

**Hearing am 28. Januar 2009**  
**Statements der Organisationen und Verbände**  
**Thema 6 „Schwerpunktausbildung“**



Dr. Herbert Menzel

**Berufsverbandes der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V.**

*Prof. Dr. Paul L. Janssen, Dr. Herbert Menzel*

**Wir verweisen auf unsere bisherige Stellungnahme. Eine abschließende Stellungnahme erfolgt nach Vorlage des Gutachtens.**

Bisher hat sich die Ausbildung, orientiert an Grundorientierungen (Schwerpunktausbildung), bewährt. In den 3 bis 5 Jahren Ausbildung ist eine rein störungsorientierte Psychotherapieausbildung nicht zu gewährleisten, da zur Vermittlung der Grundlagen der Verfahren und der Methoden der jeweiligen Grundorientierung und zur Vermittlung von praktischen psychotherapeutischen Erfahrungen der Zeitraum benötigt wird. Hinzukommen können am Ende der Ausbildung, aber erst recht in der Fortbildung mehr störungsorientierte oder sogar störungsspezifische Psychotherapieverfahren. In allen Fällen ist auf eine wissenschaftliche Fundierung zu achten.

**Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.**

*Benedikt Waldherr*

Zentrales Ziel der Psychotherapeutenausbildung sollte eine möglichst gleichmäßige, qualitativ hochwertige Versorgung in allen Regionen des Bundesgebiets sein.

1. Eine störungsspezifisch ausgerichtete Ausbildung entbehrte zum derzeitigen Zeitpunkt allein schon aus Gründen der Begrenztheit der Aussagekraft empirischer Nachweise hinsichtlich des medizinischen Nutzens (Patientenbezogene Endpunkte) für eine große Zahl wichtiger Anwendungsgebiete einer hinreichend breiten wissenschaftlichen Basis, um eine Ablösung der Psychotherapieverfahren zu rechtfertigen.


2. Da außerdem die v.a. in Langzeittherapien im Vordergrund stehende Bearbeitung individuumspezifischer, biographiespezifischer Bedingungs- und Bedeutungszusammenhänge psychischer Störungen sich mit störungsspezifisch vormodellierten Behandlungsstrategien nicht hinreichend realisieren lässt, würde die störungsspezifische Ausbildung nur unzureichend auf die künftige Berufstätigkeit vorbereiten.

3. Unterschiedliche störungsspezifische Ansätze mit unterschiedlichen theoretischen und pathogenetischen Grundannahmen nebeneinander gelehrt zu bekommen, verhinderte ein fundiertes Kennen- und Anwendenlernen eines Verfahrens mit der Aussicht auf selbständige und kreative Umgangsweise damit in der Berufspraxis. Stattdessen würde der Ausbildungsteilnehmer einen Theorie-Flickenteppich vermittelt bekommen zu einem entsprechenden technizistischen Methoden-Flickenteppich.

4. Störungsspezifität wird der überwiegend zu behandelnden Komorbidität nicht gerecht und birgt die Gefahr, Behandlungskompetenzen nach Störungen aufzuteilen, was in Konsequenz zu einer Parzellierung von Versorgung und von Teilaspekten psychischen Leidens der Patienten führen kann.

Stattdessen ermöglicht die Wahl unter mehreren Therapieverfahren, in einem mit eigenen vernünftigen Überzeugungen und persönlichen Fähigkeiten kompatiblen Verfahren dessen „Sprache“ und Struktur sich anzueignen, und es dann souverän anzuwenden. Erst diese Souveränität erlaubt Anpassungen des eigenen Behandlungsvorgehens an die je individuellen Behandlungserfordernisse



	<p>des Patienten.</p> <p>Es muss auch in Zukunft gewährleistet sein, dass der niedergelassene Psychotherapeut in der Lage ist, alle wesentlichen Störungsbilder zu behandeln. Dafür hat sich in der Vergangenheit der Verfahrensbezug bewährt. Psychotherapeuten können dann in „ihr“ Verfahren im Laufe ihres Berufslebens weitere Kompetenzen integrieren - z.B. Weiterentwicklungen des Verfahrens, störungsspezifisches Wissen, eigene Behandlungserfahrungen.</p> <p>Zuletzt noch eine Frage zur praktischen Tätigkeit als Anregung: Macht es evtl. Sinn, diese statt am Anfang der Ausbildung mehr in der Mitte zu absolvieren, mit zwei Vorteilen: einer bereits gewonnenen psychotherapeutischen Grundkompetenz für klinische Tätigkeiten und damit auch einer besseren Grundlage für eine angemessene Bezahlung?</p>
	<p><b>Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG)</b></p> <p><i>Dr. med. Kurt Höfeld</i></p> <p>Das vom BMG in Auftrag gegebene Forschungsgutachten soll klären, ob Veränderungen entstanden sind, die eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes notwendig machen könnten.</p> <p>Aus unserer Sicht betreffen diese</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die durch die neu geschaffenen Studiengänge von Bachelor und Master veränderten Zulassungsvoraussetzungen für die beiden Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie</li> <li>2. die damit verbundene Frage, ob und ggf. wieweit Inhalte der jetzigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung bereits in das Studium integriert werden könnten und zu welchen Wirkungen dies führen könnte.</li> <li>3. Eine weitere Frage berührt die Bindung der Ausbildung an bestimmte Psychotherapieschulen gegenüber der Bindung der Ausbildung an bestimmte Störungsbilder.</li> </ol> <p>Die Forschungsgruppe hat für das vom BMG in Auftrag gegebene Forschungsgutachten um Stellungnahmen zu sieben Fragen gebeten, als Vertreter des DAGG nehme ich hier Stellung zu</p> <p><b>Vorbemerkung</b></p> <p>Das Psychotherapeutengesetz hat 1999 die Voraussetzungen für die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geschaffen. Die Ausbildung in Gruppenpsychotherapie ist indirekt insofern vorgesehen, als die <i>Vereinbarungen</i> der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Verbänden der Gesetzlichen Krankenkassen, die die rechtliche Grundlage für die Behandlung gesetzlich Krankensversicherter regeln, Nachweise über eine</p> <p>„entsprechende Zusatzqualifikation (<i>in Gruppenpsychotherapie</i>)...an oder über anerkannte Ausbildungsstätten gem. § 6 Psychotherapeutengesetz (<i>dieser beschreibt die Anerkennungsvoraussetzungen für staatlich anerkannte Ausbildungsstätten</i>) erworben werden“ (müssen).</p> <p>Mit dieser Formulierung der <i>Vereinbarungen</i> ist die Ausbildung in der Gruppenpsychotherapie an das Psychotherapeutengesetz gebunden, für deren sozialrechtliche Durchführung die RICHTLINIEN der KBV gelten.</p> <p>Die Gruppenpsychotherapie orientiert sich, soweit sie als Leistung der Gesetzlichen Krankenkassen anerkannt ist, an den auch für die Einzelpsychotherapie gültigen Behandlungs- und Anwendungsformen, nämlich den <i>psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren</i> einerseits und der <i>Verhaltenstherapie</i> andererseits. Weitere Verfahren bestehen auf der Basis der Humanistischen Psychologie (u. a. Psychodrama nach J. L. Moreno) und auf der Basis der</p>

Transpersonalen Psychologie. Allgemeine Definitionen darüber, was Psychotherapie ist, gibt es bei Wikipedia:

Psychotherapie ist die, auf wissenschaftlichem Wege gefundene, besondere Form einer kontrollierten menschlichen Beziehung, in der der Therapeut die jeweils spezifischen Bedingungen bereitstellt, um Veränderungen zu ermöglichen in Richtung Verminderung von seelischem/körperlichem Leiden. Eine gleichzeitige persönliche Weiterentwicklung kann damit auch verbunden sein. Durch die jeweils besondere Beziehungsgestaltung und die ausgewählten Anregungen des Psychotherapeuten, die Methoden genannt werden, erfährt der Patient auf unterschiedlichen Ebenen die verursachenden Zusammenhänge für sein Leiden. Gleichzeitig gewinnt er dadurch Zugänge, wie er besser mit sich und seinen Problemen umgehen kann, um ein Mehr an geistig und körperlichem Wohlbefinden zu erreichen. Entscheidend für die Wirkung der Psychotherapie ist, neben der Auswahl der angemessenen Methoden, die Qualität der therapeutischen Beziehung. Diese Qualität hat über alle Psychotherapieschulen hinweg sehr ähnliche Kriterien, wie: positive Wertschätzung, Einfühlung, Authentizität, soziale Kompetenz, Ehrlichkeit, Offenheit, Direktheit. Somit ist wirksame Psychotherapie bei all den unterschiedlichen Therapieschulen im Kern doch etwas sehr Ähnliches.

**Insbesondere die psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren orientieren sich an der bewährten Trias des Erwerbs von**

- Theorie,
- der Gruppenselbsterfahrung und
- der Behandlerpraxis unter Supervision.

**Erst diese methodische enge Verbindung, nämlich die von *Gruppenselbsterfahrung mit der Tätigkeit als Gruppentherapeut unter Supervision* garantiert verlässlich eine qualitätsgesicherte Ausbildung.**

**In den humanistischen Verfahren - wie dem Psychodrama - wird dies durch eine eigene Didaktik in der Vermittlung der Interventionstechniken gewährleistet.**


#### **Stellungnahme**

Auch wenn die bewährte Trias von Theorie - Erwerb, Gruppenselbsterfahrung und Behandlerpraxis unter Supervision, die seit Anfang der psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren - zu Beginn des vorigen Jahrhunderts - gilt, weiterhin ein gültiges Erfordernis ist, können angesichts der veränderten Bedingungen Grundlagen der Theorie der Gruppenpsychotherapie in einen *Masterstudiengang* Klinische Psychologie bzw. Psychotherapiewissenschaft eingebracht werden.

Wir meinen, dass der Masterstudiengang übrigens auch für den Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Eingangsvoraussetzung sein sollte.

Denn dann könnten schon im Studium Kenntnisse vermittelt werden, die insbesondere später die Differentialindikation für das zu wählende Verfahren ermöglichen. Der Theorie - Erwerb an dieser Stelle wäre damit eine wichtige Grundlage für die eigentliche klinische Ausbildung, eine Vertiefung des Theorie-Erwerbs erfolgt in der Phase der Behandlerpraxis. Diese schafft erst die Voraussetzungen, um die erworbene Theorie auch praktisch anwenden zu können.

Aus Sicht des DAGG und der in ihm vertretenen Fachgruppen erscheint es wichtig, dass, ebenso wie in der Einzelpsychotherapie, ein auszubildender Gruppenpsychotherapeut vom Wert des Erlernten und angewandten Verfahrens überzeugt sein muss. Erst die erfolgreich abgeschlossene Fundierung in einem Verfahren schafft die notwendige Qualifizierung und Sicherheit in der Behandlungstechnik und eine grundlegende Identität der Profession. Diese Anforderung stellt frei, dass jeder, der interessiert und begabt ist, seine jeweilige Qualifizierung erweitern und spezifizieren kann und je nach Ort der Tätigkeit auch erwei-

	<p>tern muss. Andererseits wäre ein bloß an <i>einer</i> Störungsspezifität ausgebildeter Gruppenpsychotherapeut ein Schmalspurpsychotherapeut und ohne klinisches Gewicht.</p> <p>Deswegen erscheint eine primär an einzelnen Störungen ausgerichtete Psychotherapie- Ausbildung in der Gruppenpsychotherapie nicht sachgerecht, sie würde im übrigen Probleme der bekannten Aufteilung des Menschen in der somatischen Medizin wiederholen. Diese Aufteilung ist dort historisch begründet, weil die einzelnen Wissensgebiete wegen ihres Umfangs sich auseinander entwickelt haben und auch, weil die Aufteilung abrechnungstechnisch begründet wird. Aber diese in der Medizin erfolgte Aufteilung in Fachgebiete z. B. nach Alter (Erwachsene vs. Kinder), nach Ort oder Organ der Erkrankung (Innere, Haut, Sinnesorgane usw.) oder nach Art der Therapie in konservative, chirurgische bzw. Strahlentherapie kann eine nur störungsspezifisch ausgerichtete Qualifikation fördern, die dann Gefahr läuft, Zusammenhänge zu übersehen und zu vernachlässigen. Dieser Entwicklung kann nur durch fachübergreifende Forschung und Behandlungsstrategien begegnet werden kann.</p> <p>Aus dem Gesagten ergibt sich nach unserer Ansicht die Notwendigkeit, dass eine qualifizierte Ausbildung in der Gruppenpsychotherapie sich hinsichtlich therapeutischer Fähigkeiten und Fertigkeiten primär an einem Verfahren orientieren, aber Kenntnisse auch über andere Verfahren vermitteln sollte.</p> <p>Insbesondere gilt, dass die eigentliche Qualifikation primär im klinischen Bereich erfolgen und die Ausbildung von in der Gruppenpsychotherapie erfahrenen Behandlern geleitet werden muss, die selbst mit Patienten unter "Alltagsbedingungen" arbeiten. Nur dann kann eine ausreichende Validierung für die spätere Tätigkeit der Auszubildenden erreicht werden. Dies ist bei an der Universität Lehrenden in der Regel nicht gegeben, da diese hier in erster Linie in der Forschung qualifiziert sind.</p>
	<p><b>Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)</b></p> <p><i>Hermann Schürmann</i></p> <p>Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft fordert nachdrücklich, an der Verfahrenorientierung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten festzuhalten.</p> <p>Ausführlich hat sich die DGPT in ihrer Stellungnahme mit dieser Frage auseinandergesetzt. Wir teilen die dort vertretenen Auffassungen. An dieser Stelle sei nur auf die wichtigsten Argumente verwiesen:</p> <p>Aus psychoanalytischer Sicht kann eine seelische Erkrankung niemals ausreichend durch eine Ansammlung von „Störungen“ beschrieben werden, ihr liegt immer auch eine Beeinträchtigung der Beziehung des Patienten zu sich selbst und seiner Lebenswelt zugrunde. Dementsprechend behandeln Psychoanalytiker nicht primär Störungen, sondern den ganzen Menschen, und zwar mittels einer hilfreichen psychotherapeutischen Beziehung und durchaus auch mithilfe spezifischer Behandlungstechniken, die aus einem spezifischen Krankheitsverständnis und der zugrundeliegenden Theorie abgeleitet sind. Dabei kommt es in den psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren besonders darauf an, durch die Einbeziehung der Äußerungsformen des Unbewußten, innere Umstrukturierungsprozesse anzustoßen und so eine tiefgehende und lang andauernde Wirkung zu erreichen.</p> <p>Die Realität der psychotherapeutischen Versorgung zeigt, dass es nicht möglich ist, die psychische Erkrankung eines Patienten auf einzelne umschriebene Störungen zu reduzieren. Die meisten Patienten weisen mehrere Störungen auf. Aus psychoanalytischer Sicht zeigt sich hier die Vielzahl der Erscheinungsformen von psychischen Erkrankungen, die in unterschiedlicher Weise ätiologisch und pathogenetisch miteinander verknüpft sind. Die psychotherapeutische Ausbildung muss deshalb den gesamten Bereich der psychischen Erkrankungen umfassen, damit die psychotherapeutische Handlungskompetenz nicht in einer Vielzahl störungsspezifischer Methoden und Techniken zersplittert wird.</p>

	<p>Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass die Überzeugung eines Therapeuten vom Wert des Verfahrens, das er erlernt hat und anwendet, für seine therapeutische Wirksamkeit eine sehr wichtige Rolle spielt. Ist der Therapeut von seinem Verfahren und der daraus abgeleiteten Behandlungsmethodik überzeugt, hat er größere Aussichten, seinen Patienten helfen zu können als wenn das nicht der Fall ist. Die positive Besetzung und Identifikation mit dem Verfahren und den hieraus abgeleiteten Methoden besitzen also eine hohe Bedeutung für die professionelle Kompetenz des Therapeuten.</p>
	<p><b>Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)</b>  <i>Dr. Gerhard Schneider</i></p> <p><b>Die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung plädiert nachdrücklich für die Beibehaltung der Verfahrensbezogenheit der Ausbildung.</b></p> <p>1. Dafür spricht zum einen ein grundlegendes <b>klinisches Argument</b>.</p> <p>Die <i>psychoanalytische Grundorientierung</i> ist die folgende. Wir behandeln Menschen, die im Rahmen ihrer je eigenen Biographie in je individueller Weise krank sind. <i>Wir behandeln also Individuen und nicht Anwendungsfälle von Diagnose-Kategorien</i>. Diese Grundorientierung am Individuum erfordert vom Analytiker / von der Analytikerin <i>drei grundlegende Fähigkeiten</i>:</p> <p>(a) die der reflektierten Nutzung der eigenen Subjektivität im komplexen Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen des analytisch-therapeutischen Prozesses,</p> <p>(b) die der Aufrechterhaltung einer empathisch-haltenden und Arbeits-Beziehung auch in den heftigen affektiven Krisen, die regelhaft insbesondere in der Behandlung früh gestörter, schwer kranker Patienten auftauchen,</p> <p>(c) die Negative capability, d. h. die Fähigkeit der Tolerierung basaler Nichtwissens- und Unsicherheitsphasen, damit bei schweren Pathologien überhaupt <i>neue</i> Wege und Lösungen gefunden werden können, wie es bei früh gestörten Patienten unabdingbar wichtig ist.</p> <p>Diese Basics, entdeckt und entwickelt in mehr als hundert Jahren intensiven klinischen Forschens in der Psychoanalyse, lassen sich <i>nicht</i> durch das Sammeln partikulärer Fertigkeiten in unterschiedlichen Verfahren erwerben. Wir vermuten, dass es analoge Erfahrungen auch in der klinischen Praxis andere Verfahren gibt. Die Basics erfordern vielmehr die gründliche mehrjährige Ausbildung im psychoanalytischen Verfahren, in der sie selbsterfahrungsfundiert und fundiert in der supervidierten Behandlung vom Patienten und deren theoretischer Reflexion verinnerlicht und damit für die spätere eigene Praxis verfügbar werden (<b>Trias von Lehranalyse, Supervision, Theorie</b>).</p> <p>2. Das klinische Argument lässt sich durch ein komplementäres <b>empirisch-psychotherapiewissenschaftliches Argument</b> erweitern.</p> <p>(a) Die gut belegte These, dass allen therapeutischen Schulen gemeinsame Faktoren der Beziehungsgestaltung für die therapeutische Wirksamkeit wesentlich sind, scheint gegen die Beibehaltung zu sprechen. Eine genauere Betrachtung zeigt folgendes. Neben der <i>Alliance</i> (Fähigkeit, eine gute Beziehung herzustellen) hat die <i>Allegiance</i> des Therapeuten, seine Überzeugung, über ein hilfreiches Behandlungsmodell zu verfügen, eine besondere Bedeutung. Die <i>Allegiance</i> aber wird durch die gründliche Ausbildung in <i>einem</i> Verfahren gefördert, das in der Ausbildung als wirksam und vertrauenswürdig erfahren und angeeignet wird (Wampold 2001). Dieses <i>Allegiance-Argument</i> konvergiert mit dem o. a. klinischen Argument.</p> <p>(b) Was das Plädoyer für eine störungsspezifische gegen die verfahrensbezogene Zugangsweise betrifft, so weisen Kächele und Strauß (2008; Psychotherapeut 53) darauf hin, dass aus einer bestimmten Diagnose <i>nicht</i> stringent die Wahl eines bestimmten Therapieverfahrens folgt, denn es liegt vielfach Evidenz für die Wirksamkeit theoretisch ganz unterschiedlich fundierter Verfahren vor. Das spricht <i>gegen</i> die verfahrenstranszendente Ausbildung in einzelnen stö-</p>

	<p>rungszentrierten Methoden. Darüber hinaus ist auf die Komorbidität und Patientenpräferenzen hinzuweisen, die ebenfalls gegen die Ausbildung in störungszentrierten Methoden sprechen.</p> <p><b>Fazit: Die gründliche Ausbildung in <i>einem</i> Psychotherapieverfahren mit der sich wechselseitig befruchtenden Trias aus Selbsterfahrung, supervidierten Behandlungen und Erwerb theoretischen Wissens stellt eine zentrale Bedingung für die qualifizierte spätere professionelle Behandlungstätigkeit dar und sollte aus diesem Grunde im Sinne einer optimalen psychotherapeutischen Patientenversorgung aufrechterhalten werden.</b></p>
 <p>Prof. Dr. K. Werheid</p>	<p><b>Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)</b>  <i>Prof. Dr. Katja Werheid, Dr. Karin Schoof-Tams</i></p> <p><b>Neuropsychologische Therapie</b></p> <p>Die neuropsychologische Therapie ist ein Psychotherapieverfahren, dass vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie für den Anwendungsbereich 12 („Hirnorganische Störungen“) als Psychotherapiemethode wissenschaftlich anerkannt wurde. Die Neuropsychologische Therapie ist somit gemäß bisherigem Sprachgebrauch störungsspezifisch. Sie kann wegen fehlender Anwendungsbreite nicht im Rahmen der Psychotherapieausbildung vertieft gelehrt werden, sondern wurde in den meisten Bundesländern von den Psychotherapeutenkammern als Weiterbildungsgang geregelt, der zu einer Zusatzbezeichnung führt.</p> <p><b>Umfassende Behandlung – umfassende Ausbildung – umfassende Weiterbildung</b></p> <p>Ein großer Teil der Patienten mit erworbenen Hirnschäden leidet in der Folge unter langjährigen und <b>vielfältigen</b> psychischen Störungen (z.B. Kooptonen, 2002). Hierzu zählen kognitive und affektive Störungen, Verhaltensänderungen wie erhöhte Reizbarkeit oder Antriebsminderung, Depressionen, Angst- und Suchterkrankungen. Sie können sowohl direkte Auswirkungen der Hirnschädigung sein als auch eine Reaktion auf die Hirnschädigung. Die Behandlung dieser Störungen setzt <b>umfangreiche</b> diagnostische und therapeutische Spezialkenntnisse voraus. Die meisten Neuropsychologen behandeln ihre Patienten sowohl mit neuropsychologischen Methoden als auch mit den (allerdings abgewandelten und an die organische Grundstörung angepassten) bisherigen Richtlinienverfahren oder anderen psychotherapeutischen Methoden oder Techniken.</p> <p>Eine <b>zukünftige Psychotherapieausbildung</b> sollte eine schulübergreifende Grundausbildung in Diagnostik und Behandlung krankheitswertiger psychischer Störungen bieten. Dabei sollten möglichst alle Patientengruppen und Störungsbilder kennengelernt werden. Behandlungsverfahren, -methoden und -techniken sollten theoretisch gelehrt und praktisch erprobt werden. Ein praktisches Jahr sollte eingeschlossen sein. Mit einer abschließenden Approbation sollte der Psychotherapeut grundsätzlich eigenverantwortlich tätig sein können. Danach sollte der approbierte Psychotherapeut seine Schwerpunktausbildung in einer berufsbegleitenden Weiterbildung (Verfahren oder Bereichen) absolvieren, um unter Anleitung weitere praktische Erfahrung zu sammeln und schließlich einen Fachkundenachweis zu erwerben. Diese Konzeption entspricht dem Modell der ärztlichen Weiterbildungen.</p> <p>Die Schwerpunktausbildung (in dem Modell dann Weiterbildung) zukünftiger neuropsychologisch tätiger Psychotherapeuten sollte alle psychotherapeutischen Verfahren, Methoden und Techniken enthalten, die zu der Behandlung der speziellen Patientengruppe benötigt werden.</p> <p><b>Literatur:</b></p> <p>Koponen et al. (2002). Axis I and II Psychiatric Disorders after Traumatic Brain Injury: A 30-year follow up study. <i>American Journal of Psychiatry</i>, 159, 1315-1321.</p>

## Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)

*Prof. Dr. Mark Helle*

Wenn die Frage aufgeworfen wird, wie in Zukunft die Schwerpunktausbildung angehender Psychotherapeuten gestaltet werden soll, lohnt zunächst ein Blick auf die gegenwärtige Ausbildungssituation. Hier muss gerade im Falle der kassenärztlich niedergelassenen Psychotherapeuten ein enormes Missverhältnis zwischen Außendarstellung des Qualifikationsprofils und tatsächlich vorhandener Qualifikation festgestellt werden. Nach den Psychotherapie-Richtlinien wird der Eindruck erweckt, als handelte es sich bei den kassenärztlich arbeitenden Psychotherapeuten ausschließlich entweder um Vertreter der analytisch begründeten Verfahren oder der Verhaltenstherapie, für die eine Kombination beider Verfahren nicht möglich sei, da dies zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit der therapeutischen Prozesse führen würde. Ferner wird der Eindruck erweckt, dass weder Elemente der Gesprächspsychotherapie noch der Systemischen Therapie irgendeine Bedeutung für niedergelassene Psychotherapeuten haben, geschweige ihre Behandlung mit beeinflussen könnten. Für die gesetzlich versicherten Patienten kann man von Glück reden, dass die Psychotherapie-Richtlinien nicht die psychotherapeutische Versorgungsrealität abbilden.


Seit Jahrzehnten wird wiederholt bestätigt, dass die Psychotherapie in der Praxis von einem schulenübergreifenden Denken und Arbeiten geprägt ist. Eine Vielzahl von Psychotherapeuten können mehr als nur eine Psychotherapieausbildung vorweisen und in der stationären Versorgung ist es an der Tagesordnung, verfahrenübergreifend und in multidisziplinären Teams zu arbeiten.



Während also in der psychotherapeutischen Praxis die Berührungspunkte zwischen den Therapieschulen immer mehr abnehmen und die Praktiker eher daran interessiert sind, von einander zu profitieren, scheint sich auf berufspolitischer Ebene zunehmend ein immer enger werdendes Verständnis von Therapieverfahren, die klar von einander abgrenzbar seien und deren Wirksamkeit gesondert für einzelne psychische Störungen erfasst werden könnten, zu etablieren. Dieser Trend findet seinen Ausdruck auch in der bemerkenswerten Tatsache, dass in dem Lehrbuch „Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Handbuch“ von Senf und Broda der große Abschnitt „Integrative Therapieansätze“, der immerhin 35 Seiten umfasste, mit der dritten Auflage im Jahr 2005 ohne weiteren Kommentar gestrichen wurde.

Wenn sich die Frage nach einer geeigneten Konzeption für eine psychotherapeutische Schwerpunktausbildung stellt, geht es zunächst auch darum, zu verhindern, dass das Bild von Psychotherapie, wie es durch die vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie und dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Studiendesign der Wahl propagierten RCT-Studien, geprägt wird, Einzug in die Ausbildungscurricula hält. Es sind nicht die einzelnen psychischen Störungen, wie sie z.B. in der ICD-10 beschrieben werden, die der Psychotherapeut durch Applikation eines Verfahrens, einer Methode oder einer Technik behandelt. Vielmehr handelt es sich nach wie vor um Menschen, die psychisches Leid erfahren, das nur aus ihrer individuellen Lebensgeschichte und ihrem jeweiligen subjektiven Erleben, verstanden und behandelt werden kann.


Seit November 2008 sind nun die vier zentralen Säulen der Psychotherapie, nämlich die kognitiv-behaviorale, die psychoanalytische, die humanistische und die systemische, unter den berufsrechtlich zugelassenen Vertiefungsverfahren vollständig repräsentiert. Diese vier Säulen gehen mit unterschiedlichen anthropologischen Annahmen, unterschiedlichem Ätiologie- und Störungsverständnis, und daraus abgeleitet auch unterschiedlichen Vorstellungen über das, wie Psychotherapie gestaltet werden soll, einher. Diese Unterschiede sind nicht als ein Ausdruck einer Übergangsphase zu sehen, die in naher Zukunft in eine allgemeine einheitliche Psychotherapie münden wird, sondern bilden das komplexe Spannungsfeld ab, in dem psychotherapeutisches Handeln stattfindet und auch reflektiert wird. Gleichzeitig ist dieses Spannungsfeld aber auch die Grundlage, aus dem sich neue psychotherapeutische Zugänge entwickeln. Als Beispiel sei

	<p>hier die Bedeutung der Humanistischen Psychologie für die Einleitung der sogenannten dritten Welle in der Verhaltenstherapie genannt.</p> <p>Ausgehend von dem Allgemeinen Modell der Psychotherapie nach Howard und Orlinsky (1988), das – so Klaus Grawe - deutlich macht, dass Annahmen über lineare Kausalzusammenhänge zwischen einzelnen Einflussfaktoren und dem Therapieergebnis keinen Platz haben in einem einigermaßen realistischen Modell der Wirkungsweise von Psychotherapie, sollte ein Ausbildungskonzept danach ausgerichtet sein, eine möglichst hohe Anzahl von Passungen zwischen Therapeut und Patient herzustellen.</p> <p>Die erste Passung, die in der Ausbildung von Bedeutung ist, ist die Korrespondenz zwischen der Person des Therapeuten und dem zu erlernenden Behandlungsmodell. In diesem Sinne ist es sinnvoll, im Rahmen der Ausbildung an einem Vertiefungsverfahren als theoretische Heimat festzuhalten. Gleichzeitig sollte die Ausbildung so angelegt werden, dass mehr Berührungspunkte als bisher mit den anderen Vertiefungsverfahren existieren. Um der Vielfalt der Patienten und deren jeweiligen Behandlungsbedürfnissen auch weiterhin gerecht werden zu können, sollte sich diese Vielfalt auch in der Gestaltung der Ausbildung wiederfinden, wobei diese nicht in einem atheoretischen pragmatischen Eklektizismus zerfließen darf, sondern einer wissenschaftliche Fundierung mit eindeutigen theoretischen Grundlagen bedarf.</p> <p>Damit eine so gestaltete Ausbildung auch den gesetzlich krankenversicherten Patienten in Form alternativer Behandlungsangebote zu Gute kommt, wäre es wünschenswert, wenn die BPTK zu ihrer Position vom 04.04.2006, dass Vertiefungsverfahren der Psychotherapeutenausbildung auch sozialrechtlich anzuerkennen seien, zurückfinden würde.</p> <p>Der Zweck des Psychotherapeutengesetzes ist in erster Linie der Gewährleistung einer qualifizierten psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Dieser Zweck wird aber verfehlt, wenn – wie derzeit – der G-BA unter den staatlich approbierten Psychotherapeuten auswählen und reglementieren darf, zu welchen dieser strukturgleich ausgebildeten Psychotherapeuten die Versicherten Zugang haben.</p>
	<p><b>PsychotherapieNachwuchsNetz Nordrhein (KiJuPPNo-Netz)</b></p> <p><i>Kristina Siever</i></p> <p>Die zukünftige Konzeption der Ausbildung zu PP und KJP sollte weiter <b>verfahrensspezifisch</b> erfolgen, wobei alle Psychotherapieverfahren, deren Wirksamkeit in der Behandlung der wesentlichen Störungsbilder wissenschaftlich nachgewiesen ist, für die Ausbildung nach dem zu-künftigen PsychThG anerkannt und sozialrechtlich zugelassen werden müssen.</p> <p>Für die Sozialisierung und Professionalisierung von PsychotherapeutInnen sowie die Herausbildung einer eigenen psychotherapeutischen Identität ist das gründliche und umfassende Erlernen eines Psychotherapieverfahrens, mit dem alle in der Versorgung relevanten Störungsbilder behandelt werden können, eine wichtige Grundlage. Nach dem Erwerb ausreichender klinischer Erfahrung in der Ausübung des erlernten Verfahrens und gefestigter psychotherapeutischer Identität wird das Erlernen und die Integration weiterer Verfahren, Methoden und Techniken sicherlich von den meisten PsychotherapeutInnen als gewinnbringend erlebt. Die Weiterbildungsfreudigkeit der PsychotherapeutInnen sowie der Befund, dass sich PsychotherapeutInnen, die ursprünglich in verschiedenen Verfahren ausgebildet wurden, im Lauf ihrer Berufspraxis in ihrer therapeutischen Haltung und ihren Interventionen immer weniger voneinander unterscheiden, weisen in diese Richtung. Sehr frühzeitiges paralleles Erlernen deutlich voneinander verschiedener psychotherapeutischer Ansätze kann – vor allem bei mangelnder praktischer Erfahrung mit der Umsetzung des Gelernten – zu Verwirrung und Ungenauigkeit im therapeutischen Vorgehen führen.</p> <p>Eine <i>an Störungsbildern orientierte</i> Psychotherapieausbildung wäre keine Psychotherapieausbildung mehr. Es würde sich um eine hochgradig spezialisierte selektive Ausbildung handeln, die einer Fragmentierung des psychischen Ge-</p>



	<p>schehens in einzelne Störungen und Symptome Vorschub leistet und den Menschen, der an sich, seinen Beziehungen und seiner Störung leidet, aus dem Blick zu verlieren droht. Insbesondere könnten durch eine solche Spezialausbildung nicht die komplexen psychotherapeutischen Kompetenzen erworben werden, die in der längerfristigen Behandlung von sogenannten schwierigen PatientInnen, z. B. mit Persönlichkeitsstörungen, oder für andere komplexe und komorbide Störungen erforderlich sind. Psychotherapie sollte sich nicht rein defizitorientiert auf die schnellstmögliche Behebung von als Störung definierten Symptomgruppen fixieren, sondern eine therapeutische Beziehung ermöglichen, die Raum gibt für kreative und sinnstiftende Prozesse der Entwicklung und Integration menschlicher Seelen. Dafür brauchen wir PsychotherapeutInnen, die sich mit der menschlichen Seele auskennen – mit ihrer eigenen und der von PsychotherapiepatientInnen. Den beziehungsorientierten heilenden Umgang mit kranken Seelen lernen angehende PsychotherapeutInnen am besten in einer <b>umfassenden, ganzheitlichen Psychotherapieausbildung</b>.</p>
	<p><b>Psychotherapeutenkammer Hessen</b></p> <p><i>Hans Bauer</i></p> <p>1. Untersuchungen der Kammer und der hessischen Approbationsbehörde haben eine stark <b>positive Bewertung der Ausbildung</b> durch die PiA, die Institute und die Fachwelt erbracht. Eine grundlegende <b>Veränderung der bisherigen verfahrensorientierten Ausbildungsstruktur ist aus Sicht der Kammer daher weder notwendig noch wünschenswert</b>.</p> <p>Allerdings sollte In einer zukünftigen Neuordnung des PsychThG eine verpflichtende <b>Finanzierung der Praktischen Tätigkeit gesetzlich geregelt werden</b> und im 2.Teil die Möglichkeit bestehen, diese auch an <b>Beratungsstellen</b> (insbesondere Erziehungsberatungsstellen) absolvieren zu können.</p> <p>2. <b>Die Kammer begrüßt die durch die Gutachten des WBP ermöglichte Erweiterung der Vertiefungsausbildungen auf Gesprächspsychotherapie und Systemische Psychotherapie als psychotherapeutische Ausbildungs- und Behandlungsangebote.</b></p> <p>3. <b>Störungsspezifische Ausbildungskonzeptionen</b> suggerieren einen psychotherapeutischen Kompetenzerwerb über das zu einzelnen Störungsbildern existierende Wissen als Addition von Inhalten und Techniken, die psychisches Leiden als „objektivierbaren Kosmos“<sup>1</sup> vorstellen wollen. Eine Theorie des Subjekts, die psychisches Leiden und die Entwicklung von Symptomen in ein Menschenbild und damit in eine individuelle geschichtliche, soziale und kulturelle Bezogenheit einbettet, scheint obsolet.</p> <p>Sieht man <b>Psychotherapie als einen Prozess der (Re-) Konstruktion von Erfahrung</b>, innerhalb dessen Symptome in einen sozialen und kommunikativen Gesamtzusammenhang des Lebens eingebunden sind, werden differenzierte theoretische Modelle notwendig, um auf der Basis verschiedener Menschenbilder einen jeweils angemessenen Zugang zu unterschiedlichen Patienten zu gewinnen.</p> <p>In diesem Denken sind die psychotherapeutischen Schulen mit ihren jeweiligen Krankheitstheorien „<b>Sprachspiele</b>“ (Ludwig Wittgenstein), die eine je eigene Konstruktion von (psychischer) Wirklichkeit und den <b>Zwang zur gegenseitigen Übersetzung</b> beinhalten. (<i>Unter Sprachspiel wird nach Wittgenstein eine in einer menschlichen Praxis beheimatete sprachliche Äußerung verstanden, die innerhalb einer bestimmten Verwendungssituation auftritt und dort über eine spezifische Bedeutung verfügt, die aus diesem Kontext erwächst.</i>) Das <b>störungsspezifische Denken</b> befördert hingegen die Bildung von <b>Artefakten</b>, die historische und soziale Rahmenbedingungen von Symptombildungen nicht ausreichend berücksichtigen und deren spezifisch kommunikative Einbettung in</p>

<sup>1</sup>Vgl. Liessman, Konrad Paul: Theorie der Unbildung – Die Irrtümer der modernen Wissensgesellschaft, Wien (Zsolnay) 2006.  
vgl. Wirth, U.: Vortrag im Forum Psychoanalytische Ausbildung und Forschungsgutachten, DGPT-Jahrestagung Bonn 2008.

	<p>eine soziale Lebenswirklichkeit nicht ausreichend thematisieren.</p> <p><b>4.</b> Untersuchungen zur Bedeutung <b>allgemeiner Wirkfaktoren</b> haben die Wichtigkeit einer inneren Überzeugtheit (<b>Allegiance</b>) vom eigenen Verfahren erwiesen, innerhalb derer die Explikation eines überzeugenden Erklärungsmodells, Glaubhaftigkeit und Flexibilität im Umgang mit Technikrepertoires und die Tolerierung eines vorübergehenden Zustands des Nichtwissens eine besondere Rolle spielen (Wampold) <sup>2</sup>. Aus seiner Sicht ist die Verfahrensausbildung aus fachlichen Gründen unbedingt beizubehalten.</p> <p><b>5.</b> Auch aus Sicht der <b>Professionstheorie</b> erfordert die <b>Entwicklung beruflicher Kompetenz</b> in der Ausbildung ein Stadium des „<b>basic-professional-level</b>“, innerhalb dessen die Überzeugung von der Wirksamkeit des eigenen Verfahrens gebildet wird (Orlinsky et al.)<sup>3</sup> Nur wenn dieses durchlaufen wurde, kann im Therapeuten sukzessive eine Erweiterung persönlicher Kompetenz mit wachsender innerer Handlungsfreiheit zur Lösung komplexer beruflicher Anforderungen entstehen.</p> <p>Insofern stützen gerade die Befunde, die die Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren unterstreichen, die Rolle einer verfahrensorientierten Ausbildung zum Erwerb professioneller und auf den jeweils einzelnen Patienten konzentrierter beruflicher Kompetenz. Diese erstreckt sich insbesondere auch auf den Bereich vertiefter <b>Selbsterfahrung</b>, die in der Struktur der Ausbildung – analog den Überlegungen Polanyis – eine wichtige Rolle für den <b>Erwerb implizit-intuitiven Wissens</b> spielt und einen primären Zugang in die innere Welt des Patienten erweitern kann.<sup>4</sup></p> <p><b>Fazit:</b></p> <p><b>Aus all diesen Gründen und der Verpflichtung, eine gleichberechtigte und plurale Repräsentanz aller wissenschaftlichen Therapieverfahren im Sinne einer differenzierten Versorgung der Patientinnen und Patienten zu sichern, schlägt die Psychotherapeutenkammer Hessen vor, auch in Zukunft an der verfahrensorientierten Ausbildung mit einem ausreichenden Anteil an Selbsterfahrung festzuhalten.</b></p>
	<p><b>Psychotherapeutenkammer Niedersachsen</b></p> <p><i>Dr. Lothar Wittmann</i></p> <p>Die Alternative „Schulen- oder Verfahrensorientierung versus Störungsorientierung“ ist zumindest verfrüht gestellt. Gegen eine Umstellung auf eine Störungsorientierung spricht:</p> <p><b>1. Therapeutische Schulen sind in Entwicklung und werden von anderen Schulen inspiriert</b></p> <p>Derzeit wird v.a. innerhalb des verhaltenstherapeutischen Ansatzes die fremdinspirierte sog. 3. Welle diskutiert – dies kann aber schadlos unter Beibehaltung des Schulenparadigmas geschehen. Auch die aus der Psychodynamik zugewanderte Selbsterfahrung ist heute kein Fremdkörper in der VT sondern integrierter Bestandteil in permanenter Entwicklung. Dass strukturierte und konfrontierende Angstbehandlungsverfahren aus der VT auch im psychodynamischen Bereich ein Echo gefunden haben, ist allgemein bekannt und macht Behandler verschiedener Herkunft besser miteinander kommunikationsfähig.</p> <p><b>2. Störungsorientierung zwingt zu nicht vertretbarer Reduktion von Wirklichkeit</b></p> <p>Wenn mit Störungsorientierung eigentlich intendiert ist, Diagnosen und Standardbehandlungen zu verknüpfen, so sind wir hier weitgehend durch mangelnde Evidenz behindert. Einerseits fehlt es an klinischer Diagnosvalidität (also nicht</p>

<sup>2</sup> Wampold, B.E (2001) : The great psychotherapy debate. Models, methods and findings, NJ/London

<sup>3</sup> Orlinsky D, Ronnestad M (2005) How psychotherapists develop. APA, Washington DC.

<sup>4</sup> Vgl. Buchholz M.B. (2007): Zur Diskussion: Entwicklungsdynamik psychotherapeutischer Kompetenzen. Psychotherapeutenjournal, 4-2007, 373-382.

nur an deskriptiver Ordnung, sondern es fehlt eine konsistente, Ätiologie und Prognose einschließende Syndromatik), die durch deskriptive Klassifikationssysteme nicht geleistet werden kann. Andererseits sind Modellbehandlungen selbst bei valider Umsetzung der Vorgaben oft nur ein Ausschnitt des realen Geschehens, der zudem allegiance-trächtig ist. Angesichts der großen Varianzanteile der outcome-Varianz, die unspezifischen und Beziehungsvariablen zuzurechnen sind, wird vor einer Änderung erfahrungsbasierter Ausbildungspraxis eine bessere Aufklärung dieser quantitativ so bedeutsamen Faktoren erforderlich sein, damit dann die derzeitige Ausbildung evidenzbasiert umgebaut werden kann. Hierzu sollte es möglich sein, dass Ausbildungseinrichtungen auch mit störungsspezifischen Ausbildungsmodulen experimentieren, wenn sie zugleich in dem Bereich forschen und die Module evaluieren.

### **3. Schulenorientierung als Konstituens psychotherapeutischer Identität**

Die große Mehrheit der Ausbildungseinrichtungen möchte das Schulenparadigma der Ausbildung beibehalten, weil sie nur so eine der jungen Professionalisierungsgeschichte der Profession angemessene Ausbildung für möglich halten. Da wichtige Teile der zu erwerben-den Professionalität personenspezifisches Wissen darstellen, und da vieles davon über Modelle bzw. Identifikation erworben wird, ist die konsistente Verzahnung von wissenschaftlicher Lehre, schulenspezifischer Anleitung und schulenspezifischer Selbstreflektion derzeit nur innerhalb von Schulen (die zu Recht auch so heißen) gut realisierbar. Es ist nicht zu unterschätzen, wie sich (therapeuten-sozialisatorisch) Handlungssicherheit bei den Lernenden bildet. Eine gewisse Paradigmen-Konsistenz und eineindeutige Reflektions- und Handlungsmuster sind in einer frühen Lernphase zur Bildung von Sicherheit notwendig und bilden die Basis der späteren Könnerschaft /Expertise, die Flexibilität, Individualspezifik und kreative Abweichung von Standardparadigmen möglich macht.

### **Bundeskandidatenvertretung der DGPT**

*Martin Pröstler*

In Übereinstimmung mit der DGPT plädiert auch die Bundeskandidatenvertretung der DGPT für die uneingeschränkte Beibehaltung der verfahrensbezogenen Ausbildung. Eine Orientierung der Ausbildung an psychischen Störungen statt an Verfahren ist aus Perspektive der analytischen Psychotherapie nicht denkbar:

Psychotherapeutische Behandlung lässt sich eben gerade nicht auf eng umschriebene »Störungen« begrenzen. Der Versuch, verschiedene Störungen – die dann oft als Komorbiditäten nebeneinander diagnostisch erfasst werden – zu kodieren, bleibt in unserem Verständnis unzureichend: Zu vielfältig sind die verschiedenen Erscheinungsformen von psychischen Erkrankungen, die in unterschiedlicher Weise ätiologisch und pathogenetisch miteinander verknüpft sein können. Im Zentrum der psychotherapeutischen Behandlung stehen eben gerade nicht einzelne Störungen oder Diagnosen, sondern jeweils der ganze Mensch – mit seiner individuellen Geschichte, seiner Struktur und seinen Beziehungen.

Ein weiteres wichtiges Argument für die Verfahrensbezogenheit der Ausbildung liefert die empirische Wirkungsforschung:

Es zeichnet sich ab, dass die Überzeugung eines Therapeuten vom Wert des von ihm vertretenen Verfahren (sog. allegiance) eine wichtige Rolle für seine therapeutische Wirksamkeit spielt. Demnach ist die Identifikation mit dem erlernten Verfahren und den daraus abgeleiteten Methoden für die psychotherapeutische Kompetenzentwicklung essentiell.

Der Erwerb psychotherapeutische Behandlungskompetenz lässt sich unter dieser Rücksicht nicht in eine Vielzahl unterschiedlicher, störungsorientierter Interventionen zersplittern sondern benötigt einen identitätsstiftenden Rahmen. Für die analytisch begründeten Verfahren ist dieser Rahmen aus unserer Sicht durch die bewährte Trias Selbsterfahrung durch Lehranalyse, Theorievermitt-



	<p>lung und Behandlungspraxis unter Supervision ausreichend gegeben.</p>
 <p>Dr. Christa Schaff</p>	<p><b>Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände (StÄKO)</b>  <i>Dr. Karin Bell, Dr. Christa Schaff</i></p> <p>Die Inhalte des frei gehaltenen Redebeitrags zu Themenblock Schwerpunktausbildung werden hier kurz zusammengefasst.</p> <p>Plädiert wird für eine Fortsetzung der bisherigen Verfahrens- (bzw. Schulen-) bezogenen Ausbildung. Dabei wird auf die Verfahrensdefinition des Gemeinsamen Bundesausschusses verwiesen. Die Ausbildung in einem Verfahren ist Voraussetzung der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung. Dabei wird durch das Schwellenkriterium sicher gestellt, dass durch die Ausbildung in einem Verfahren Kompetenzen zur Behandlung in einem breiten Bereich von Störungen erworben werden. Zudem soll ein Verfahren über eine ‚übergreifende Theorie verfügen‘, die es ermöglicht, Diagnostik, Symptomatik, Interventionen und Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung auf der Basis dieser gemeinsamen Theorie herzuleiten und anzuwenden.</p> <p>Nur eine solche Sichtweise wird dem Patienten in seiner Ganzheit gerecht und ermöglicht eine individuelle Therapiegestaltung.</p> <p>Die Reduzierung der Ausbildung auf eine Ansammlung von Methoden, die bei unterschiedlichen Krankheitsbildern eingesetzt werden, für die diese Methoden entwickelt werden, würde einen ganzheitlichen Blick behindern, da es das Wesen der Methode ist, auf ein Symptom spezialisiert zu sein. Zudem gibt die ausschließliche Orientierung der Behandlung an indikationsspezifischen Methoden keine Antwort auf den Umgang mit Komorbiditäten.</p> <p>Vielleicht ist der Wunsch, methodenspezifisch auszubilden an einem medizinischen Paradigma orientiert. In der Medizin ist es in den letzten Jahrzehnten zu immer stärkerer Spezialisierung gekommen. Heute erkennt man jedoch zunehmend die Nachteile und das Bedürfnis nach einer ganzheitlichen Sicht des Patienten wird immer deutlicher, wie z.B. die Forderung nach Berücksichtigung psychosomatischer Zusammenhänge zeigt.</p> <p>Nach einer gründlichen, auf einem breiten Fundament beruhenden Verfahrensbezogenen Ausbildung können dann auch indikationsbezogene Methoden erlernt und angewandt werden. Nur diese Kombination sichert eine Behandlung des Pat. ‚nach Maß‘ unter Berücksichtigung seiner Person und seiner Lebensumstände.</p>
	<p><b>Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP)</b>  <i>Prof. Dr. Dietmar Schulte</i></p> <p>Es ist unstrittig, dass die Ausbildung zum PP oder KJP breit sein muss, das heißt: der Ausgebildete muss ein breites Spektrum psychischer Störungen behandeln können. Das gleiche Kriterium gilt auch für die sozialrechtliche Zulassung.</p> <p>Bislang wird dies dadurch geregelt, dass die Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren erfolgen muss, für das gilt, dass es seine Wirksamkeit bei einem breiten Spektrum von Störungen unter Beweis gestellt hat. Das bedeutet umgekehrt, dass therapeutische Ansätze mit eingeschränkter Indikation weder gelehrt noch zur Anwendung kommen können, selbst wenn sie bei einem spezifischen Anwendungsbereich höchst wirksam sind.</p> <p>Da seit einigen Jahren international in der Forschung nicht mehr umfassende Therapieverfahren, sondern zunehmend störungsspezifische Therapiemethoden entwickelt werden, hat dies zur Folge, dass Patienten in Deutschland die Anwendung neuerer, oft sehr wirksamer Methoden oder Verfahren verwehrt wird.</p> <p>Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat daher bereits vor einigen Jahren vorgeschlagen, die Breite der Ausbildung beziehungsweise Qualifikation nicht mehr über den Umweg der Definition von Verfahren zu regeln, sondern</p>

direkt:

- der Schwerpunkt der Ausbildung soll sich auf alle Indikationsbereiche der Psychotherapie erstrecken;
- für jeden Indikationsbereich/Anwendungsbereich soll ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren oder eine wissenschaftlich anerkannte Methode gelehrt werden;
- es ist jedoch möglich (aber nicht vorgeschrieben), dass für die einzelnen Anwendungsbereichen unterschiedliche wissenschaftlich anerkannte Verfahren oder Methoden gelehrt werden.

Auf diesem Hintergrund könnte die sozialrechtliche Zulassung/Eintragung ins Arztregister wie bei den Ärzten geregelt werden:

Die Approbation ist hinreichende Voraussetzung für die Zulassung/Eintragung ins Arztregister, da die Breite der Ausbildung gewährleistet ist. Zu entscheiden wäre lediglich darüber, welche Verfahren oder Methoden innerhalb der GKV zur Anwendung kommen dürfen.

Als Gegenargument wird gelegentlich vorgebracht, dass sich nicht alle Verfahren und Methoden in der Ausbildung beliebig kombinieren ließen. Sollte das tatsächlich der Fall sein, dann gilt das sicherlich nur für bestimmte Kombinationen. Da ein Ausbildungsinstitut selber über solche Kombinationen entscheiden kann, ist darin kein Hindernisgrund zu sehen.