resolution, dass PatientInnen zu jeder Zeit die Hoheit über ihre eigenen Daten behielten und damit jederzeit darüber entschieden, welche Daten in die ePA eingestellt, welche Daten wieder gelöscht würden und wer Zugriff auf welche Daten habe. Es muss untersagt sein, dass finanzielle oder andere Vorteile für die Versicherten an die Bereitstellung ihrer Daten gekoppelt werden.

Als weiteren Schwerpunkt der künftigen Arbeit des Berufsverbandes benannte Benedikt Waldherr die Abschaffung der sogenannten Strukturzuschläge, durch die ein Teil der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in Form von Zuschlägen ab einer bestimmten Leistungsschwelle ausgelagert wurde: „Mit deren Einführung im Sommer 2015 wurde massiv

gegen die Gleichbehandlung verstoßen. Der Bewertungsausschuss (BA) hat leider eine Regelung geschaffen, mit der ein Großteil der Psychotherapeuten leer ausgeht.“ Mit der ungerechten Systematik der Strukturzuschläge für die Einstellung von Personal in Praxen muss sich das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) befassen. Die bvvp-Musterklage liegt dort vor. Die weiteren Mitglieder des bvvp-Vorstands sind nun: Dr. med. Elisabeth Störmann-Gaede, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Sie bleibt Beisitzerin. Mag. rer. nat. Mathias Heinicke, Psychologischer Psychotherapeut und bislang kooptiertes Vorstandsmitglied, wurde zum ordentlichen Vorstandsmitglied gewählt und übt nun ebenfalls das Amt des Beisitzers aus. Dr. med. Michael Brandt, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, bleibt Schatzmeister des bvvp. Dipl.-Psych. Tilo Silwedel, Psychologischer Psychotherapeut, bleibt Schriftführer. Die kooptierten Mitglieder des Vorstands sind nun Dipl.-Psych. Ulrike Böker, Psychologische Psychotherapeutin, Dipl.-Psych. Rainer Cebulla, Psychologischer Psychotherapeut, Dr. phil. Frank Roland Deister, Psychologischer Psychotherapeut, Ariadne Sartorius, Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutin, Dipl.-Psych. Eva Schweitzer-Köhn, Psycholo-

gische Psychotherapeutin. Neu kooptiert wurde Dr. med. Bettina van Ackern, Fachärztin für Allgemeinmedizin und ärztliche Psychotherapeutin. Das bislang kooptierte Mitglied, Dr. Roland Hartmann, Psychologischer Psychotherapeut und 1. Vorsitzender des Landesverbandes Bayern, verlässt den Vorstand zu dessen großen Bedauern. Ebenso Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Yvo Kühn, der dem Bundesvorstand jedoch als Beauftragter unter anderem für die Themenkomplexe Gruppentherapie und Leitlinie Zwangsstörungen eng verbunden bleibt.

Weiterhin wurde mit der Ernennung dreier Vorstandsbeauftragter aus den Reihen des Jungen Forums – also der Vertretung der PsychotherapeutInnen im bvvp, die sich in Aus- oder Weiterbildung befinden – auch hervorgehoben, wie wichtig deren engagierte Arbeit für den gesamten Verband ist. Jonas Goebel wurde als Beauftragter des bvvp für die Belange der Angestellten berufen, Elli Dallüge für Fragen der Öffentlichkeitsarbeit und Katharina van Bronswijk wird sich um die Weiterentwicklung des Jungen Forums kümmern. Ziel ist es, sich mit Hilfe dieses schlagkräftigen Teams noch besser auf die Fragen und Bedürfnisse der jungen PsychotherapeutInnen einzustellen und diesen mehr Spielraum für die Gestaltung des bvvp der Zukunft zu geben. —

PiA, was willst du denn?

Eine Sicht auf den Kabinettsentwurf zur Ausbildungsreform

Von Katharina van Bronswijk

—Ich kämpfe seit meinem Psychologiestudium in der Berufspolitik für die Reform der Ausbildung für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen. Denn im Moment ist es noch so, dass diesen Beruf nur machen kann, wer das auch wirklich und bis über die eigene Belastungsgrenze hinaus möchte.

PsychotherapeutInnen in Ausbildung (PiA) haben ein abgeschlossenes Studium und werden als AkademikerInnen in Deutschland in einer „postgradualen Ausbildung“ ausgebeutet. Wir fallen in alle erdenklichen Gesetzeslücken, haben keinen sozialrechtlichen Status und keinen Anspruch auf Bezahlung, Urlaub, Mutterschutz, eine normale Krankenversicherung und dergleichen. Zusätzlich müssen wir unsere Ausbildung selbst bezahlen (zwischen 15.000 und 80.000 Euro Ausbildungskosten), das Geld dafür müssen wir privat aufbringen, entweder durch Eigenkapital (wer hat das schon nach einem Studium und zu Beginn der eigenen beruflichen Laufbahn?), durch einen Kredit (verschuldet in den Beruf starten), durch wohlhabende(re) Angehörige oder durch zusätzliche Nebenjobs, was die Ausbildungsdauer zusätzlich verlängert und eine enorme Belastung bedeutet. Jens Spahn ist der dritte Gesundheitsmi-

nister, der uns eine Reform verspricht und an dieser Reform bastelt. Tatsächlich gibt es jetzt, nach über 15 Jahren Protest, einen Kabinettsentwurf. So weit waren wir noch nie. So nah war das Ende der Misere noch nie. Oder?

Der Kabinettsentwurf enthält viele Punkte, die der Berufsstand sich gewünscht hat und die ich als sinnvoll erachte: Ein Approbationsstudium, zugeschnitten auf die spätere Tätigkeit (ich habe mich durch mein Psychologiestudium allenfalls auf die Diagnostik vorbereitet gefühlt!), das den AbsolventInnen einen sozialrechtlichen Status verleiht und die rechtlich abgesicherte Möglichkeit, PatientInnen zu behandeln, ohne dabei Gefahr zu laufen, nur halblegal zu arbeiten; eine Regelung, die die stationäre Weiterbildung nach dem Studium so ausgestaltet, dass wir einen echten Arbeitsvertrag bekommen und sogar Geld verdienen.

Die Ausbildungsinstitute, die uns die Organisation vereinfachen und die Ausbildung aus einer Hand anbieten, werden als Weiterbildungsinstitute weiter bestehen. Das ist ein großer Vorteil gegenüber der Facharztweiterbildung für PsychosomatikerInnen und PsychiaterInnen in Deutschland, die sich alles selbst zusammensuchen müssen und keine Bezugsko-

horte haben, in der sie sich entwickeln und heimisch fühlen können.

Es gibt jetzt – im Unterschied zum Referentenentwurf vom Jahresanfang – sogar die Möglichkeit für diejenigen, die schon ein Psychologie- oder (Sozial-)Pädagogikstudium begonnen haben und TherapeutInnen werden wollen, in den neuen Studiengang zu wechseln.

Und trotz all dieser positiven Aspekte gibt es da auch noch ein dickes Problem. **Die jetzigen PiA, die, die seit Jahren protestieren, auf die Straße gehen, Gespräche mit PolitikerInnen führen, Unterschriften sammeln, Petitionen einreichen, sie werden nichts davon haben.** Wir dürfen unsere Ausbildung nach den bisherigen Regelungen beenden (innerhalb von 12 Jahren, was für die analytische Ausbildung zu kurz ist) und unseren Titel behalten.

Spahn sagte Anfang März während einer Podiumsdiskussion in Dresden dazu:

„Am Ende muss es halt bezahlt werden. Und deswegen nehme ich das gerne noch mal mit, aber ich sage jetzt nichts zu; was nützt es euch denn, wenn ich euch jetzt für den Applaus **zusage ‚Jo, ihr habt recht, die PiA finanzieren wir auch‘, und wenn ich dann in Berlin bin erinnere ich mich nicht mehr daran.** (...) Dann bin ich lieber ehrlich und sage: **In dem Finanzrahmen, den wir jetzt gerade haben für die**

PT-Ausbildung, und der ist schon ein dreistelliger Millionenbetrag durch die Neuerung, ist das im Moment nicht drin.“

Das bedeutet 12 weitere Jahre, Tausende PiA, die das Pech haben, zu früh dran zu sein und deswegen diesen Missstand weiter ertragen zu müssen. So wird man früh als angehende PsychotherapeutIn daran gewöhnt, dass man der Politik und den Kassen immer zu teuer ist, dass unsere Arbeit nicht in Relation gesetzt wird zu dem gesamtgesellschaftlich-volkswirtschaftlichen Nutzen, den wir erbringen.

FunktionärInnen der Berufsverbände sagen hinter verschlossenen Türen, dass es halt keine andere Möglichkeit mehr gebe, dass man sich damit jetzt abfinden müsse, und dass wir die große Reform nicht dadurch in Gefahr bringen dürften, dass wir jetzt noch eine „kleine Lösung“ für uns einforderten, oder sie stellen gleich infrage, dass die Probleme der PiA lösbar seien.

Liebe FunktionärInnen, liebe PolitikerInnen, wir fordern seit über 15 Jahren Änderungen für uns – und wir werden jetzt nicht aufgeben. PiA sind darauf trainiert, sich durchzubeißen.

Deswegen fordern wir Maßnahmen zur sofortigen Verbesserung der jetzigen Psychotherapeutenausbildung:

- Festlegung des arbeits- und sozialrechtlichen Status von PiA für alle Ausbildungsabschnitte, inklusive einer rechtssicheren Berufsbezeichnung.
- Angemessene Bezahlung der PiA, orientiert an ihrer akademischen Qualifikation über alle Ausbildungsabschnitte, auch vor dem Hintergrund eigenständig erbrachter Versorgungsleistungen von PiA.

- Garantie eines Schutzstatus für PiA, die sich aktuell in Ausbildungsstätten befinden und ihre Ausbildung abschließen können müssen, auch wenn die jetzigen Ausbildungsinstitute aus ökonomischen, organisatorischen oder sonstigen Gründen eine vorzeitige Abkehr von der aktuellen Ausbildung nach dem PsychThG von 1998 beabsichtigen.

- Für die Phase des Übergangs von alter PsychotherapeutInnenausbildung (PsychTh-AprV 1998) zu reformierter Aus- und Weiterbildung (neues PsychThG) müssen Regelungen gesetzlich verankert werden, wenn PiA und PiW im Rahmen der Übergangsphase gleichzeitig, beispielsweise in der stationären Versorgung, tätig werden. Diese Regelungen müssen sowohl die Finanzierung der Aus- und Weiterbildung, die Vergütung der PiA bzw. PiW als auch die Kriterien der Mitgliedschaft in den PsychotherapeutInnenkammern beinhalten.

- Angelehnt an die Ausbildung der Heilmittelerbringer muss eine Schulgeldfreiheit eingeführt und die Inanspruchnahme weiterer staatlicher Förderungen ermöglicht werden.

- Angemessene Übergangszeiten zwischen der jetzigen Aus- und der zukünftigen Weiterbildung: 12 Jahre sind hier aus einer Vielzahl von Gründen einfach zu kurz. Man bedenke, um nur einige Punkte zu nennen: Familienplanung, die Pflege Angehöriger, die Erstellung einer Dissertation, die analytische Ausbildung, die länger dauert.

Diese Forderungen werden wir in Gesprächen in allen Gremien und mit PolitikerInnen vertreten und mit unserem Protest auf die Straße tragen. —

Foto: Katharina



Katharina van Bronswijk

Studium der Psychologie in Heidelberg und Berlin. Sie macht ihre Verhaltenstherapieausbildung für Erwachsene und die Fachkunde für Kinder und Jugendliche in Hamburg. Seit 2017 ist sie im bvvp, seit 2015 im Hamburger PiA-Netz und dem PiA-Politik-Treffen aktiv. Auf der Frühjahrs-Bundesdelegiertenversammlung des bvvp im März 2019 wurde sie zur Vorstandsbeauftragten für die Weiterentwicklung des Jungen Forums im bvvp berufen.

PSYCHOTHERAPEUTEN HABEN EIN RECHT AUF EINE ANGEMESSENE VERGÜTUNG!

Die Einkommensschere zwischen Psychotherapeuten und allen anderen Arztgruppen geht immer weiter auf. Die uns zustehenden Honorare erhalten wir erst, wenn wir sie uns gerichtlich erstreiten.

SICHERN SIE IHRE ANSPRÜCHE MIT BVVP- WIDERSPRUCHSCHREIBEN!

Wir stellen sie unseren Mitgliedern kostenlos zur Verfügung - wie auch umfangreiche Informationen und persönliche Beratung zu allen Themen der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit.

WERDEN SIE MITGLIED IM BVVP!

Im bvvp haben sich über 5200 Ärztliche Psychotherapeutinnen, Psychologische Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen aller anerkannten Richtlinierverfahren zusammengeschlossen. Wir sind der einzige Verband, der sich berufsgruppen- und verfahrensübergreifend dafür einsetzt, die Wirtschaftlichkeit der Praxen, die Qualität der Versorgung und die Vielfalt der Praxisstrukturen zu erhalten und zu verbessern.

Gemeinsam sind wir stark!

www.bvvp.de



ATTRAKTIVE ANGEBOTE SPEZIELL FÜR PIA

Nehmen Sie Kontakt mit uns auf. Wir senden Ihnen gerne Infomaterial zu. Die Mitgliedschaft ist für PIA kostenfrei!

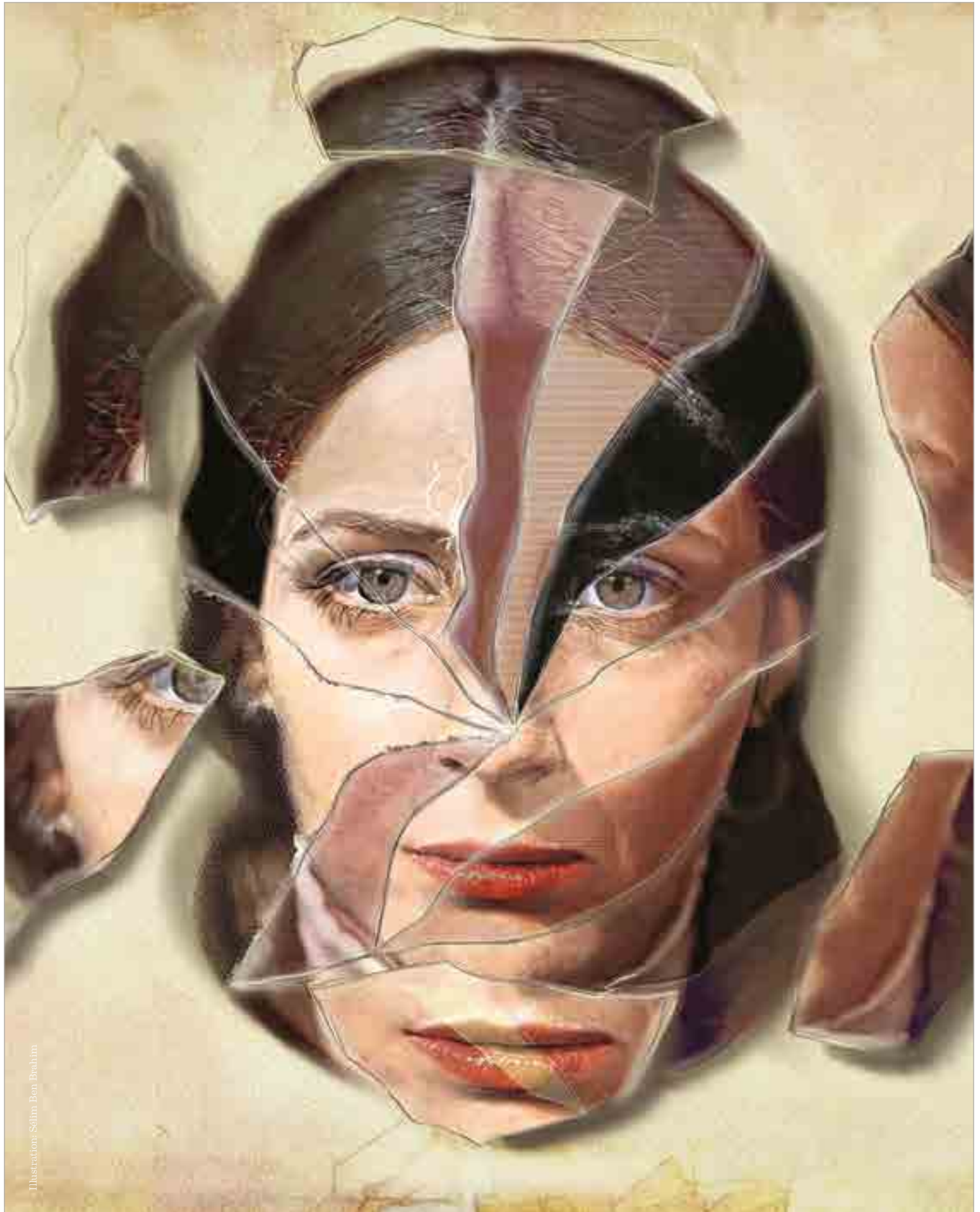


Illustration: Selim Ben Ibrahim

Welche Psychotherapie wollen wir, welche Psychotherapie brauchen wir?

Die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland ist weltweit vorbildlich. Das gilt es zu erhalten und weiterzuentwickeln

Von **Norbert Bowe** und **Eva Schweitzer-Köhn**

— Psychotherapie lindert nachgewiesenermaßen menschliches Leid und erspart gesellschaftliche Kosten, ist daher nutzbringend und sinnvoll. Psychotherapie – zwischen Evidenzbasierung und Kunst (= Können) – muss ihre Wirksamkeit und ihren Nutzen nachweisen, um in der GKV-Versorgung bestehen zu können. Psychotherapie muss andererseits so individualisiert sein, dass sie für die Behandlung eines einzelnen individuellen Patienten taugt und wirklich nützen kann. In diesem Spannungsfeld leben die Psychotherapie und die PsychotherapeutInnen in Deutschland.

So verlangen einerseits Psychotherapieforscher psychologischer und psychiatrischer Provenienz, dass in den Praxen hauptsächlich evidenzbasierte Methoden der störungsspezifischen Psychotherapie durchgeführt werden sollten. Der Gesetzentwurf zur Ausbildungsreform legt in den vorgesehenen Studieninhalten darauf seinen Schwerpunkt. Bei Betrachtung der täglichen Behandlungspraxis zeigt sich dann allerdings: Die Patienten haben in der Regel mehr als eine sauber abgrenzbare Diagnose, bringen multiple Belastungen mit, von Kindheitstraumen über ungelöste Eltern-Kind-Konflikte zu körperlichen und somatoformen Leiden, schwerwiegenden Beziehungsstörungen und psychosozialen Belastungen und Konflikten aus Arbeitswelt und Familie. Daher sehen sich ambulante Praktiker vor die Aufgabe gestellt, statt gut strukturierte Manuale anwenden zu können, sich den

vielfältigen Brennpunkten der vorgetragenen Leidensgeschichten in einem offenen Prozess zuwenden zu müssen und dabei ihr Augenmerk auf Entwicklung und Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu richten.

Hier führt der Artikel von Rainer Cebulla sinnfällig vor Augen, wie in einer verhaltenstherapeutischen Praxis diese Aufgabe beispielhaft umgesetzt wird. Dabei zeigt sich schon, wie sich „evidenzbasierte“ Psychotherapie und psychotherapeutische Behandlung sinnvoll verschränken können: Manuale sind kein Königsweg der Psychotherapie, sondern liefern lediglich brauchbare Elemente für den psychotherapeutischen Prozess. In diesen Prozess fließen wie selbstverständlich theoretische Hintergründe der VT wie auch Anregungen/Elemente anderer Verfahren ein, eingebettet in die Grundorientierung des Verfahrens.

Apropos Grundorientierung: Unter der Überschrift „Pluralität oder Uniformität?“ wenden sich Marianne Leuzinger-Bohleber und Christa Leindecker entschieden gegen den Trend der Psychotherapieforscher hin zu einer Verfahren auflösenden Einheitspsychotherapie, gegründet auf manualisierten „Schablonentherapien“: Die Patientenpräferenzen – so auch die Erfahrung aus der von ihnen durchgeführten LAC-Studie – verlangen nach unterschiedlichen Verständniszugängen; wissenschaftstheoretisch ist eine auf einem einzigen Forschungsdesign gegründete monistische Ausrichtung eines

Faches nicht haltbar, und für die Ausbildung künftiger Psychotherapeuten und die Weiterentwicklung der Versorgung ist eine solche Verarmung der Theorie gefährlich.

Wie sehr dieses monistisch ausgerichtete Forschungsparadigma auf wackeligen empirischen Füßen steht und ohne Ergänzung durch praxisnahe Untersuchungen, wie es z. B. die LAC-Studie darstellt, den Großteil des ambulanten Versorgungsspektrums verfehlt, dem versucht der Artikel von Norbert Bowe nachzugehen: Der Weg von Uni-Karrieren bestimmt die einseitige Forschungsrichtung und droht in gefährliche Sackgassen zu führen: zur wissenschaftlichen Verarmung in einem selbstreferenziellen System, zu fehlgeleiteten (versorgungs-)politischen Entscheidungen und zu einer Gefahr für zukünftige Ausbildungs- und Versorgungsstrukturen.

Dass diese Situation ein berufspolitisches Handeln erfordert, das die Besonderheiten der Psychotherapie ebenso berücksichtigt wie den gesellschaftlichen Auftrag einer guten und effizienten Patientenversorgung, leitet sich unmittelbar aus dem Beitrag von Jürgen Doebert ab. Der geschützte, unbedrängte Raum – einziger Garant für ein Arbeiten an der offenen Seele – muss verteidigt werden nach außen, gegenüber der Politik, den Krankenkassen und der Selbstverwaltung sowie nach innen gegenüber allzu forschen Kompetenzerweiterungsplänen von Repräsentanten der Profession. Da ist wacher berufspolitischer Einsatz dauerhaft gefragt.

Foto: Doebert



Was ist gute Psychotherapie?

Das Spannungsfeld zwischen fachlichen Ansprüchen und dem gesellschaftlichen Kontext

Von **Jürgen Doebert**

Bei der Überlegung, welche Psychotherapie wir eigentlich wollen, ist die fachliche Diskussion, die tägliche Reflektion des eigenen Handelns mithilfe der Konzepte und Vorgehensweise der Psychotherapieverfahren das Wichtigste. Sobald man aber davon ableitet, wie denn die „gute Psychotherapie“ aussieht, stoßen wir an Grenzen, die von außen gesetzt werden. Unsere Arbeit findet in einem definierten gesellschaftlichen Rahmen statt. Gesetze, Richtlinien, Gerichtsurteile, Finanzmittel und vieles mehr definieren unser Tun mit – ob wir uns darüber klar sind oder nicht. Die Arbeit an diesen äußeren Grenzen unseres Tuns ist die Berufspolitik. Insofern möchte ich diesen Artikel auch verstanden wissen als ein Plädoyer dafür, dass sich möglichst viele KollegInnen aktiv in die berufspolitische Arbeit einbringen. Die Psychotherapie, „wie wir sie wollen“, entsteht nur durch zähes Ringen an den Außengrenzen.

Vieles wird in der ärztlichen Selbstverwaltung entschieden, deren Teil alle PsychotherapeutInnen sind. Berufspolitik für PsychotherapeutInnen heißt, sich mit all denen auseinanderzusetzen, für die unsere psychotherapeutischen Selbstverständlichkeiten fremd sind. Insofern ist Berufspolitik auch permanente Selbsterfahrung. Wir sind eine Minderheit und können Erfolge entweder vor Gericht oder in Gremien in sehr kleinen Schritten und mit vielen Kompromissen erreichen. Oft kommen daher den KollegInnen in den Praxen die erreichten Kompromisse gefährlich oder als völlig unzureichend vor.

Ich möchte nun einige Themen herausgreifen, welche Elemente eine solche

„gute Psychotherapie“ beinhalten müsste. Sie lassen sich nur als Spannungsverhältnisse formulieren und Berufspolitik als den Versuch, die Freiräume zu weiten oder nicht einengen zu lassen.

In einer „guten Psychotherapie“ sollen Patient und Psychotherapeut frei von äußeren Zwängen miteinander interagieren können.

Ein wichtiger Schutz besteht in der Institution der Freiberuflichkeit. Sie ist nicht gleichzusetzen mit Selbstständigkeit. Die Regeln für freie Berufe gelten auch in der Anstellung. Freiberuflichkeit heißt, dass die Tätigkeit in Eigenverantwortung und

Ein wichtiger Schutz besteht in der Institution der Freiberuflichkeit. Viele wissen nicht, dass Freiberuflichkeit auch eine Verpflichtung auf das Gemeinwohl beinhaltet

ohne Weisungen durch andere in Bezug auf die inhaltliche Gestaltung durchgeführt werden kann. Viele wissen nicht, dass Freiberuflichkeit auch eine Verpflichtung auf das Gemeinwohl beinhaltet. Psychotherapie wird also von Angehörigen eines freien Berufes mit einer freien Vereinbarung mit den entsprechenden Patienten durchgeführt. Vertragspartner des Psychotherapeuten sind die Patienten. Das muss betont werden, weil die Krankenkas-

sen und Arbeitgeber mit ihren Vorstellungen darüber, wie schnell zum Beispiel die Arbeitsunfähigkeit beendet wird, in die Behandlung drängen. Das Element des Gemeinwohls spiegelt sich hingegen darin wider, dass eine Zulassung zur Psychotherapie nicht nur das Recht auf Abrechnung mit den Kassen beinhaltet, sondern auch die Verpflichtung zur Versorgung der Bevölkerung. Aus diesem Versorgungsauftrag leiten sich die Einflussnahmen des Gesetzgebers, der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen ab, die es zugunsten der freien Gestaltung der Behandlung der Patienten einzugrenzen gilt, die aber auch respektiert werden müssen, wenn man die Perspektive für die gesamte Gesellschaft nicht verlieren will.

„Gute Psychotherapie“ bedeutet, den Patienten als Individuum wahrzunehmen und zu behandeln und vor Normierung zu schützen.

Die Tatsache, dass die meisten Behandlungen im Rahmen der GKV stattfinden, hat auch zur Folge, dass die psychischen Probleme und Konflikte als Krankheiten kodiert werden müssen. Die psychotherapeutische Vorstellung über ein Kontinuum zwischen gesund und krank, gesunden und kranken Anteilen der Persönlichkeit zum Beispiel lassen sich oft nicht mehr abbilden, führen aber zur Gefahr einer Eigendynamik im Sinne einer Dichotomie. Der persönliche Zugang zu jedem einzelnen Patienten ist gefährdet durch starre Zuordnung der PatientInnen zu Kategorien und Diagnosen, die im schlimmsten Fall eine lebenslange Stigmatisierung bedeuten oder aber zu finanziellen Folgen



beim Risikostrukturausgleich der Krankenkassen führen.

Das derzeit vorherrschende medizinische Modell von Krankenbehandlung beinhaltet einen diagnostizierenden und behandelnden Arzt, der in der Regel besser informiert ist als der Patient und entsprechend Verantwortung für den Patienten übernehmen muss. Das psychotherapeutische Modell einer kooperativen Beziehung, in der Hintergründe für bestehende Symptome gemeinsam gesucht werden und in einer Beziehung von Gleichberechtigten über Lösungen nachgedacht wird, beißt sich immer wieder mit den von außen an uns herangetragenen Vorstellungen. Inzwischen aber macht auch in der somatischen Medizin der Begriff des „shared decision-making“ die Runde. Krankheit bedeutet in einer Psychotherapie nicht als Erstes, dass diese Krankheit bekämpft und beseitigt werden muss, sondern es gilt

auch, deren Sinn und deren Bedeutung zu erfassen, was auch bedeuten kann, dass sich der Psychotherapeut mit dem Patienten im Sinne eines Rechts auf Beachtung der Sinnhaftigkeit seiner Krankheit verbünden muss. Wenn Krankenkassen „Gesundheitskasse“ heißen und Gesundheit ein Fetisch ist, ist Psychotherapie auf der Seite des Irrationalen, des Ineffizienten, Kranken. Denn das scheinbar Kranke und Irrationale kann nach unserer Auffassung durchaus das Gesunde sein, das den Patienten vor etwas schützt, das ihm nicht oder noch nicht bewusst ist.

In einer „guten Psychotherapie“ soll sich der psychotherapeutische Prozess möglichst ungestört entfalten.

Eine verlässliche und kontinuierliche Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient mit hoher Vertraulichkeit ist eine wesentliche Voraussetzung für das Gelin-

gen des Prozesses. Das heißt: Einhaltung von Schweigepflicht und Datenschutz, aber auch sehr umsichtiger Umgang mit Diagnosen und Informationen für Krankenkassen etc. Es ist ein schmaler Grat zwischen der hohen Vertraulichkeit und dem Anspruch des Patienten auf gute Qualität. Die Qualität von Psychotherapien auch durch unabhängige Dritte beurteilen zu lassen, gehört zur Verantwortung von Politik und Kassen. Die Einführung des Gutachterverfahrens war 1967 der Versuch, dem Anspruch der Kassen auf Kontrolle nachzugeben, ohne die vertraulichen Informationen aus einer Psychotherapie Nicht-Fachleuten in die Hände zu geben. Die Bestimmung von Gutachtern aus der eigenen Berufsgruppe, die einerseits dem Schutz der psychotherapeutischen Beziehung und andererseits den Qualitäts- und Finanzinteressen der Krankenkassen verpflichtet sind, hat diesen Konflikt zum Teil

in die Gutachterverfahren verlagert. Die steigenden Anforderungen zur Qualitätssicherung stehen im Konflikt mit dem Datenschutz, da gute Qualität einer Psychotherapie auch nach außen vermittelbar sein muss.

Zur „guten Psychotherapie“ gehört die Freiheit, als Psychotherapeut selbst die Indikation für ein Verfahren zu stellen und keinerlei Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung der Behandlungen zuzulassen. Der nun hoffentlich endgültig verworfene Versuch des Gesundheitsministers Spahn, die Indikation durch eine neue Instanz stellen zu lassen, ist zu Recht von über 200.000 Menschen zurückgewiesen worden. Er reiht sich in die Reihe ständiger staatlicher Versuche ein, in unser Handeln einzugreifen. Auch das Vorhaben der Krankenkassen, nach der ersten Phase einer Kurzzeittherapie eine sechswöchige Pause einzulegen, ist ein Paradebeispiel für Eingriffe in die Planung einer Psychotherapie. Übrig blieb die ebenso unsinnige Zweiteilung der KZT.

Sicherer Rahmen und ausreichend Zeit gehören zur „guten Psychotherapie“.

Wir geraten in ein Dilemma: PsychotherapeutInnen müssen im Sinne einer guten Versorgung der Bevölkerung darauf drängen, dass für den jeweils einzelnen Patienten genügend Zeit zur Behandlung seiner Krankheit vorhanden ist. Dadurch können aber weniger PatientInnen behandelt werden. Dieses Dilemma lässt sich nur durch ausreichende Behandlungskapazitäten lösen, um die ständig gekämpft wird. In einer Welt der Beschleunigung und Verdichtung kann „gute Psychotherapie“ ein Ort der Ruhe und der Freiheit von Zwängen werden, an dem überhaupt wieder Kreativität, Spannkraft und Motivation zur Überwindung psychischer Krankheit entsteht.

In einer „guter Psychotherapie“ muss der Psychotherapeut das Ausmaß seiner Tätigkeit mit PatientInnen an seinen eigenen Belastungsgrenzen ausrichten.

Die für unsere Honorare lange Zeit positiv zu bewertende Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) hat als Kehrseite diese Normen definiert, an denen wir gemes-

sen werden. Die berühmten 36 Sitzungen pro Woche waren ursprünglich ein Maß zu Berechnung eines Mindesthonorars für die maximale Auslastung eines Psychotherapeuten mit Behandlungssitzungen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen haben aber schnell daraus ein Maß dafür gemacht, was eine voll ausgelastete Praxis ist, und leiten daraus ab, dass die meisten PsychotherapeutInnen ihren Versorgungsauftrag angeblich nicht erfüllen. Nachdem die Kassen jahrelang gegen halbe Versorgungsaufträge polemisiert haben, propagieren sie nun die Teilung von Sitzen und betrachten die für halbe Sitze günstigere Regelung zu den Zuschlägen für die Personalkosten als Förderprogramm. Vorschreiben zu wollen, wie viel Kontaktzeit

Psychische Probleme und Konflikte werden als Krankheiten kodiert. Die psychotherapeutische Vorstellung über ein Kontinuum zwischen gesunden und kranken Anteilen der Persönlichkeit lassen sich jedoch oft nicht abbilden

ein Psychotherapeut hat, oder der Eingriff durch finanzielle „gerichtlich verordnete Förderprogramme“ wird den Besonderheiten psychotherapeutischer Arbeit nicht gerecht, sondern hat implizit die Arbeit am Fließband als Modell.

Zu den Freiheiten bei der Organisation der Praxis gehört auch die Entscheidung darüber, ob man mit Büropersonal arbeitet oder diese Tätigkeiten selbst ausführt.

„Gute Psychotherapie“ besteht im Austarieren der Konzentration auf psychische Behandlungsmöglichkeiten und gleichzeitiger Berücksichtigung weiterer notwendiger Maßnahmen und Eingriffe.

Im Zusammenhang mit der geplanten Neuordnung der Ausbildung für die bisherigen

Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten schrieb das Bundesgesundheitsministerium plötzlich einen Modellstudiengang für Pharmakotherapie in das Gesetz.

Das ruft auf vielen Seiten heftige Affekte hervor. Ärztliche PsychotherapeutInnen kennen den Konflikt schon lange, ob sie psychische Krankheit nur mit psychotherapeutischen Mitteln oder auch mit Medikamenten beeinflussen wollen. Viele behandeln nur mit ihren psychotherapeutischen Mitteln, andere finden es ein besonders wichtiges Spezifikum ärztlicher Psychotherapie, beide Möglichkeiten zu haben. Ich denke, dass die PP/KJP akzeptieren sollten, dass Pharmakotherapie ein sehr komplexes Feld ist, das sie nicht im Sinne von „ich auch“ beanspruchen sollten. Die Konzentration auf die psychischen Mittel einer Psychotherapie bei gleichzeitiger enger Kooperation mit Ärzten scheint mir für die PP/KJP die beste Qualität zu gewährleisten. Insofern ist es gut, dass sich alle Verbände, in denen PP/KJP vertreten sind, sowie die BPtK gegen den Modellstudiengang ausgesprochen haben!

Es kann nicht die Rolle des Psychotherapeuten sein, sich gegen eine Verschreibung von Psychopharmaka zu stellen, die das Leben des Patienten sofort spürbar erleichtern würden

Jenseits der Pharmakotherapie gibt es in der Bundespsychotherapeuten-Kammer Aktivitäten, zur Ausweitung ihres Produkts „Psychotherapeut“ immer weitere große und kleine Handlungs- und damit Abrechnungsmöglichkeiten für psychotherapeutische Praxen zu erdenken und zu erkämpfen. Dabei gerät sie in Gefahr, die Psychotherapeuten immer mehr den oft kritisierten Gepflogenheiten des Medizinetriebs anzupassen.

Gemeinsame Ziele

Heute streben PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen gemeinsam an: Zeit für die PatientInnen, Zeit für sich selbst. Ein gemeinsamer Prozess des Klärens und Sprechens mit dem Patienten. Kampf gegen Eingriffe in die Behandlungsfreiheit. Gute Psychotherapie ist ein wichtiger Faktor in einer Welt von Arbeitsverdichtung, Effizienz, Geschwindigkeit und dem Zwang zum Funktionieren und zur Gesundheit. —

Pluralität oder Uniformität?

Plädoyer für ein differenziertes Angebot unterschiedlicher Psychotherapieverfahren für Praxis, Ausbildung und Forschung

Von **Marianne Leuzinger-Bohleber** und **Christa Leiendecker**

Wie alle Euphorien, so waren auch die der philosophischen Einheitswissenschaft ohne Bestand. Sie vergingen wieder. Es wäre eine eigene Geschichte, von ihrem Untergang zu berichten. Hier will ich nur feststellen, daß mir heute kein ernst zu nehmender Vertreter der Philosophie bekannt ist, der noch ein einheitswissenschaftliches Programm vertritt. ...“ (Hampe, 2000, S. 28)

1. „There is no such thing like research ...“: Psychotherapie in Zeiten der wissenschaftlichen Pluralität

Der Philosoph und Wissenschaftstheoretiker Michael Hampe würde sich vermutlich wundern, dass heute – fast zwei Jahrzehnte nach der oben zitierten Arbeit – auf dem Feld der heutigen Psychotherapieforschung nach wie vor ein einheitswissenschaftlicher Geist in machtvoller Weise weht: Die Existenz von verschiedenen Psychotherapien im Gesundheitswesen und an den Universitäten hängt heute bekanntlich wesentlich davon ab, wie viele sogenannte RCT-Studien („randomized controlled trials“) die Wirksamkeit ihrer Verfahren bei der Behandlung bestimmter Störungsgruppen von PatientInnen belegen konnten. Die RCT-Studien bilden nach wie vor den Goldstandard der vergleichenden Psychotherapieforschung.

Dabei wird kaum reflektiert, dass diese RCT-Studien auf der von Hampe kritisierten, wissenschaftshistorisch längst veralteten Vorstellung einer „Einheitswissenschaft“ basieren, die – anlehnend an die Überprüfung von Hypothesen in Experimenten der „klassischen Physik“ – auf das Gebiet der Psychotherapie übertragen werden. Das „Doppelblind-Experiment“ mag geeignet sein, die Wirkung eines Medikaments verglichen mit einem Placebo zu überprüfen – doch muss kritisch hinterfragt werden, ob es für eine Anwendung auf den Bereich der Psychotherapie wirklich geeignet ist. Besonders paradox

erscheint die einheitswissenschaftliche Vorstellung, durch RCTs entscheiden zu können, welche Psychotherapie für welchen individuellen Patienten wirklich am erfolgversprechendsten ist, angesichts unserer sich immer mehr ausdifferenzierenden, multikulturellen und von individuellen Schicksalen und Lebensentwürfen geprägten Welt. Sie liegt auch quer zu den aktuellen Diskussionen um eine individualisierte Medizin, die die Individualität des jeweiligen Patienten immer mehr zu berücksichtigen versucht.

Um nur ein Beispiel aus der Psychotherapieforschung zu erwähnen: Da wir in der gerade publizierten LAC-Depressionsstudie, in der wir die Ergebnisse psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitbehandlungen bei chronisch Depressiven miteinander verglichen, (zu Recht) vermuteten, dass diese Patienten schon mehrere nicht gelungene Kurzzeittherapien hinter sich hatten, boten wir ihnen die Möglichkeit, zwischen den beiden Psychotherapieverfahren zu wählen („Präferenzarm“) oder sich randomisieren zu lassen („Randomisierungsarm“). Weit über zwei Drittel aller Patienten, die wir rekrutierten, hatten eine eindeutige Präferenz, als wir ihnen entsprechende Informationen zu den beiden Verfahren gaben. Interessant dabei ist, dass sie, wie uns viele Patienten berichteten, damit nicht nur unterschiedliche Behandlungstechniken wählten, sondern die unterschiedlichen Zielsetzungen,

Konzeptualisierungen, Menschenbilder und Wertvorstellungen der beiden Therapieverfahren erkannten, die sich aufgrund der jahrzehntelangen unterschiedlichen Wissenschaftsgeschichte sowohl in der Psychoanalyse als auch in der Verhaltenstherapie herausgebildet haben (Leuzinger-Bohleber et al., 2018, 2019; Kaufhold et al., 2019*). Wie wir schon in der DPV-Ergebnisstudie festgestellt haben, suchen die Patienten nach jener Psychotherapieform, die am ehesten zu ihrem vorthérapeutischen Problemlösungsstil passt (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber et al., 2002). Die noch anstehenden Extremgruppenvergleiche von besonders erfolgreichen bzw. besonders wenig erfolgreichen Patienten in den beiden Verfahren der LAC-Studie werden diese Vermutung weiter empirisch untersuchen. In anderen Worten: Heutige Patienten suchen nicht nach einer auf alle Individuen einer bestimmten Diagnosegruppe vorgeschriebenen „Einheitspsychotherapie“, sondern wollen wählen können zwischen verschiedenen Angeboten, da sie vermutlich ein intuitives Gespür dafür haben, welches Verfahren ihnen am ehesten einen produktiven Umgang mit ihrem psychischen Leiden ermöglicht. Insofern folgen auch die Patienten keinem „Uniformitätsmythos“. Stattdessen wollen sie zum Beispiel wählen zwischen verhaltenstherapeutischen Verfahren, die vor allem auf eine möglichst effiziente, rasche Reduktion psychopathologischer Symptome (vgl. „technisches Erkenntnisinteresse“ nach

* Die LAC Studie wurde hauptsächlich von der DGPT, und zusätzlich von der DPV, von Dr. von der Tann, der IPA, der Heidehof-Stiftung und privaten Spendern unterstützt.

Habermas, 1968) ausgerichtet sind, während psychodynamisch orientierte Verfahren in unterschiedlichem Ausmaß den Schwerpunkt auf das Verstehen unbewusster Fantasien und Konflikte legen, die den Symptomen aufgrund lebensgeschichtlicher Erfahrungen und Traumatisierungen zugrunde liegen. Zu ihren Zielen gehören neben der Symptomreduktion nachhaltige strukturelle Veränderungen, d.h. Transformationen der inneren Objektwelt und damit verbundener Sehnsüchte und Konflikte, die sich auf die Fähigkeit „zu arbeiten, zu lieben und das Leben zu genießen“ (Freud) nachhaltig auswirken.

2. Vielfalt und Diversität in der Psychotherapieforschung

Wie wir in verschiedenen Arbeiten diskutiert haben, war es für viele psychodynamische und psychoanalytische Forschergruppen eine prägende Erfahrung, dass – trotz der eben erwähnten einleuchtenden wissenschaftstheoretischen Vorbehalte gegen RCT-Studien – die retrospektive, repräsentative und methodisch aufwendige, unkonventionelle Ergebnisstudie von Psychoanalysen und psychoanalytischen Langzeittherapien (die sogenannte DPV-Katamnesestudie) in der Welt der vergleichenden Psychotherapieforschung kaum Beachtung fand und auch nicht in die politisch viel beachteten Metaanalysen zum Beispiel von Falk Leichsenring und seiner Gruppe eingingen (vgl. dazu u. a. Leichsenring & Rabung, 2008). Erfreulicherweise liegen inzwischen 262 RCT-Studien zur Wirksamkeit der psychodynamischen Verfahren vor. Allerdings wurden überwiegend Kurzzeittherapien, kaum Langzeitbehandlungen untersucht (vgl. dazu Liste von Lilingren, 2019).

Diese Erfahrungen motivierten uns, trotz der enormen methodischen Schwierigkeiten und dem großen finanziellen und personellen Aufwand 2005 die LAC-Studie auf den Weg zu bringen, die die Ansprüche an RCT-Studien erfüllt (vgl. Leuzinger-Bohleber et al., 2018, 2019). Doch versuchten wir durch eine multiperspektivische Annäherung an die Ergebnisse von Langzeitpsychotherapien auch in dieser

Studie den Raum für wissenschaftstheoretische und methodische Fragen zu erhalten, in dem wir ein experimentelles Design (z. B. mit randomisierter Zuweisung) mit einem naturalistischen („reale“ Patienten, erfahrene Therapeuten in ihren niedergelassenen Praxen, Berücksichtigung der Therapiepräferenz der Patienten etc.) kombinierten. Gerade durch diesen Versuch werden die Ergebnisse der Studie z. B. für die Krankenkassen relevant. Bekanntlich fragen vermehrt kritische Stimmen von Verantwortlichen aus dem Gesundheitswesen, ob und in welcher Weise die in RCT-Studien unter quasi künstlichen Laborbedingungen gewonnenen Wirksamkeitsnachweise auf die psychotherapeutische Behandlung von psychisch Kranken in der GKV-Versorgung (vgl. Diskussion um die externe Validität von vergleichenden Psychotherapiestudien, vgl. dazu Fonagy, 2019; Clarkin, 2019) übertragbar sind und wie sie für diese Patienten hilfreich genutzt werden könnten. Daher wird die Forderung nach Studien im Bereich der Versorgungsforschung mit einem entsprechenden Design immer lauter. Damit wird eine seit Jahren erhobene zentrale Forderung aller psychotherapeutisch Tätigen nach einer engeren, fruchtbringenderen Verzahnung von Psychotherapieforschung und psychotherapeutischer Praxis in der GKV aufgenommen, damit der Transfer der gewonnenen Forschungsergebnisse in die klinische Praxis zum Wohle der Patienten besser gelingen kann.

Trotz immer noch heftiger Kontroversen fordern daher viele heutige Psychotherapieforscher im Interesse einer Weiterentwicklung des Fachgebiets, dass auch im Bereich der vergleichenden Psychotherapieforschung die Pluralität heutiger Wissenschaften mit ihren unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Fundierungen, Forschungsparadigma, Methoden und Zielsetzungen abgebildet sein muss, damit diese Vielfalt für differenzierte vertiefende Erkenntnisse der Wirkfaktoren in der Psychotherapie genutzt werden kann. Bekanntlich scheint die Zeit der „Horse-Racing-Studien“ vorbei, denn die Wirksamkeit von Psychotherapie ist weltweit breit nachgewiesen: Heutige Stu-

dien widmen sich deshalb vor allem den „mechanisms of change“ und damit u. a. auch der Frage von Differentialindikationen, d. h. welche Patienten besonders und welche gar nicht von bestimmten Behandlungsverfahren profitieren.

Bekanntlich müssen sich dennoch in der BRD alle Psychotherapieverfahren, die in die psychotherapeutische GKV-Versorgung integriert werden möchten oder bleiben wollen, einer Wirksamkeitsprüfung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) sowie einer Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unterziehen. Ein Vorteil dieser Praxis ist trotz aller eben skizzierten wissenschaftstheoretischen Vorbehalte, dass dadurch für die PatientInnen transparente Qualitätsstandards gesichert werden und die Psychotherapie von ÄrztInnen sowie Psychologischen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen an gemeinsame Qualitätsstandards in Aus- bzw. Weiterbildung und klinischer Praxis gebunden werden. In jüngster Zeit konnte die Systemische Therapie ihre Anerkennung durch die obigen Gremien erhalten und wird nun in die Psychotherapierichtlinien als weiteres Behandlungsverfahren neben der Verhaltenstherapie und den psychoanalytisch begründeten Verfahren (analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) aufgenommen. Andere Psychotherapieverfahren möchten dem folgen. Dies vergrößert die Möglichkeiten der PatientInnen, das von ihnen präferierte Behandlungsverfahren zu wählen und damit ihren Behandlungserfolg zu begünstigen.

3. Reichtum statt Tunnelblick in der Ausbildung zum Psychotherapeuten

Nicht nur bezogen auf die Forschung und die Behandlungsangebote für seelisch Kranke, sondern auch bezogen auf die Ausbildung von PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen in psychotherapeutischer Weiterbildung bedeutet die Forderung nach „einheitswissenschaftlich“ begründeten, „normierten“ „Schablonentherapien“ für bestimmte Patientengruppen einen Verlust an professioneller Kompetenz. Zum Beispiel wurde in den mehr



Illustration: Selim Ben Brubbin

als 100 Jahren der klinischen und empirischen Forschung in der Psychoanalyse ein breites Wissen zu den unbewussten Determinanten seelischen Leidens und ihrer Behandlung u. a. durch Nutzung von Übertragung und Gegenübertragung in der therapeutischen Beziehung gesammelt, das dazu geführt hat, dass wir über weit differenziertere Behandlungstechniken und eine Diversität von psychoanalytisch basierten Angeboten für Patienten verfügen als zu Zeiten Freuds. Das Spektrum reicht von Kriseninterventionen, verschiedenen Formen von Kurzzeitherapien bis hin zu unterschiedlichen Formen der Langzeitherapie in verschiedenen Settings (für einzelne Patienten, Gruppen, Familien etc.). Analoges gilt für die Verhaltenstherapie mit ihren lerntheoretischen Begründungen und ihrem naturwissenschaftlichen Forschungsparadigma. Daher bedeutet es einen Verlust an Professionalität, wenn vorschnell – aufgrund einer verkürzten und oft idealisierenden Rezeption von RCT-Studien – eine sogenannte Ein-

heitspsychotherapie gefordert wird, die scheinbar die Ergebnisse verschiedener Schultraditionen integriert, real aber die spezifischen Praxis- und Forschungserfahrungen in problematischer Weise einebnet. Insofern riskieren u. E. verfahrensunabhängige, allgemein verbindliche sogenannte evidenzbasierte Module zur Behandlung spezifischer Störungsbilder einen Verlust an psychotherapeutischer Professionalität, da sie die Bedeutung der Verfahren als wissenschaftlichen Referenzrahmen der Psychotherapeuten bei der Festlegung des dem jeweiligen Patienten adäquaten klinischen Vorgehens leugnen.

Auf die kommende Generation von PsychotherapeutInnen wird eine sich noch weiter ausdifferenzierende, komplexe Welt zukommen, mit PatientInnen mit neuen, komplexen Störungsbildern, die nicht „schematisch“ verstanden werden können, sondern einen innovativen, kreativen, wissenschaftlich basierten und professionellen Umgang erfordern.

Wie etwa Wissenschaftssoziologen um die Gruppe von Peter Weingart (Bielefeld) ganz allgemein postulieren, ist die Zeit der „Universalforscher“, der Leonardo da Vincis, schon längst vorbei: Wir leben in einer globalisierten, von medialen und ökonomischen Zwängen geprägten pluralistischen Wissensgesellschaft, die vom hoch spezialisierten Expertenwissen in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen geprägt ist (Weingart et al., 2007). Dies gilt auch für den Bereich der Psychotherapie! Daher verdienen es zukünftige PsychotherapeutInnen, dass sie in ihrer universitären approbationsbegründenden Ausbildung für diese komplexe Berufssituation so gut wie möglich vorbereitet werden, indem sie notwendigerweise eine fundierte historische, soziologische und wissenschaftstheoretische Orientierung im Feld der Psychotherapie erhalten. Dazu gehört z. B. die Vermittlung von Wissen zur Geschichte der unterschiedlichen Psychotherapieverfahren, ihren epistemologischen und methodischen Präferenzen

und Zielsetzungen und dem breiten Spektrum damit verbundener Forschung, die weit über das Gebiet der RCT-Studien hinausgeht (vgl. z. B. Open Door Review, Leuzinger-Bohleber & Kaechele, 2019). Dieses Wissen kann nur von in den jeweiligen Verfahren qualifizierten Experten der verschiedenen Therapieschulen kompetent und adäquat, „objektiv“, d. h. ohne eine latente Entwertung anderer Therapieansätze, vermittelt werden (vgl. dazu u. a. Lebiger-Vogel, 2007). Es ist daher eine besorgniserregende Entwicklung, dass die Verfahrensvielfalt an den deutschen Universitäten und damit verbundene erste Praxis- und Selbsterfahrungen immer mehr bedroht wird und die Studierenden immer weniger ein für sie persönlich und wissenschaftlich geeignetes Psychotherapieverfahren für ihre sich anschließende Weiterbildung wählen können, ein wichtiger Garant für deren Gelingen und eine spätere professionelle klinische Praxis oder Forschung sowie für den langfristigen Erhalt eines vielfältigen Angebots in der Patientenversorgung. Ganz allgemein muss mit einer solchen Homogenisierung befürchtet werden, dass auch eine fruchtbare Streitkultur zwischen unterschiedlichen Therapieschulen verloren geht, die – so der Althistoriker Christian Meier – innovative Entwicklungen garantiert.

Literatur:

Clarkin, J. F. (2019). Die LAC-Studie über chronische Depression. *Psych-Z Psychoanal* 73, 2019, 140–145. DOI 10.21706/ps-73-2-140.

Fonagy, P. (2019). Zur Feier eines einzigartigen Projekts: Kommentar zur LAC-Depressionsstudie. *Psyche-Z Psychoanal* 73, 2019, 134–139. DOI 10.21706/ps-73-2-134.

Habermas, J. (1968). Technik und Wissenschaft als „Ideologie“?. *Man and World*, 1(4), 483–523.

Hampe, M. (2000). Pluralität der Erfahrung und Einheit der Vernunft. In: Hampe, M., Lotter, M. (Hrsg.), „Die Erfahrungen, die wir machen, sprechen gegen die Erfahrungen, die wir haben“. Über Formen der Erfahrung in den Wissenschaften. Berlin: Duncker & Humblot, 27–41.

Kaufhold, H., Bahrke, U., Kallenbach, L., Negele, A., Ernst, M., Keller, W., Rachel, P., Fiedler, G., Hautzinger, M., Leuzinger-Bohle-

ber, M., Beutel, M. (2019). Wie können nachhaltige Veränderungen in Langzeittherapien untersucht werden? Symptomatische versus strukturelle Veränderungen in der LAC-Depressionsstudie. *Psyche-Z Psychoanal* 73, 2019, 106–133. DOI 10.21706/ps-73-3-106.

Lebiger-Vogel, J. (2011). *Gute Psychotherapie: Verhaltenstherapie und Psychoanalyse im soziokulturellen Kontext* (Vol. 15). Vandenhoeck & Ruprecht.

Leichsenring, F., Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Jama*, 300(13), 1551–1565.

Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U., Beutel, M. (2002). „Forschen und Heilen“ in der Psychoanalyse. *Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

Leuzinger-Bohleber, M., Kaechele, H. (Eds.) (2015). *An open door review of outcome and process studies in psychoanalysis*, 3rd Edition. IPA Website.

Leuzinger-Bohleber, M., Hautzinger, M., Fiedler, G., Keller, W., Bahrke, U., Kallenbach, L., Kaufhold, J., Ernst, M., Negele, A., Schoett, M., Küchenhoff, H., Günther, F., Rüger, B., Beutel, M. (2018a). Outcome of Psychoanalytic and Cognitive-Behavioral Long-term-Therapy with Chronically Depressed Patients. A controlled trial with preferential and randomized allocation: *The Canadian Journal of Psychiatry*/DOI: 10.1177/0706743718780340.

Leuzinger-Bohleber, M., Hautzinger, M., Keller, W., Fiedler, G., Bahrke, U., Kallenbach, L., Kaufhold, J., Negele, A., Küchenhoff, H., Günther, F., Rüger, B., Ernst, M., Rachel, P., Beutel, M. (2019). Psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeitbehandlung chronisch depressiver Patienten bei randomisierter oder präferierter Zuweisung. *Ergebnisse der LAC-Studie*. *Psyche-Z Psychoanal* 73, 2019, 77–105. DOI 10.21706/ps-73-2-77.

Liliengren, P. (2019). https://www.researchgate.net/publication/317335876_Comprehensive_compilation_of_randomized_controlled_trials_RCTs_involving_psychodynamic_treatments_and_interventions.

Weingart, P., Carrier, M., Krohn, W. (2007). *Nachrichten aus der Wissensgesellschaft: Analysen zur Veränderung der Wissenschaft*. Velbrück Wissenschaft.

Foto: Mariane



Marianne Leuzinger-Bohleber

Dr. phil., em. Professorin für Psychoanalyse an der Universität Kassel; Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts (SFI) in Frankfurt am Main 2001–2016, nun Senior Scientist am SFI und an der Universität Mainz; Member des Scientific Boards des IDeA Centers der LOEWE Landesoffensive zur Entwicklung wissenschaftlich-ökonomischer Exzellenz; Lehranalytikerin (DPV); Visiting Professor: University College London, Co-Chair for Europe des Research Boards der International Psychoanalytical Association, Action Group der Society for Neuro-Psychoanalysis. Sie erhielt den Mary Sigourney Award 2016 und den Haskell Norman Prize for Excellence in Psychoanalysis 2017. Arbeitsgebiete: klinische und empirische Forschung in der Psychoanalyse, Adoleszenz, psychoanalytische Entwicklungspsychologie, Frühprävention, Psychoanalyse und Cognitive Science/Literaturwissenschaften/Wissenschaftstheorie.

Foto: Christa



Christa Leidecker

Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin DPV/IPA/DGPT, in eigener Praxis, langjährig als Analytikerin berufspolitisch engagiert in den Gremien von KV, KBV, Kammern, Leitlinien, G-BA sowie in den Gremien von DPV und DGPT und dem Gesprächskreis II.

Von der Profession zur Konfession

Welche Forschung brauchen wir, damit die Psychotherapie gefördert wird, die wir brauchen?

Von **Norbert Bowe** – kooptiertes Vorstandsmitglied

___Klaus Grawe gab 1994 mit seiner Veröffentlichung „Psychotherapie im Wandel – Von der Konfession zur Profession“ wesentliche Anstöße, Methoden der Evidenzbasierten Medizin (EbM) zum Standard der Psychotherapieforschung zu erheben. Anlässlich der Eröffnung des Freiburger Ausbildungsinstituts für VT im Jahr 2000 wagte er dann einen eher kritischen Zukunftsblick in die mitgebrachte Kristallkugel und mutmaßte, die störungsspezifische Psychotherapie könne sich bald zu Tode gesiegt habe. Im derzeitigen Wissenschaftsbetrieb ist vom zu Tode siegen allerdings noch nichts zu spüren. Die Studien zu RCT-untersuchten manualisierten (Kurz-)Therapien sind inzwischen zu einer Riesenlawine angewachsen, unter der alternative Forschungsansätze und schwerer operationalisierbare Verfahrensansätze zu ersticken drohen. Das könnte ein Fortschritt in Richtung Profession statt Konfession bedeuten, wenn denn die Vorzüge der nach sogenanntem Goldstandard der Evidenzbasierung geprüften Ansätze – im wesentlichen verhaltenstherapeutische – auch das wissenschaftlich Unzweifelhafteste und das für die Patientenversorgung Beste garantieren können. Für die meisten Wissenschaftler – über 90 Prozent in Deutschland und in der westlichen Welt sind verhaltenstherapeutisch ausgerichtet – ist diese Frage, welche Psychotherapie wir brauchen, schon bewiesen und beantwortet. Diese Gewissheiten sollen unter drei Aspekten untersucht werden:

1. Der Forschungsgegenstand Psychotherapie weist von vornherein grundsätzliche Probleme auf, die eine Beweisführung erschweren: Bei Wirksamkeitsstudien von Pharmaka bei somatischen Krankheiten ist die Wirksubstanz ein Objekt, eine klar

definierte chemische Verbindung, die ohne Verunreinigungen auf eine von der Persönlichkeit des Patienten abtrennbare, zumeist gut definierte Krankheit einwirkt. Bei der RCT-Forschung in der Psychotherapie, die als Standard der Evidenzbasierung gilt, werden Interventionen,

- die als zwischenmenschliche Interaktion niemals eindeutig definiert und in einer Reinform dargeboten werden können,
- erst recht nicht unbeeinflusst durch andere zwischenmenschliche Wirkfaktoren, gegeben bei krankhaften Störungen,
- die keine Krankheitseinheit darstellen, sondern symptomdefinierte Zustände unterschiedlicher Genese mit hohen Überschneidungen zu anderen Störungsbildern,
- und die darüber hinaus sich nicht von der individuellen Persönlichkeit des Patienten trennen lassen.

Allein diese Tatsachen verlangen eine zurückhaltende Interpretation von Studienergebnissen.

2. Wegen dieser Probleme müssen in der Forschung sowohl Störungsauswahl als auch Behandlungsart den Studienzwecken angepasst werden, damit sie überhaupt so zu beforschen sind: Es müssen Patienten mit möglichst „reinen“ Störungsbildern selektiert werden, um die Wirksamkeit der untersuchten Störung zuordnen zu können, wodurch folglich durchschnittlich zwei Drittel der Patienten (d. h. typische komorbide und stärker Belastete des Versorgungsalltags) von der Untersuchung ausgeschlossen werden. Und die zu untersuchenden Interventionen müssen einem Manual folgen, quasi „rein“ gegeben werden, um deren Wirksamkeit störungsspezifisch nachweisen zu können. Und die notwendige Schulung der Studientherapeuten zur Sicherung

der Reinheit der manualisierten Interventionen, führt dazu, dass diese nicht nur nicht verblindet gegeben werden, sondern sogar unvermeidbar direkt beeinflusst. Die Nationale Versorgungsleitlinie unipolare Depression stellt dazu fest, dass dadurch die therapeutische Orientierung des Forschenden das Studienergebnis erheblich beeinflusst („Allegiance-Effekt“), darüber hinaus die Vergleichsmethode im Studienkontrollarm oft von unangemessen qualifizierten Behandlern angeboten wird und es kaum Studien gibt, die auch den Nutzen unter Versorgungsbedingungen untersuchen und über ausreichend lange Behandlungs- und Katamnesezeiträume verfügen.

Eine einfache Rechnung kann die Versorgungsbedeutung der Wirksamkeitsnachweise von RCT-Studien verdeutlichen: Zwei Drittel der Patienten des Störungsbildes werden wegen Komorbidität von der Studie ausgeschlossen, die übrigen 33 Prozent weisen Besserungsraten zwischen 50 bis 60 Prozent auf. Wenn von den verbleibenden 20 Prozent, bei denen eine Wirksamkeit der Intervention nachgewiesen wurde, nach optimistischer Einschätzung die Hälfte auch eine anhaltende Besserung erreicht, verringert sich der Anteil auf circa 10 Prozent der Betroffenen, für den ein langfristiger Nutzen belegbar ist. Reicht diese Basis aus, darüber zu befinden, welche Psychotherapie wir brauchen, um unseren Patienten helfen zu können?

3. Darüber hinaus weist Jonathan Shedler im „Journal of Psychological Therapies in Primary Care“ (2015;4:S. 47–59) auf weitere Einschränkungen hin: Statistisch signifikante Überlegenheit ist nicht gleich klinisch bedeutsam, sichert keinen Patientennutzen. Bei der ersten großen



Illustration: Sélim Ben Brebbin

NIMH-Studie in den USA wies zum Beispiel die CBT-Kurztherapie nur eine bessere Wirksamkeit von 1.2 Punkten der 54-Punkt-Hamilton-Depression-Rating-Skala gegenüber der Placebo-Kontrollgruppe auf – eben nicht signifikant überlegen in umgangssprachlicher Bedeutung. Shedler führt auch beispielhaft eine MINH-unterstützte Studie zur PTBS für den weit verbreiteten Usus an, Alternativtherapien im Studien-Kontrollarm von dafür nicht qualifizierten Studientherapeuten durchführen zu lassen. Das Ergebnis der Überlegenheit von CBT lässt sich aufgrund unakzeptabler Kontrollbedingungen nicht verwerten: Die psychodynamische Kurztherapie wurde von für CBT zugelassenen graduierten Studenten nach nur 2 Manual-Trainingstagen durchgeführt. Die graduierten CBT-Studenten wurden hingegen vom Entwickler des CBT-Therapieansatzes selbst in 5 Tagen unterrichtet. Dass dies absolut kein Einzelfall war, ergab

eine Überprüfung von 2.500 Studien mit Therapievergleichen: Bei genauer Sichtung blieben lediglich 14 (!) Studien übrig, bei denen Patienten im Kontrollarm fachgerecht eine Vergleichstherapie erhalten hatten.

Angesichts dieser Sachlage wäre Bescheidenheit angesagt, was die Beweiskraft von RCT-Studien anbelangt – zumal die meisten Studien sich mit Nachweisen, gemessen mittels Surrogat-Parametern, begnügen, statt Patientennutzen anhand von Endpunkten zu messen (wie Heilung, Verbesserung der Lebensqualität, physische und psychische Gesundheit, Senkung von Gesundheitskosten und Sozialkosten wie zum Beispiel durch AU). Doch nicht mit Zurückhaltung, sondern mit Glaubensgewissheit wird zum Beispiel über eine Metaanalyse von Leichsenring geradezu vernichtend geurteilt, die zu dem Ergebnis kam, dass Langzeittherapien wirkungsvoll sind (wo doch sich viele Therapieforscher,

eben VT-Forscher, einig seien, dass es nur unzureichend Hinweise auf die Wirksamkeit der Psychoanalyse gäbe): „Allerdings sind tendenziöse und damit letztendlich falsche Zusammenfassungen von Studien auch kein Kavaliersdelikt: Der volkswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Schaden durch eine solche Art der Informationsvermittlung ist immens, und der persönliche Schaden für die Patienten durch Fehlinformation der Behandler darf auch bei der Psychotherapie nicht heruntergespielt werden.“ Hier sind Teile der forschenden Profession wieder bei der Konfession gelandet, die mit allen Mitteln sinnvolle Alternativen harsch aburteilen. Denn umgekehrt stellt die völlige Fixierung auf die – leichtere – Beforschung von Kurztherapien und deren ungerechtfertigte Propagierung als beste und ökonomischste psychotherapeutische Praxis eine enorme Bedrohung des Spektrums der Psychotherapie dar, welche wir, d. h.

die Gesellschaft, die Patienten und die Psychotherapeuten, brauchen.

Bedroht erscheinen mehrere gesellschaftliche Bereiche:

1. Zuerst ist die Wissenschaft selbst bedroht: Wenn sie ihren Gegenstand, die Psychotherapie, zuerst mit Operationalisierung ihrer einzigen Standardmethode anpasst, dann ihre Ergebnisse unzulässig verallgemeinert und schließlich versucht, die Realität draußen ihren methodischen Konstrukten anzupassen, dann ist sie dabei, ein selbstreferenzielles System herzustellen. Die geschlossene Welt führt zu Verarmung: Auf der Strecke bleibt die Neugier, Forschungsinteresse am menschlichen Seelenleben, am Versorgungsalltag, am Patientennutzen sowie an anderen Behandlungsansätzen – abgesehen von operationalisierbaren Versatzstücken, die zur Konstruktion einer neuen Hybridtherapie taugen. Nicht nur Leichsenring stellt fest, dass „in der Psychotherapieforschung... immer wieder das gleiche gefördert (wird). Die Mittel gehen überwiegend in die Forschung von Kurzzeittherapien mit Sitzungen zwischen 12 und 16 Stunden. Insbesondere bei chronischen Störungen sind aber meist mehr Sitzungen erforderlich... Außerdem sollte gefragt werden, wie man den Patienten helfen kann, die bisher nicht ausreichend profitieren (non-responder)“. Stanford-Professor John Ioannidis findet laut SZ-Artikel vom 22.06.16, dass klinische Studien den Patienten zugutekommen sollten, doch „leider sind nicht nur die meisten Forschungsergebnisse falsch, sondern die meisten der richtigen Ergebnisse bringen auch keinen Nutzen... Es wird untersucht, was Aussicht auf schnelle Publikation, weitere Forschungsmittel und Ansehen verspricht. Das führt zu einer grotesken Schieflage und zu einer Geldverschwendung von 90 Prozent der Mittel für klinische Forschung...“. Denn die Karriere hängt stark davon ab, wie häufig man innerhalb eines bestimmten Zeitraums Arbeiten veröffentlichte nach dem Motto: „Veröffentliche oder geh' unter“. Der Glaube immunisiert – und natürlich auch der Karrierevorteil.

2. Eine weitere Gefahr droht durch die Beeinflussung von Politik und Kranken-

kassen. Was schnell wirksam, kurz und preisgünstig ist, lässt sich bestens empfehlen. Psychotherapie scheint quasi beherrschbar und berechenbar zu sein. Dass Krankenkassenvertreter diese von angesehenen Wissenschaftlern propagierten Kurzmethoden gern als anzustrebenden Therapiestandard zur Schonung von Versichertenbeiträgen annehmen, ist verständlich. Die Einwirkung auf politische Entscheidungsträger ist aber noch folgenreicher. Mit der geplanten Anbindung der Psychotherapieausbildung an die psychologischen Fakultäten im Rahmen der Ausbildungsreform geraten Inhalte und Ausrichtung der Psychotherapie ganz in den Einflussbereich dieser Forschungstradition und monistischen Auffassung von Psychotherapie. Und ganz aktuell: Der im TSVG durch die Petition verhinderte § 92 (6a) soll nun mit dem Ausbildungsreformgesetz in gemilderter Sprachform, aber unverändertem Geist die psychotherapeutische Versorgung „verbessern“. In der neu gefassten Begründung heißt es: „Die Regelung hat das Ziel, eine an dem jeweiligen Bedarf für die Behandlung einer Erkrankung orientierte, zielgenaue, zeitgerechte und passgenaue Versorgung zu etablieren.“ Der Behandlungsbedarf soll „diagnoseorientiert und leitliniengerecht konkretisieren (zum Beispiel Behandlungsumfang und -intensität, Behandlungsart)“ werden. Ganz offensichtlich entspringt diese Form von mechanischer Behandlungszuteilung dem Geist des Forschungsmainstreams. So wird der Druck auf die Psychotherapie erhöht und werden Behandlungsprozesse beeinflusst – zum Schaden der Patienten.

3. Zuletzt soll auf Forschung für die Praxis fokussiert werden. In der Psychotherapie ist es auch nicht anders als in der Chirurgie: wie sehr jemand sein Fach beherrscht, zeigt sich insbesondere an den kniffligen Fällen. Die kommen in der Mainstreamforschung aber meist nicht vor. Wie anders ist da der Ansatz der LAC-Studie an chronisch depressiven Patienten von M. Leuzinger-Bohleber, M. Hautzinger et al. (Klett-Cotta: *Psyche-Z Psychoanal* 73, 2019;2: Seite 77-133): Dort wurden vergleichend psychoanalytische und kognitiv-behaviorale Langzeitpsycho-

therapien an Patienten der realen Versorgung, selektiert nach einem hinreichenden Schweregrad der Erkrankung, durchgeführt von erfahrenen Psychotherapeuten. Sorgfältigste, von beiden Verfahrensvertretern durchgeführte Diagnostik, verblindete Auswertung, dabei nicht nur die Symptomebene, sondern auch die Strukturebene berücksichtigt. Zu einem solchen Unterfangen gehört inzwischen Mut, angesichts des hohen Aufwandes und der kompakten Front der Mainstreamforscher, die bei Abweichungen vom Standard-Design deren Ergebnisse rasch anhand methodischer Einschränkungen als nicht verwertbar (ab) qualifizieren. Psychotherapie bei komplexen Erkrankungen braucht länger, deren Beforschung ist aufwendiger, risikoreicher (wegen der Drop-outs) und die Katamnezeiträume müssen für Jahre anberaumt werden. Das ist für eine schnelle Karriere denkbar ungeeignet. Diese Forschung an und in der Versorgung braucht die Psychotherapie. Sie liefert praxisverwertbare Aussagen, nachgewiesenen Patientennutzen, gibt Anstöße für weitere Fragestellungen und Forschungsansätze über das Studien-Einerlei der Gegenwart hinaus. Zur LAC-Studie sei noch angemerkt, dass auch der VT-Arm Langzeit-Richtlinienpsychotherapie durchführte – die eben nicht den „evidenzbasierten“ RCT-Kurzmethoden entsprach und nur deshalb auch Nutzen nachweisen konnte. Bisher war die Lehrmeinung: Langzeittherapien lassen sich nicht methodisch sauber auf Wirksamkeit untersuchen, woraus gefolgert wird: Was nicht mit RCT-Goldstandard als wirksam nachgewiesen werden kann – ungeachtet der mangelnden Eignung der RCT-Methode für den Untersuchungsgegenstand –, ist als nicht wirksam zu bewerten. So auch die Logik der meisten Leitlinienempfehlungen. Die Untersuchungsmethode definiert, was Psychotherapiepraxis zu sein hat.

Die Ausrichtung auf RCT-Evidenzbasierung sorgt somit für den Dauerdruck auf die Psychotherapie in Richtung von kurz und schnell. Dagegen muss eine Psychotherapie für unsere Patienten mit hohem Engagement gegenüber Selbstverwaltung, Politik, Öffentlichkeit und dem Forschermainstream verteidigt werden. —

Foto: Cebulla



Welche Rolle spielen manualgestützte Kurzzeittherapien in meiner verhaltenstherapeutischen Praxis?

Eine Auseinandersetzung mit der Verhaltenstherapie zwischen Manual und Mensch

Von **Rainer Cebulla**

— Ich bin seit circa 30 Jahren niedergelassen als Verhaltenstherapeut. Wenn ein/e neue/r Patient/in in unsere Praxis kommt, führen wir zunächst mindestens eine psychotherapeutische Sprechstunde durch, um zu überprüfen, ob sie/er eine Akutbehandlung, eine ambulante Psychotherapie, eine stationäre Behandlung, eine Paar- oder Familientherapie, eine reine Beratung oder auch nur die Bestätigung braucht, dass ihre/seine aktuellen Reaktionen völlig gesund sind (was durchaus auch immer wieder mal vorkommen kann). Außerdem überprüfe ich, falls sich das Vorliegen einer Störung von Krankheitswert abzeichnet, ob der/die Patient/in in der Lage und ausreichend motiviert ist, eine ambulante Richtlinienpsychotherapie zu absolvieren. Sonst verweise ich gegebenenfalls auf andere Hilfsangebote.

Schon in diesen psychotherapeutischen Sprechstunden, verstärkt aber in den folgenden probatorischen Sitzungen, überlege ich parallel, ob ich mit meiner verhaltenstherapeutischen Ausrichtung und meinem verhaltenstherapeutischen Werkzeugkasten und ich als Person, mit meinen Eigenschaften, Stärken und mit dem, was mir nicht so leichtfällt, in diesem speziellen Fall weiterhelfen kann. Weiter überprüfe ich durch Nachfragen, ob sich zwischen mir und dem/der Patienten/in eine Vertrauensbasis entwickelt. Das hängt meiner Erfahrung nach ganz entscheidend davon ab, wie weit ich sein/ihr Störungsmodell erfasse und ob wir dann ein gemeinsames Störungsmodell erarbeiten können. Dazu stelle ich unter anderem eine oder mehrere Verdachtsdiagnosen, die ich in der Folge zu erhärten versuche. Aus diesen Diagnosen leitet sich natürlich evtl. auch ein Teil dieses Störungsmodells ab (Depression -> gegebenenfalls Verstärkerverlust u/o kognitive Verzerrungen/Phobie -> gegebenenfalls klassisch konditionierte und operant stabilisierte Angst,

Modell- oder semantisches Lernen...um nur ein paar der bekanntesten „Klassiker“ zu nennen). Um ein Vielfaches wichtiger ist aber, dass ich den Menschen gegenüber kennen- und verstehen lerne, seine Probleme, sein bisheriges Leben, sein Welt- und Selbstbild, seine individuelle Lerngeschichte...

Und relevant für das Entstehen eines Vertrauensverhältnisses ist meiner Erfahrung nach vor allem die Art, in der ich nachfrage,

- ob ich mich lange genug von der Lebensgeschichte der/des Patienten/in „anmuten“ lasse und eben nicht zu schnell eine Hypothese bilde,
- wie sehr ich mich dafür interessiere, was noch passiert, wenn das oder jenes passiert und welche Bedeutung die/der Patient/in dem gibt,
- wie gut es uns gemeinsam gelingt, wohlwollend, zugewandt, mit echtem Forscherinteresse und nicht bewertend ihre/seine Reaktionen zu verstehen.

Nur so kann die/der Patient/in meiner Erfahrung nach selbst mit zunehmendem Wohlwollen auf ihre/seine Verstrickungen, lerngeschichtlich erworbenen Verhaltensmuster und diese vielen kleinen Momente schauen, in denen sie/er vielleicht anders reagieren, sich anders verhalten will, es aber zum x-ten Mal nicht schafft. Dann kann ich mit ihm/ihr gemeinsam herausarbeiten, was es ihm/ihr schwer macht. Das sind so viele unterschiedliche, individuelle Dinge (ein dysfunktionales Umfeld, das geändert werden muss, fehlende Übung/gegebenenfalls auch neuronale Strukturen/automatisierte gelernte Reaktionen gegebenenfalls kognitiv u/o auf der Körperebene u/o vom Energielevel -> da wieder zu hoch oder zu niedrig..., um nur einige Beispiele zu nennen). Oft kann ich erst genau sagen, was ich in dem speziellen Fall alles überlege, wenn ich die/den Patienten/in mit ihren/seinen Reaktionen vor mir habe.

Natürlich habe ich als Verhaltenstherapeut auch permanent die offenen und heimlichen Kognitionen des/der Patienten/in im Blick und denke entlang der Lerntheorien. (Was löst gegebenenfalls klassisch konditioniert was als Nächstes bei ihm/ihr aus? Welche verstärkenden, „bestrafenden“ oder löschen-den Faktoren wirken in der jeweiligen Situation? Modelle?...) Viele gute Theorien und viele von diesen und weiteren Bausteinen finden sich, permanent durch Forschung aktualisiert, natürlich auch in störungsspezifischen VT-Manualen wieder. Und diese Elemente können gegebenenfalls auch helfen, dass sich die/der Patient/in dadurch „gesehen“ oder „verstanden“ fühlt, wenn ich ihr/ihm diese erläutere und sie auf ihre/seine individuelle Situation übertrage. Aber was ich in der Sitzung tue, hat vorrangig mit dem Menschen mir gegenüber zu tun. Ich habe VT gelernt als eine Sichtweise auf den Menschen, in der ich mir der Lerntheorien im therapeutischen Prozess permanent bewusst bin und dieses Wissen permanent im Veränderungsprozess anwende. Dies schärft meinen Blick auf die Situation und die Problematik der/des Patienten/in.

Mal höre ich vor allem zu, mal bin ich sehr aktiv. Mal konfrontiere ich an bestimmten Stellen. Mal validiere ich vor allem (das heißt ich „erkenne“ das subjektive Erleben des/der Patienten/in (an) und unterstütze ihn/sie darin, sich selbst ernst zu nehmen), weil ich davon ausgehe, das ist alles, was mein/e Patient/in gerade braucht, um an dieser Stelle weiterzukommen. Mal gebe ich sehr konkrete Änderungshinweise und führe sehr klar, weil ich davon ausgehe, mein Gegenüber muss erst mal bestimmte Erfahrungen machen, um sich dann für das Alte oder das Neue entscheiden zu können. Praktisch immer mache ich meine Überlegungen gegenüber meinen Patienten/innen offen und wir suchen gemeinsam.

Mein Werkzeugkasten hat sich über die Jahre angereichert mit Elementen aus den humanistischen und psychodynamischen Therapien und in den Jahren meiner Tätigkeit an der Erziehungsberatungsstelle mit einer Reihe von Werkzeugen aus dem systemischen Kasten, so wie sich die VT über die Jahre angereichert hat mit Werkzeugen, die mit den klassischen Ursprüngen der VT oft nur noch entfernt zu tun haben (leider manchmal auch ohne explizit zu sagen, wo die Ideen herkommen). Manchmal ist erstaunlich, wie ähnlich sich manche, ganz unterschiedlich benannten, Werkzeuge aus verschiedenen Kästen dann doch in der Anwendung sind. Manche sind sie dann aber auch wirklich ganz unterschiedlich und werden vor einem ganz anderen Hintergrund (aus einem anderen Blickwinkel) angewendet. Ich fände es extrem bedauerlich, wenn irgendwann eine psychotherapeutische Monokultur entstehen würde und bin sehr froh, dass ich mein Leben lang auch immer von den anderen Sichtweisen auf den Menschen lernen konnte.

Gerade weil ich den/die Patienten/in und seine/ihre Interaktionen mit seiner/ihrer Umwelt permanent forschend ansehe, habe ich als mir als therapeutische Haltung angewöhnt, Interventionen nicht im Rahmen eines festen Plans zu sehen, den ich abarbeite, sondern als Experiment, dessen mögliches Scheitern mir weitere Informationen über meine/n Patienten/in, ihre/seine gegebenenfalls sich widersprechenden Impulse, ihr/sein Umfeld und die Interaktion zwischen all dem liefert. Diese Haltung zum Beispiel habe ich vorrangig in einer meiner „anderen“ Therapieausbildungen in Gestalttherapie gelernt. Und ich habe gelernt, mich immer wieder auch auf meine Intuition zu verlassen, auch wenn es mir hinterher sehr wichtig ist, diese Intuition mit dem Verstand nachzuvollziehen und (auch lerntheoretisch) begründen zu können, nachdem die/der Patient/in und ich etwas mehr von dem verstanden haben, was da damals oder auch jetzt gerade passiert ist. Mein damaliger Ausbilder in Gestalttherapie hat diesen Anspruch, Intuition im Nachgang begründen zu können, in unserer Ausbildung immer wieder explizit formuliert. Von ihm stammt auch dieser meines Erachtens sehr kluge Satz: „Eigentlich müsste man die Therapie für jeden Patienten neu erfinden!“, den ich im Prinzip eins zu eins auf die VT übertragen kann. Wenn mir das gelingt, die ganze Therapie über wach, aufmerksam und an meinem Gegenüber interessiert zu bleiben, lerne ich ihn/sie mit jeder Sitzung noch ein Stück besser kennen. Dann können wir unser bisheriges gemeinsames Vorgehen gegebenenfalls anpassen, nachjustieren oder manchmal sogar sinnvollerweise ein gutes Stück über den Haufen werfen, wenn sich neue Erkennt-

nisse ergeben. Ich arbeite so in einer permanenten Verschränkung von Diagnostik und Therapie. Problematisch wäre aus meiner Sicht, aufgrund einer Diagnose ein fertiges Therapiekonzept zu haben und das dann mit Beziehungstechniken, die die Adhärenz fördern sollen, der/dem Patienten/in „nahezubringen“.

Über den geschilderten therapeutischen und diagnosegeleiteten Blick hinaus ist es außerdem meiner Erfahrung nach sehr wichtig, parallel immer auch das gesamte Leben meiner Patienten einfach mit gesundem Menschenverstand anzusehen. Gar nicht selten (und ich habe den Eindruck, über die Jahre zunehmend öfter) muss ich einen Menschen in meiner Praxis auch darauf aufmerksam machen, dass es so etwas gibt wie Arbeitsrecht oder Sozialberatung beim VDK oder gute Anwälte oder das Opferentschädigungsgesetz oder Menschenrechte. Manchmal muss ich ihm/ihr Mut machen, hier etwas einzufordern. Manchmal muss ich verstehen und aushalten, warum genau das (zumindest in der aktuellen Lebenssituation oder aufgrund seiner/ihrer bisherigen persönlichen Erfahrungen) für ihn/sie gerade nicht geht. Manchmal ist es gut, sie/ihn darin zu unterstützen, einen Klinikaufenthalt „gut zu überstehen“, den sie/er aus sozialrechtlichen Gründen absolvieren muss, obwohl der momentan wohl kaum etwas bringen wird und die/der Patient/in immer wieder in Situationen war, in denen sie/er etwas über sich ergehen lassen musste, das ihr/ihm nicht gutgetan hat. Wenn es gut geht, geht sie/er auch daraus gestärkt hervor, hat gelernt, mit belastenden Situationen weniger selbstabwertend umzugehen. Wenn ich all dies außer Acht lassen würde, würde ich meiner Erfahrung nach gegebenenfalls mit noch so effektiven Programmen an der/dem Patienten/in vorbei therapieren.

Irgendwann ist dann der Punkt, an dem der/die Patient/in und ich merken, dass die ursprünglichen Symptome deutlich reduziert oder zumindest bei Weitem nicht mehr so belastend sind und wir uns entschließen, die Therapie an dieser Stelle (vielleicht auch nur zunächst) zu beenden. Das tritt übrigens in meiner Praxis höchstens ganz zufällig am Ende irgendwelcher „Therapiekontingente“ auf.

Natürlich gibt es auch mal Patienten/innen, die zum Beispiel mit einer isolierten Phobie in meine Praxis kommen und nach einigen Sitzungen weitgehend symptomfrei wieder gehen. Der Normalfall ist das aber sicher nicht. Und natürlich gibt es, gerade in der VT, jede Menge therapeutische Bausteine oder auch sinnvolle Reihenfolgen von Bausteinen, wie sie auch in Manualen stehen, die sich in der Hand eines/r erfahrenen (Verhaltens-)Therapeuten/in immer wieder bewähren (wenn sie gut auf den individuellen „Fall“

abgestimmt werden).

Fazit: In meiner verhaltenstherapeutischen Praxis spielen manualgestützte Kurzzeittherapien eine geringe Rolle. Die darin enthaltenen verhaltenstherapeutischen Elemente, individualisiert auf den Menschen angepasst, der mir gegenüber sitzt, spielen eine nicht unerhebliche Rolle. Die größte Rolle spielt allerdings hoffentlich auf Dauer der Mensch, der mir gegenüber sitzt mit seinem gesamten Leben und seinem aktuellen Leiden.

Im Kabinettsentwurf des „Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ ist jetzt plötzlich wieder ein neuer Satz aufgetaucht, mit dem so keiner gerechnet hatte: „... der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren“. In den Erläuterungen dazu steht: „Die Regelung hat das Ziel, eine an dem jeweiligen Bedarf für die Behandlung einer Erkrankung orientierte, zielgenaue, zeitgerechte und passgenaue Versorgung zu etablieren.“ Die bisherigen starren Therapiekontingente passen oft nicht zu den Menschen in meiner Praxis. Aber wie soll denn jetzt bitte der G-BA anhand von Diagnosen Behandlungsbedarf leitliniengerecht konkretisieren („z. B. Behandlungsumfang und -intensität, Behandlungsart“). Das muss ich doch vor Ort gemeinsam mit der/dem Patienten/in machen. Keine zwei „gleichen Diagnosen“ bei Menschen sind die gleichen, oft nicht einmal annähernd. Insofern ist der m. E. vernünftigste Teil dieses Passus der darauf folgende Satz: „... Weicht im konkreten Einzelfall der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten der individuelle Behandlungsbedarf vom Regelbedarf ab, ist sicherzustellen, dass die Behandlung durch den behandelnden Psychotherapeuten schnell angepasst werden kann.“ Ich würde ja wirklich gerne glauben, dass es mit diesem neuen Passus insgesamt darum gehen soll, die Behandlung möglichst gut auf die individuellen Situation und das individuellen Leiden des/der Patienten/in abzustimmen und nicht vor allem um Konfektionierung, kurzfristige Pseudoeffektivität und Kostenreduktion. Manchmal überkommt mich allerdings auch eine, in den Jahren meines berufspolitischen Engagements entstandene, Ernüchterung. Na ja, die Hoffnung stirbt bekanntlich zuletzt. —

Rainer Cebulla

Seit 1990 niedergelassen in eigener Praxis, anfangs parallel zur angestellten Tätigkeit. Seit dem auch berufspolitisch aktiv. Stellvertreter der Vorsitzender im bvvp Bayern und Mitglied im bvvp-Bundesvorstand.

Lehrvideo zur Schematherapie mit Jugendlichen

Empfehlenswertes DVD-Lehrstück zur Kompetenzerweiterung

Von **Ariadne Sartorius – Mitglied des Vorstands**

Die Schematherapie konnte sich in der Verhaltenstherapie als Weiterentwicklung und Ergänzung der kognitiven Verhaltenstherapie gut etablieren. In ihr werden dysfunktionale Schemata ausfindig gemacht und zum Beispiel über die sogenannte Modusarbeit dahingehend verändert, dass funktionale Wege gefunden werden können. Erfreulich ist, dass dabei auch eigene Konzepte der Anwendung bei Kindern und Jugendlichen entwickelt wurden, die inzwischen mehrfach publiziert wurden.

Einer, der sich – als die Schematherapie in Deutschland noch in den „Kinderschuhen“ steckte – bereits als Psychotherapeut in Ausbildung der Entwicklung der Anwendungsformen der Schematherapie bei Kindern und Jugendlichen widmete, ist Christof Loose. Zusammen mit Peter Graf hat er die Entwicklung spezifischer Ansätze der Behandlung von Kindern und Jugendlichen maßgeblich vorgebracht, Lehrbücher verfasst und ist seit Langem in der Fortbildung tätig. Mit ihrem Video „Schematherapie mit Kindern“ haben Loose und Graf 2014 ein erstes Therapievideo zur Schematherapie mit Kindern zur Verfügung gestellt.

Nun hat Loose gemeinsam mit Claus Lechmann ein Video-Learning entwickelt, das der Behandlung mit Jugendlichen gewidmet ist. Als weiteres Therapiemodell ist hier auch die Arbeit von Eva Dresbach als Gasttherapeutin zu sehen.

Auf zwei DVDs erhalten Psychotherapeuten Einblicke in die praktische Arbeit

mit Jugendlichen im Alter von 12 bis 21 Jahren. Das therapeutische Vorgehen wird anhand von vier Fallbeispielen gezeigt. Diese Behandlungen wurden mit Schauspielern in der Patientenrolle nachgestellt.

Auf der ersten DVD wird umfänglich die Behandlung eines 15-jährigen Jugendlichen mit aggressiver und depressiver Symptomatik dargestellt. Dabei können die verschiedenen Techniken der Schematherapie nachverfolgt werden wie beispielsweise die Erstellung positiver Schemata (Wie exploriere ich einen Patienten, um diese zu finden?), die Erstellung eines Modusmodells, das Führen eines Modusinterviews oder auch die Techniken zur Herstellung einer funktionalen Balance mittels eines Stühledialogs.

Auf der zweiten DVD werden verschiedene Therapiephasen vorgestellt. Vom Erstkontakt über eine Exploration von Modi unter Einsatz von Bildkarten, über psychoedukative Ansätze, dem Umgang mit zum Beispiel einem emotional fordernden Modus bis zum Umgang der BehandlerInnen mit dem Ärger von PatientInnen können verschiedene Phasen einer Therapie nachvollzogen werden. Dargestellt wurde mit Hilfe von PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, sozialen Ängsten und Störungen aus dem Autismus-Spektrum, wie mit Jugendlichen gearbeitet werden kann, die in ihrem psychosozialen Funktionsniveau sehr stark beeinträchtigt sind.

In der Verhaltenstherapie gibt es viele

Konzepte zur Behandlung eben jener Patientengruppe, die auch psychosozial stärkerer Förderung bedarf. Eines der Konzepte, das sehr hilfreich sein kann, ist die Schematherapie. Wie die Arbeit mit ihr aussehen kann, machen diese Lehrvideos nachvollziehbar.

Sie bieten daher allen eine gute Orientierungsmöglichkeit, die einen ersten Einblick in die Arbeit mit der Schematherapie gewinnen möchten – und sind zudem für jene hilfreich, die die Kenntnisse und Fähigkeiten aus ihrer Schematherapiefortbildung manifestieren und Gelerntes in den Praxisalltag integrieren möchten. Damit auch dies gut gelingt, sind die in den Videos dargestellten Materialien zusätzlich online ausdrückbar.

Ein empfehlenswertes Lehrstück für alle verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die ihr Kompetenzspektrum erweitern möchten.

INFO plus Cover

DVD-ROM

Verlag: Beltz (2019)
ISBN-10: 3621286780
ISBN-13: 978-3621286787

Preis: 86,67 Euro



Schmerzen – Notrufe aus dem Körper

Hanne Seemann, Arzt und Psychotherapeut, beleuchtet ein zu Unrecht weitgehend unbeachtetes Thema

Von **Peter Stimpfle**

—Mit diesem Buch schließt sich ein Kreis, wenn Hanne Seemann die Besonderheiten hypnosystemischer Schmerztherapie zusammenfasst. Schmerz wird in der Zwangsoptimierungsgesellschaft als störend erlebt und muss schnell weg. Dies ist menschlich verständlich, jedoch ist zu fragen, ob dies im Sinne der Betroffenen ist. Wenn Schmerzen Notsignale eines aus dem Gleichgewicht geratenen Körpers sind, dann sollte man das berücksichtigen. Dann geht es nicht darum, Ursachen zu finden, sondern Einstellungen, Verhaltensweisen und gewohnte Lebensweisen so zu ändern, dass der Körper keine Notsignale mehr senden muss. Diese Sicht ist derzeit nicht populär. Wozu es führt, wenn man sich zu sehr nach dem Populären richtet, ist derzeit nicht nur in den USA zu besichtigen: schnell was wegmachen und langfristig hohe Folgekosten ausblenden. Bevor man einen Alarm wie den Feuermelder abschaltet, sollte man wissen, worauf der hinweist! Wir neigen dazu, mit Maschinen achtsamer umzugehen, als mit uns selbst. Körper-Notsignale wachen unbestechlich über uns. Selbstverständlich ist bei Schmerz zuerst eine sehr sorgfältige organmedizinische Abklärung nötig. Erst dann kann man sich damit beschäftigen, worauf psychosomatischer Schmerz hinweist. Dabei handelt es sich oft um verborgene Sehnsüchte, anders zu leben. Der Körper spiegelt den Preis perfektionistischen Optimierens, das was auf der Strecke blieb, das, was wir bedenkenlos geopfert haben für die Übertreibung von Pflicht, Verantwortung, funktionieren müssen, alles unter Kontrolle haben. Andere wich-

tige Lebensanliegen wurden dafür gnadenlos geopfert. Rücksichtslos wird alles optimiert: Körper, Kleidung, Aussehen, Selbst, Kinder, Gebäude, Autos, Computer, Produktion, Bücher, Texte... Schmerz ist ein Signal des Körpers, der sich dagegen wehrt, ständig unter Leistungsdruck zu stehen. Der damit aus seiner gesunden Mitte getrieben wird und der aus Selbsterhaltungsgründen bestrebt sein muss, Ausgleich herzustellen zwischen Ruhe & Anspannung, Geben & Nehmen, Tun & Geschehen lassen, Machen & SEIN. Diese Warnung kommt nicht zufällig, sondern signalisiert den Übergang in den nächsten Lebensabschnitt, in dem es gilt, sich nicht ausschließlich über Leistung zu definieren. Die Reifungskrise besteht darin, dass wir den nächsten Abschnitt in den Lebensjahreszeiten betreten, den wir mit den bisherigen Einstellungen nicht bestreiten können. Für unsere moderne Lebensweise opfern wir viele Freiräume. Wenn diese sich in Form von Süchten wieder melden, werden auch diese unbarmherzig bekämpft. Wichtige emotionale Bedürfnisse wie Anerkennung, Selbstwert, Kompetenz, Zugehörigkeit und Sicherheit werden nur über Leistung außenabhängig bedient, andere sogar völlig abgewertet (Autonomie, Spiel, Spaß, Rebellion). Der Selbstwert hängt von nie genügender Leistung ab: willkommen im Hamsterrad der Karriereleiter. Lebendige Organismen organisieren sich in Kreisläufen, wie die Jahreszeiten, wo es kein ständiges Besser gibt: Im Herbst fallen die Blätter, damit im Frühling neue blühen können. „Die Zeit ist aus den Fugen“, sagte schon Hamlet. Es geht

darum, eine achtsame Balance zwischen Machen und SEIN einzuüben, die sich nicht durch Einsichten erreichen lässt, sondern aktive Einübung bedarf. Die Signale des Körpers sind wichtige Hinweise, die es gilt, möglichst früh zu bemerken, denn sie weisen untrüglich darauf hin, wann wir im fleißigen Bemühen Gefahr laufen, es zu übertreiben. Dann gilt es, sich treiben zu lassen, dem Leben zu vertrauen. Loslassen, biografische Wunden schließen, ruhen, festgefahrene Routinen lösen. Macher fragen an dieser Stelle, wie man das macht, allerdings kann man den Teufel nicht mit Beelzebub austreiben. Wie kann es gehen? Mit der als unnützlich verteuerten Fantasie: Vorstellungstouren des Loslassens, in denen man sich erlaubt, zu träumen. Dann, wenn der beste Freund, den man haben kann, der Körper, es signalisiert. So leidvoll Schmerz sein kann, so wertvoll kann dieser werden, anders mit sich umzugehen: gnädiger. Im Umgang mit Patienten bedeutet dies, dass Schmerz als schwere Beeinträchtigung wertschätzend ernst genommen werden muss. —

INFO plus Cover

Klett-Cotta (2018)
ISBN-10: 3608892257
ISBN-13: 9783608892253

Preis: 29 Euro



Termine 2019

Veranstaltungen vom 18. Juni bis zum 1. September 2019

Juni – nur externe Termine

137. Verhaltenstherapiewoche der IFT-Gesundheitsförderung

Datum: 21. Juni 2019 - 24. Juni 2019

Thema: der Eröffnungsveranstaltung: Psychotherapie am Lebensende und in lebensbedrohlichen gesundheitlichen Situationen

Tagungsort: Universität zu Lübeck
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23562 Lübeck
Anmeldung: <https://www.vtwoche.de/luebeck.html>

AGNP Psychopharmakologie-Tage

Datum: 28. Juni 2019 - 29. Juni 2019

Thema: Themen der Psychopharmakotherapie

Tagungsort: Seminaris Campus Hotel
Berlin
Takustraße 3
14195 Berlin
Anmeldung: <http://agnp.de/>

Juli – nur externe Termine

Treffen Hamburger PiA-AG von ver.di

Datum: 4. Juli 2019

Tagungsort: Sitzungsraum Flottbek (Ebene 9)
Gewerkschaftshaus, Besenbinderhof 60,
20097 Hamburg
Beginn: 18:00 Uhr
Veranstalter: ver.di
Infos unter: <https://www.piaportal.de/detailansicht+M59e7e36d53b.0.html>

Begegnungen auf Augenhöhe - Verrückte Wahrheiten

Die hypnosystemische Tagung INNSBRUCK

Freitag 10. Juli bis Sonntag 12. Juli 2019
Milton Erickson Institut für Hypnosystemische Kompetenzerweiterung/ Innsbruck
Veranstaltungsort: Austria Trend Hotel
Innsbruck/Österreich

Datum: 10. – 12. Juli 2020
Zeit: Freitag 9 Uhr – 19 Uhr / Samstag 9 Uhr – 18 Uhr / Sonntag 9 Uhr – 13 Uhr
Information und Anmeldung: www.mei-innsbruck.at

9. Weltkongress der Verhaltens- und kognitiven Therapie: Kognitive Verhaltenstherapie am Scheideweg

Datum: 17. Juli 2019 - 20. Juli 2019

Tagungsort: City Cube Berlin
Messedamm 22
14055 Berlin
Anmeldung: <https://convention.visitberlin.de/de/kongresskalender/9-weltkongress-der-verhaltens-und-kognitiven-therapie-kognitive-verhaltenstherapie>

August – nur externe Termine

Arbeitskreis PiA der Hamburger Kammer

Datum: 9. August 2019

Thema: Vorbereitung Bundeskonferenz PiA, Kammerwahl! Infos wie das ganze abläuft und wer antritt eine erste Orientierung
Tagungsort: Hallerstraße 61
20146 Hamburg
Wann: 18:00 Uhr bis 21:00 Uhr

Berliner Fortbildungswoche Psychotherapie 2019

Datum: 26. August 2019 - 31. August 2019

Thema: Psyche am Limit - Leistung und Psychotherapie
Tagungsort: Haus der Psychologie
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Anmeldung: <https://www.psychologienakademie.de/produktansicht/veranstaltung/5546/>

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.)
Verantwortlich für den Schwerpunkt:
Eva Schweitzer-Köhn, Tilo Silwedel

Autoren: Ulrike Böker, Norbert Bowe, Ariadne Sartorius, Jürgen Doebert, Angelika Haun, Marina Ringel, Anja Manz, Robin Siegel, Martin Klett, Eva Schweitzer-Köhn, Tilo Silwedel, Peter Stimpfle

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

Projektleitung: Sonja Vukovic
Layout: Kaies Belaiba
Illustration: Selim Ben Brahim

Druck: Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG

Anzeigen: anzeigen@projekt-psychotherapie.de
Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2019

ISSN: 2193-3766

Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 14,80 Euro.
Abonnement 49,50 Euro inkl. Versand
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.

Sie arbeiten psychotherapeutisch und

- fühlen sich erschöpft und ausgebrannt?
- verlieren zunehmend ihre Motivation?
- haben im Hintergrund eigene ungelöste Themen?
- möchten gerne neue Interventionen kennen lernen?
- haben keine Freude mehr an ihrem Beruf?

Dann laden wir Sie ein:

**Kurzzeit-Aufenthalt
(13 Tage) für Kolleg/innen**

- kann zur professionellen Entfaltung gebucht werden
- sehr unterstützend bei Zweifel an der eigenen Wirkkraft
- Fragen zu den gezielten Interventionen sehr willkommen
- nutzbar auch als Selbsterfahrung
- hilfreich vor allem bei wiederkehrenden Themen

Das bieten wir:

- schon vorab ausführliches (telefonisches) Vorgespräch und Beziehungsaufbau mit dem Chefarzt,
- vor Ort täglich Einzeltherapie, täglich Chefarztbehandlung, täglich mehrfach Gruppentherapie

Unsere Konzepte wirken rasch und nachhaltig, denn...

- die therapeutische Beziehung wird als wohltuend erlebt (stets auf Augenhöhe)
- heilsame Entwicklungen und Erkenntnisse werden geankert
- und wirken daher anhaltend, also noch Monate und Jahre nach der Therapie
- wir achten auf systemische Allparteilichkeit - im Außen sowieso, aber
- genauso auch intrapersonell (bei Ambivalenzen)
- die Interventionen zielen trifokal auf Emotion, Kognition und Vegetativum

Sofortige Ergebnisse:

- wohltuend einsetzende Erleichterung direkt in der Sitzung
- Erfolgserlebnis und Selbstwirksamkeit („ich kann etwas bewirken“)
- positiv-freudige Erwartung für die eigene(!) nächste Sitzung

Weitere wichtige Aspekte:

- Angebot gilt für Selbstzahler und privat Versicherte
- Verpflegung auch veget. und vegan möglich
- Für Punkte durch Ärztekammer bitte nachfragen

Nähere Informationen:
www.valere-klinik.de
07755 93 99 40

Ausblick auf Ausgabe 03/2019

Generationenwechsel

Passend zum Relaunch unseres Magazins und zum anstehenden Wechsel unseres Verlages beschäftigen wir uns mit dem Generationenwechsel.

Anforderungen an unsere Arbeit, sowohl politisch als auch im Beruf, verändern sich ständig in immer schnellerem Tempo. Wir müssen uns ablösen, weiterentwickeln, Strukturen verändern, in sich daraus ergebenden Konfliktfeldern Lösungen finden und bestehen.

Auch in unserem Verband ist Bewegung zwischen den Generationen, alt werdenden, erfahrenen Vorständen und aufstrebenden, begeistert und engagiert mitarbeitenden KollegInnen des Jungen Forums. Lesen Sie von der Suche nach Formen einer gelingenden Zusammenarbeit und der gegenseitigen geistigen Befruchtung.

Freuen Sie sich auf Veränderung in einem spannenden neuen Heft.

Angebote 2019-2021

Begegnungen auf Augenhöhe

Die hypnosystemische Tagung Innsbruck – Verrückte Wahrheiten

Termin: 10. – 12. Juli 2020

Das MEI-Innsbruck veranstaltet im Juli 2020 die zweite hypnosystemische Tagung: „Begegnungen auf Augenhöhe“ in Innsbruck, der wir diesmal den Untertitel „Verrückte Wahrheiten“ gegeben haben.

„Verrückte Wahrheiten“ nehmen erheblichen Einfluss auf unser gegenwärtiges Leben: Fake news, prekäre Arbeitsbedingungen, heftige private und öffentliche Entwertungen, Benennung von Sündenböcken, einfache „Wahrheiten“ und eine beunruhigende Orientierungslosigkeit auf persönlichen und gesellschaftlichen Ebenen. Derzeitige Lebensformen fördern Entwicklungen, die biologische, individuelle und soziale Lebensgrundlagen von Menschen gefährden.

Diese Ausgangssituation hat auch Einfluss auf psychotherapeutische, psychosoziale, pädagogische und organisationale Lebenskontexte. Anpassungs- und Veränderungsprozesse sind notwendig. Deren sinnvolle Gestaltung stellt Individuen ebenso wie soziale Gemeinschaften (Paare, Familien, Teams, Organisationen) aber vor erhebliche Herausforderungen.

Mit der zweiten hypnosystemischen Tagung in Innsbruck bringen wir wieder Menschen und Themen zusammen, die überzeugende Beispiele für die konstruktive Gestaltung von Entwicklungsprozessen auf Augenhöhe vorstellen und austauschen.

Curriculum Klinische Hypnose nach Milton Erickson

Beginn nächstes Curriculums:
Februar 2020

Das Curriculum für Klinische Hypnose qualifiziert in der Anwendung hypnotherapeutischer Ansätze. Es ist so konzipiert, dass auch diejenigen, die bereits über psychotherapeutische Ausbildungen verfügen, die hypnotherapeutischen Methoden und Techniken in die bisherige psychotherapeutische Arbeitsweise bereichernd integrieren können.

Offene Weiterbildungsseminare des MEI-Innsbruck

Der geborgene Ort: Mag. Christian Christandl
24. – 25. Mai 2019

Hypno-See: Dr. Reinhold Bartl + Mag. Martina Gross: 30. – 21. Juli
2019

Umgang mit Depression: Dr. Cornelia Schweizer
27. – 28. September 2019

Therapeutische Arbeit mit Paaren: Mag.
Stefan Hamhnel
4. – 5. Oktober 2019

Therapie mit Angstpatientinnen: Mag.
Martina Gross

8. – 9. November 2019

Ich bin nicht immer meiner Meinung
Dr. Reinhold Bartl

22. – 23. November 2019

Schuldgefühle – Konflikte – Eskalationen
Dr. Reinhold Bartl

26. – 27. Februar 2021 Eichstätt

Gleich anmelden unter
www.mei-innsbruck.at

Informationen

Dr. Reinhold Bartl | Kochstraße 11 | A-6020 Innsbruck | Tel. 0043/664 390 50 72
Email: office@mei-innsbruck.at | www.mei-innsbruck.at