



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Supplement zum Bericht zur Nutzenbewertung

Gesprächs- psychotherapie bei Erwachsenen

Dokumentation der Stellungnahmen

Index

| A | | K | |
|--|-----|--|----------|
| Ausbildungsgruppe ZA-2-02 | 8 | Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin | 171 |
| B | | Katthän Ulrich | 32 |
| Baier Stefan | 20 | Kessler Henry | 222 |
| BDP | 246 | L | |
| Bense Alfons | 56 | Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten Hessen | 102 |
| Berliner Akademie für Psychotherapie | 98 | Landespsychotherapeutenkammer Baden Württemberg | 37 |
| Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. | 122 | Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz | 136 |
| Besuch Angela | 49 | Lux Edith und Karlheinz | 109 |
| Bezirksamt Lichtenberg von Berlin | 48 | M | |
| Brito Santos-Dodt de Mareke | 148 | Merz Thomas | 183 |
| Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen | 131 | Müller Doris | 88 |
| Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V. | 62 | N | |
| D | | Neue Gesellschaft für Psychologie | 58 |
| Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen | 240 | Niedersächsisches Landeskrankenhaus | 157, 218 |
| Deutscher Psychotherapeutenverband e.V. | 39 | O | |
| DGPPN | 242 | Oetzel Uta | 96 |
| DGSF | 213 | P | |
| DRK Berlin Süd-West Behindertenhilfe gGmbH | 4 | Pabel Johannes | 91 |
| E | | Pichler Andreas | 182 |
| Ellinghaus Eva | 184 | Psychiatrisches Zentrum Nordbaden | 42 |
| Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel | 44 | Psychotherapeutenkammer Berlin | 119 |
| F | | Psychotherapeutenkammer des Saarlandes | 174 |
| Fiedler Dirk | 23 | Psychotherapeutenkammer Hamburg | 161 |
| Finke Jobst | 114 | Psychotherapeutenkammer Hessen | 52 |
| Frohburg Inge | 75 | Psychotherapeutenkammer NRW | 165 |
| Fuhrmann Eberhard | 150 | Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein | 36 |
| G | | Psychotherapieverbände Gesprächskreis II | 263 |
| Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie | 197 | R | |
| Götting Ursula | 35 | Regionale Arbeitsgruppe der GwG | 164 |
| Grimm Karl-Heinz | 193 | Reinhardt Vera | 170 |
| H | | Riester Ulrike | 94 |
| Haimerl Christian | 100 | S | |
| Henning Dr. Hans | 151 | Schäfer Sabine | 152 |
| Hoffmann Prof., Margraf Prof. | 259 | Schüling Michael | 130 |
| Hohmann Peter | 177 | Schwindling Michael | 192 |
| Horlacher Klaus Dieter | 90 | Seelmann-Eggebert Brigitte | 10 |
| I | | Systemischen Gesellschaft & Gesellschaft für Systemische Therapie | 133 |
| Imann-Steinhauer | 39 | | |
| Institut für Psychologische Psychotherapie (e.V.) | 31 | | |



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Universität Regensburg, Medizinische Psychologie
106

T

Theiling Stephan 6
Thomas Dr. Bernd A. 15

U

Universität Bremen, Institut für
Behindertenpädagogik 50
Universität Hamburg 186
Universität Hamburg, Institut für Psychotherapie 137
Universität Hamburg, Psychologisches Institut III 142,
176, 224
Universität Osnabrück, Poliklinische
Psychotherapieambulanz 211

V

Vogel Hilburg Angelika 220

W

Weise Prof. Klaus 29
Westfälische Klinik Hemer 167
Westfälische Klinik Marsberg 195

DRK Berlin Süd-West Behindertenhilfe gGmbH

DRK Berlin Süd-West Behindertenhilfe gGmbH

DRK Berlin Süd-West Behindertenhilfe gGmbH

Düppelstr. 36 12163 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss Postfach 1763 53707 Siegburg

Aktenzeichen

**Haus der
Familie
Familienb
eratung**

Bei Beantwortung bitte angeben

Ihr Schreiben Ihr Zeichen Bearbeiter/in Durchwahl Anlage Datum

Dr. Jacob 79 01 13 -0 29.10.2004

Unterausschuss Psychotherapie

Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“

Ihre Aufforderung zur Stellungnahme vom 6.10.2004 im BAnz

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst zu unserer Einrichtung:

Die Erziehungs- und Familienberatung als eine Einrichtung im Haus der Familie der DRK Süd-West Behindertenhilfe gGmbH ist eine Erziehungsberatungsstelle, die im Schwerpunkt nach § 28 SGB VIII Erziehungsberatung leistet und darüber hinaus in der Prävention und Vernetzung tätig ist. Jährlich werden ca. 400 Familien beraten insbes. zu Fragen der Entwicklung der Kinder, zur Erziehung und zum Umgang bei Trennung und Scheidung.

Zu Ihrem Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ nimmt die Erziehungs- und Familienberatung im Haus der Familie wie folgt Stellung.

Die Gesprächspsychotherapie ist ein seit langem sowohl in der Kinder- und Jugendlichentherapie als auch in der Psychotherapie von Erwachsenen etabliertes und vor allem stark nachgefragtes psychotherapeutisches Verfahren. Allein in den letzten 12 Monaten war es bei 12 von insgesamt 21 Weiterverweisungen von ratsuchenden Müttern oder Vätern, die aus unserer Sicht eine Indikation zur heilkundlichen Psychotherapie aufwiesen, erforderlich, auf deren Wunsch hin klientenzentriert arbeitende Gesprächspsychotherapeuten zu suchen, die im Rahmen des Gesundheitswesens psychotherapeutisch tätig sind. Insbes. Menschen mit phobischen und Angsterkrankungen, posttraumatischen Belastungserfahrungen aber auch affektiven Störungen, die diese als ihre Erziehungsfähigkeit stark beeinträchtigend erlebten, baten um direkte Vermittlung zu GesprächspsychotherapeutInnen. Weil es nach wie vor diese Zugänge nicht gibt,

Anschrift Telefon (030) 79 01 13-0 Banken DRK Berlin Süd-West Telefax (030) 79 01 13-33 Commerzbank AG (BLZ 10040000) 811990104 Behindertenhilfe gGmbH e-mail: Haus der Familie info-center@drk-berlin.net Düppelstr. 36 HRG AG Charlottenburg Nr. HRB 75266 12163 Berlin Internet: www.drk-berlin.net GF: Reiner Krüger

- 2

halten wir die sozialrechtliche Gleichstellung der Gesprächspsychotherapie für unbedingt erforderlich. Ferner berichten uns Eltern, die sich einer Gesprächspsychotherapie unterzogen hatten, von einem nachhaltig verbesserten psychischen Erleben: neben einem deutlichen Rückgang der beklagten Symptomatik insbes. vor allem von einer liebevolleren, stabileren positiven und

für die eigene Entwicklung auch offeneren Erziehungshaltung gegenüber ihren eigenen Kindern. Dies käme nicht nur ihnen als Eltern sondern vor allem auch ihren Kindern sehr zugute. Wir können diese Wünsche der ratsuchenden Eltern und ihre berichteten Effekte auch anhand jahrzehntelanger eigener Erfahrung mit der Anwendung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der therapeutischen Arbeit der Erziehungsberatungsstelle nur bestätigen. Käme es *nicht* zu einer sozialrechtlichen Gleichstellung der Gesprächspsychotherapie mit den bereits sozialrechtlich etablierten Verfahren bedeutete dies u. E. einen schmerzhaften Verlust in der Versorgungsqualität der Heilbehandlung psychischer Leiden und zugleich einen nicht unbeträchtlichen Ausschluss von Menschen, die spezifisch auf das prozess- und beziehungsorientierte Paradigma der Gesprächspsychotherapie in ihrer eigenen Behandlung Wert legen. Schließlich führte dies dann auch zu einer Verschlechterung der Erziehungsbedingungen für die heranwachsende Generation.

Deshalb erwarten wir vom Gemeinsamen Bundesausschuss, der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie auch – ohne weitere Verzögerung – die sozialrechtliche Anerkennung zu gewähren.

Mit freundlichem Gruß

Dr. André Jacob Psychologischer Psychotherapeut Leiter der Erziehungsberatungsstelle

Theiling Stephan

Dr. phil. Stephan Theiling
Diplom - Psychologe,
Psychologischer Psycho-
therapeut, Kinder- und
Jugendlichenpsycho-
therapeut, Supervisor

Dr. Stephan Theiling, Paradiesweg 9, 49082 Osnabrück

Gemeinsamer Bundesausschuß
Geschäftsführung
Auf dem Seidenberg 3a

P a r a d i e s w e g 9
4 9 0 8 2 O s n a b r ü c k
Tel. / Fax: (05 41) 9 58 00 56
E-Mail: stephan.theiling
@uni-osnabrueck.de

53721 Siegburg

via E mail: gpt@g-ba.de

Osnabrück, den 05.11. 2004

Überprüfung Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

bezugnehmend auf die Übersendung des Fragebogens zur Überprüfung der Gesprächspsychotherapie vom 27.10.2004 an mich, möchte ich Ihnen zu Ihrem Fragenkatalog folgende Angaben machen:

zu Pkt 3):

Ich bin seit 1993 als zugelassener Verhaltenstherapeut (PP und KJP) in eigener Psychotherapeutischer Praxis tätig und habe seitdem ca. 500 Erwachsene psychotherapeutisch behandelt. Hierbei habe ich die Erfahrung gemacht dass mind. 75% der Patienten völlig diagnoseunabhängig besser auf ein Verfahren anspricht, was explizit die Selbstaktualisierungstendenz des Patienten fokussiert sowie die Lösungskompetenzen in der Patientenperson selber begründet sieht.

Selbst bei sog. klass. verhaltenstherapeutischen Diagnosegruppen wie z.B. Angststörungen, Zwängen und Ticstörungen erweist sich ein humanistischer Therapieansatz, der die o.g. Aspekte in den Fokus stellt als überlegen dar. Noch größer würde ich diese Teil in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie quantifizieren, wo eine verhaltenstherapeutische Herangehensweise zumeist nicht den inneren Bezugsrahmen und die emotionale Situation der Kinder abbildet.

In diesem Zusammenhang möchte ich eine Studie zu übergreifende Wirksamkeitsfaktoren in der Psychotherapie von Asay & Lambert (2001).¹ anführen, der zufolge „extratherapeutische Faktoren“ 40 %, der „Beziehung zwischen Therapeut und Klient“ 30%, dem „Placeboeffekt“ 15 % und der „therapeutischen Methode“ 15% einer Therapiewirksamkeit zu zuschreiben sind. Das heißt, dass die „Beziehung“ der bedeutsame Faktor ist,- genau diesen stellt der klientenzentrierte Ansatz in seinen Mittelpunkt sowohl in der Erwachsenen als auch in der Kinderpsychotherapie.

¹ Asay, T.P., Lambert, M.J, (2001). Empirische Ergebnisse für die alle Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In: Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (Hg.). So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Dortmund, Modernes Lernen.

zu Pkt6)

Die Fragen Ihres Kataloges implizieren stets das Konzept von „Unter- und Überlegenheit“ unterschiedlicher Therapiemethoden, die (s. besagte Studie oben) jedoch für einen Wirksamkeitseffekt nicht bedeutsam ist. Von daher stellt eine dem Fragebogen selektiv aufgefachtete „Methodendebatte“ lediglich eine (wiederum selektive) Perspektive von Begutachtung da, nach denen ein Therapieverfahren zugelassen werden könnte. Selbst wenn ich mich auf eine derartig unsinnig weil widerlegte Debatte einlasse: Warum darf ein Verfahren nur zugelassen werden, wenn es einem anderen (in Teilbereichen) überlegen ist? Wieso darf es nicht mehrere wissenschaftliche Therapieverfahren gleichberechtigt *nebeneinander* (!) geben, selbstverständlich ohne monetäre Leistungsausweitung. Der Markt, sprich die Patienten, sind doch mündig und regeln anhand ihrer Nachfrage, was hilft und effektiv ist.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. phil. Dipl.-Psych. Stephan Theiling

Ausbildungsgruppe ZA-2-02

An den Gemeinsamen Bundesausschuss
– Geschäftsführung –
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Köln, den 30.10.04

A. Stellungnahme zum Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Ihrer Bekanntmachung des Beratungsthemas „Gesprächspsychotherapie“ vom 06.10.04 im Bundesanzeiger wird verschiedenen Sachverständigen, Verbänden und Vertretungen Gelegenheit zu einer Stellungnahme gegeben.

Wir sind TeilnehmerInnen einer Ausbildung in Gesprächspsychotherapie nach den Richtlinien der GwG in unterschiedlich fortgeschrittenem Stadium. Unserer Ausbildung wurde – dies sei in diesem Zusammenhang bemerkt – seitens des wissenschaftlichen Beirates nach §11 PsychThG ausdrücklich eine hohe Qualität bestätigt. Mit unserer Stellungnahme möchten wir zur anstehenden Entscheidungsbildung hinsichtlich der Zulassung der Gesprächspsychotherapie zur kassenärztlichen Versorgung beitragen.

Wir berichten hier von dem Konflikt, vor den uns die jahrelange Ausklammerung der Gesprächspsychotherapie (GPT) aus der PatientInnenversorgung in Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des PsychotherapeutInnengesetzes und der sich hinziehenden Auseinandersetzung um die berufs- und sozialrechtliche Anerkennung der GPT gestellt hat. Dabei ist zu bedenken, dass die Wahl eines psychotherapeutischen Ausbildungsverfahrens durch diejenigen, die sich für das Berufsziel des Psychotherapeuten bzw. der Psychotherapeutin entschieden haben, nicht als Wahl einer neutralen und damit austauschbaren psychotherapeutischen „Technologie“ anzusehen ist. Denn die Pluralität psychotherapeutischer Ansätze spiegelt die unterschiedlichen Weltbilder und Lebensentwürfe unserer Kultur wider. Nicht nur die Entscheidung von Psychotherapie-PatientInnen, in welchem Verfahren sie sich behandeln lassen wollen, sondern auch die Entscheidung der AusbildungskandidatInnen, in welchem wissenschaftlich anerkannten und effektiven Verfahren die Ausbildung erfolgen soll, wird im Wesentlichen vom Wertesystem und Erfahrungshorizont der vor die Entscheidung gestellten Person bestimmt.

Für uns war und ist die GPT das Verfahren der Wahl. Die spezifisch ressourcen- und wachstumsorientierte Sichtweise entspricht am besten unserer Vorstellung, wie krankheitswertige psychische Probleme bewältigt werden können. Die Rolle und Funktion der PsychotherapeutInnen gegenüber den PatientInnen, wie sie in der GPT auf der Grundlage empirischer Forschung konzipiert und entwickelt wurde, halten wir für eine besonders wirksame Voraussetzung und Bedingung für die Effektivität von Psychotherapie. Wir sind auf Grund eigener Erfahrungen davon überzeugt – und sehen diese Erfahrungen durch die Ergebnisse empirischer Untersuchungen bestätigt –, dass dieser Ansatz neben den bisherigen Richtlinienverfahren einen bedeutsamen Beitrag zur Verbesserung und Erweiterung der Versorgung leisten und den Bedürfnissen vieler psychisch Kranker und damit ihren Heilungschancen in besonderer Weise gerecht werden kann.

So standen wir zu Beginn – aber immer wieder auch während der Ausbildung – vor einem bis heute ungelösten Dilemma. Wir hatten die Wahl,

- a) ... uns für die GPT als Verfahren unserer Überzeugung zu entscheiden, obwohl die Anerkennung der GPT damals berufsrechtlich wie sozialrechtlich infrage stand und unsere berufliche Perspektive damit ungewiss wurde, oder

- b) ... uns aus opportunistischen Gründen für ein anerkanntes Verfahren (VT, PA, TP) zu entscheiden und zu hoffen, uns unter dem Mantel des dann gewählten Verfahrens noch ein Stück GPT-Identität zu bewahren.

Die UnterzeichnerInnen dieses Briefes haben sich schließlich für die GPT-Ausbildung entschieden in der Erwartung, dass die Anerkennung der GPT bald erfolgen würde und damit für uns sowie die Ausbildungsgenerationen nach uns die Möglichkeit bestünde, die Approbation zu erlangen und unsere Leistungen gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen zu können. Heute jedoch sehen wir uns vor das Risiko gestellt, PsychotherapeutInnen zweiter Klasse zu werden. Mit Blick auf die Ergebnisse der Psychotherapieforschung, die eine generell vergleichbare Effektivität der in Deutschland wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren ausweisen, sehen wir es als kontraproduktiv und als Rückfall in überwunden geglaubte Zeiten des Schulenstreites an, die Psychoanalyse, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Verhaltenstherapie und die Gesprächspsychotherapie gegeneinander auszuspielen.

Die Anerkennung der GPT als Richtlinienverfahren stellt in jedem Fall eine wichtige Bereicherung für die psychotherapeutische Versorgung der Versicherten dar. Die GPT darf aus der PatientInnenversorgung nicht länger ausgespart werden, denn für einen Teil der TherapeutInnen und für einen Teil der PatientInnen ist sie das Verfahren der Wahl.

Daher appellieren wir an Sie, der GPT die sozialrechtliche Anerkennung nicht länger vorzuenthalten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Anna Wittmann

Detlev Haimerl

Björn Sufke

Sylvia Krenzel

Wolfgang Schneider

Dirk Lehnen

Nicole Galleman

Seelmann-Eggebert Brigitte

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie ist durch einen langen Weg von unsinnigen Hürden, fortwährender Versuche der Ausgrenzung durch „Konkurrenten“ der Richtlinienverfahren und eine maßlose Verzögerungstaktik seit Jahren gekennzeichnet. Nach der berufsrechtlichen Anerkennung als wissenschaftlich fundiertes Therapieverfahren folgt nun die gleiche Taktik in etwas modifizierter Form (z.B. durch den Fragenkatalog des G-BA) für das sozialrechtliche Anerkennungsverfahren.

Bezüglich des zugesandten Fragenkatalogs für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie gebe ich meine Verwunderung zum Ausdruck,

- dass der Fragenkatalog Fragen enthält, durch deren Beantwortung der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie gemäß § 11 PsychThG die wissenschaftliche Anerkennung Gesprächspsychotherapie bereits mit klarer Mehrheit befürwortet und die zu deren berufsrechtlichen Anerkennung durch die zuständigen Gesundheitsministerien der Bundesländer geführt hat.
- dass Nachweise einer „Überlegenheit“ gegenüber den Richtlinienverfahren erfragt werden, wo doch die Psychotherapieforschung – nachzulesen u.a. in „Bergien und Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Lambert 2004) – immer wieder festgestellt hat, dass eine generelle Überlegenheit eines Verfahrens gegenüber anderen nicht gibt und
- dass nach den gültigen Psychotherapierichtlinien die Leistungen eines Verfahrens „ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig“, nicht aber „überlegen“ sein müssen.

Ich habe mich daher entschlossen, nur einige ausgewählte Fragen zu beantworten. Die Antworten sind gelb markiert.

B. Brigitte Seelmann - Eggebert

Mit freundlichen Grüßen
gez. Brigitte Seelmann-Eggebert²

² ohne handschriftliche Unterschrift, da elektronisch erstellt und versandt.

Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie

Vorbemerkung:

Die Überprüfung beruht auf § 135 Abs. 1 SGB V:

„Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen in der vertrags-ärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 Empfehlungen abgegeben hat über

1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit – auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachte Methoden – nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung,
2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und
3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung.

DER GEMEINSAME BUNDESAUSSCHUSS ÜBERPRÜFT DIE ZU LASTEN DER KRANKENKASSEN ERBRACHTEN VERTRAGSÄRZTLICHEN UND VERTRAGSZAHNÄRZTLICHEN LEISTUNGEN DARAUFHIN, OB SIE DEN KRITERIEN NACH SATZ 1 NR. 1 ENTSPRECHEN. (...)"

Maßgeblich für die Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss sind die wissenschaftlichen Belege (wissenschaftlichen Studien), die Sie zur Begründung Ihrer Stellungnahme anführen (zitierte Literatur bitte beifügen).

Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, bitten wir Sie um entsprechende Rückmeldungen, da dies auch ein wertvoller Hinweis für die Beratungen sein kann.

Fragen zum Verfahren

1. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?
 - 1.1 Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?
 - 1.2 Über welche Qualifikation / Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie

im Vergleich zu den in Abschnitt Bl. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

- 2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?
- 2.2 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?
- 2.3 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?
- 2.4 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?
- 2.5 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?
- 2.6 Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar
 - bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?
 - hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?
 - in Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?
- 2.7 Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

C. Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

(Kommentar:

Wie schon im Anschreiben dargestellt, kann anhand von Studien meines Wissens nicht wissenschaftlich fundiert werden, ob die Gesprächspsychotherapie einem oder mehreren „Richtlinienverfahren“ überlegen ist. In der Psychotherapie ist immer wieder festgestellt worden (nachzulesen u.a. in „Bergien und Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Lambert 2004)“). dass es eine generelle Überlegenheit eines Verfahrens gegenüber anderen nicht gibt.

Auf der Einzelfallebene kann ich aus meiner nunmehr über 20-jährigen gesprächspsychotherapeutischen Praxis berichten, dass es viele Patienten gibt, die besonders positiv auf das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot – gekennzeichnet durch Akzeptanz, Echtheit und Empathie- reagieren. Diese Patienten ziehen besonderen Nutzen daraus, dass ihnen zugehört wird und das Verstandene durch den Therapeuten quasi vertieft gespiegelt wird. Sie werden dadurch und durch die unbedingte Wertschätzung und Echtheit des Therapeuten in die Lage versetzt, sich bzw. die inneren Konflikte ohne Angst und Verteidigungshaltung besser

wahrzunehmen und so einen besseren Zugang zu den inneren Ressourcen und Lösungsmöglichkeiten für die geschilderten Konflikte zu haben und diese mit den Anforderungen der Realität abzugleichen.

ALS AUßERDEM AUSGEBILDETE VERHALTENS- UND TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTE PSYCHOTHERAPEUTIN KANN ICH AUS MEINER ERFAHRUNG BEURTEILEN, DASS ES NEBEN DER GEGENSEITIGEN SYMPATHIE UND DER STÖRUNG VON KRANKHEITSWERT VORALLEM AUF DIE PASSUNG DER VOM THERAPEUTEN VERWENDETEN METHODEN AUF DIE BEDÜRFNISSE, ERFAHRUNGEN UND KOMMUNIKATIONSMÖGLICHKEITEN DES PATIENTEN ANKOMMT. SO GIBT ES PATIENTEN, DIE LIEBER HANDLUNGSORIENT DINGE AUSPROBIEREN, ANDERE WIEDERUM WOLLEN KOGNITIV VERSTEHEN, WIESO SIE GERADE SO UND NICHT ANDERS DENKEN, FÜHLEN UND HANDELN. ALS WISSENSCHAFTLICH GESICHERT KANN HINGEGEN ANGESEHEN WERDEN, DASS DIE „PASSUNG“ PATIENT-PERSÖNLICHKEIT-UMFELD-VERFAHREN-THERAPEUT FÜR DEN HEILERFOLG WESENTLICH IST (VGL. AUCH FABER/HAARSTRICK, KOMMENTAR PSYCHOTHERAPIE-RICHTLINIEN, 6. AUFL. 2003, S. 26-28).

Die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie würde somit zu einer verbesserten psychotherapeutischen Versorgung der Patienten führen, da das Behandlungsspektrum besser mit den individuellen Bedürfnissen der Patienten abgestimmt werden könnte und dadurch ineffektive Konstellationen minimiert werden könnten.

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

4. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren?
 - 4.1 Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer/-frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

Fragen zur Qualitätssicherung

5. Welche Vorgaben werden von den Vertretern der Gesprächspsychotherapie zu Maßnahmen der Qualitätssicherung, und zur Dokumentation der Behandlung gemacht?

Ergänzung

6. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Kommentar:

Eine Zulassung der Gesprächspsychotherapie würde meiner Einschätzung nach nicht zu höheren Kosten für die Versichertengemeinschaft führen, da ein Teil der bisher im Rahmen der Nachqualifikation in den Richtlinienverfahren arbeitenden Psychotherapeuten (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) eine abgeschlossene Gesprächspsychotherapieausbildung (GwG) haben; diese Psychotherapeuten würden dann eine Abrechnungsgenehmigung in Gesprächspsychotherapie beantragen und werden ihre Behandlungsstunden insgesamt nicht erhöhen, sondern auf die verschiedenen Psychotherapieverfahren aufteilen.

Auch sind die meisten KV-Bezirke für neue Zulassungen gesperrt, sodass sich auch keine neuen Psychologischen oder Ärztlichen Psychotherapeuten niederlassen können und es so durch ein neues Psychotherapiefahren zu höheren Kosten käme. Wahrscheinlicher ist, dass es durch das vermehrte differenzierte Psychotherapieangebot zu einer besseren Passung (s.o.) und damit zu einer effizienteren Behandlung kommt, was wiederum die Kosten senkt.

1.1. Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

7. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. als Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.
- 7.1 Welche der Studien stammen aus verfahrensorientierten, aus verfahrensübergreifenden oder aus verfahrensunabhängigen Einrichtungen?

Thomas Dr. Bernd A.

Dr. Bernd A. Thomas
Psychologischer Psychotherapeut
Fachpsychologe der Medizin
Dorfstr. Nr. 3
99762 R o d i s h a i n / Thür.

An den Gemeinsamen Bundesausschuss
Auf dem Seidenberg 3a
53721 S i e g b u r g

via E-Mail

Rodishain, den 06.2.11.04

Gesprächspsychotherapie: Bekanntmachung 1044 A des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 29.09.04

Stellungnahme zu den Fragen 3 und 6 des Fragenkataloges für die Entscheidungsfindung durch den G-BA

Vorbemerkungen:

Die folgenden Ausführungen verstehen sich als eine persönliche, unabhängige Stellungnahme des Unterzeichneten zur Entscheidung über den oben erwähnten Sachverhalt.
Sie basieren

- auf nahezu dreißigjähriger klinischer Erfahrung als Psychotherapeut in der Behandlung von Patientinnen und Patienten, welche unter Symptomen und Störungen leiden, bei denen im Sinne der Psychotherapie- Richtlinien eine Psychotherapie indiziert ist,
- und auf Erfahrungen in der teilstationären, sozialpsychiatrischen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen, neurotischen und psychotischen Erkrankungen an einer Universitätsnervenklinik
- sowie auf Erkenntnissen als Leiter eines Arbeitskreises für Gruppen-Gesprächspsychotherapie und als Supervisor.

Der Unterzeichnete hat seit 1993 mit Zulassung für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene, Kinder und Jugendliche in eigener Niederlassung praktiziert. Diese Tätigkeit im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde im Jahre 2002 aufgegeben. Der Unterzeichnete ist Gesprächspsychotherapeut und Ausbilder für Gesprächspsychotherapie der GwG.

Die Wortmeldung hat folgende Gründe.

1. Durch Psychotherapieforschung ist die Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie hinlänglich nachgewiesen; entsprechende Ergebnisse wurden in den Vorlagen der Fachgesellschaften GwG, DPGG und ÄGG zum anstehenden Entscheidungsprozess dokumentiert. Die Befunde werden durch praktische Erfahrungen in der Anwendung dieses Verfahrens außerhalb der GKV bestätigt. Hier zeigt sich auch eine relative Prävalenz der

Effektivität der Gesprächspsychotherapie gegenüber anderen Verfahren. Bezogen auf den derzeitigen Erkenntnisstand der Psychotherapieforschung ist der mit den Fragen 2 und 3 des Kataloges geforderte Nachweis äußerst anspruchsvoll, denn die Überlegenheit eines psychotherapeutischen Verfahrens über ein anderes ist nicht durch bloßen Effektivitätsvergleich herkömmlicher Art zu belegen, führt doch eine solche unzulängliche Verfahrensweise bekanntlich zum Äquivalenz-paradoxon. Die relative Prävalenz ergibt sich vielmehr aus der strukturellen Andersartigkeit der Wirkungspotentiale. Letztere ist aber wissenschaftlich-empirisch viel schwerer nachweisbar. Das gilt für jedes psychotherapeutische Verfahren schlechthin, also nicht nur für die Gesprächspsychotherapie, sondern auch für die im Rahmen der GKV bereits zugelassenen Verfahren, würde ein solcher Nachweis auch von ihnen gefordert. Das ändert jedoch nichts an der bekannten klinischen Erfahrung, dass Gesprächspsychotherapie bei einer großen Zahl von Patienten, unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen (wie sie weiter unten umrissen werden) das Mittel der Wahl darstellt.

2. Auch ergibt sich aus der beruflichen Felderfahrungen des Praktikers eine ganz eigene Perspektive bezüglich des handelnden Umganges u.a. mit dem Patienten- und Kollegenkreisen, mit der Vernetzung innerhalb und außerhalb der GKV, mit der Qualitätssicherung.
3. Der Unterzeichnete meldet sich nach seinem Ausscheiden aus dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu Wort. Seine professionellen Interessen als Psychotherapeut sind höchstens mittelbar berührt, keinesfalls in existentieller Hinsicht. Dieser Status erleichtert die freimütige Stellungnahme zu einer Lücke im System der Psychotherapie im Rahmen der GKV (vgl. Stellungnahme zu Frage 6).

Stellungnahme zu Frage 3 (Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder nur unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?)

Aus den in meiner Praxis gegebenen Vergleichsbedingungen ergibt sich, dass ein großer Teil der Patienten eher von Gesprächspsychotherapie profitiert als von „Richtlinienverfahren“.³

Es handelt sich dabei ausschließlich um Patienten mit krankhaften Störungen im Sinne der ICD und der Psychotherapierichtlinien. Dennoch ist die folgende, nachträgliche Auflistung nur bedingt mit Diagnosegruppen kongruent. Das stimmt mit Forschungsergebnissen überein, die immer wieder gezeigt haben, dass die üblichen symptom- und syndromorientierten Klassifikationen keine Indikationsrelevanz haben. Diakritisch sind dagegen u.a. bestimmte Patienteneigenschaften, die zur Indikation einer Gesprächspsychotherapie zu Beginn der Behandlung (Probetherapie) und zum adaptiven Vorgehen im weiteren Verlauf herangezogen werden können. Die

³ Ich beziehe mich entweder auf Angaben meiner Patienten zu vorhergehenden Therapieerfahrungen bei anderen Therapeuten, ergänzt durch Epikrisen, oder auf einen Vergleich aus dem pool der von mir tiefenpsychologisch behandelten Patienten mit der Gruppe der gesprächspsychotherapeutisch Behandelten. Eine Sukzession beider Verfahren bei ein und demselben Therapeuten habe ich nicht praktiziert, weil sie aus fachlichen Gründen abzulehnen ist.

häufigsten Fälle können nach meiner eigenen klinischen und supervisorischen Erfahrung relativ zwanglos in folgende Gruppen typologisiert werden.

- Patienten, deren körperliche und psychische Abläufe in einem krankheitswertigen, mitunter präpsychotischen Ausmaß durch ihr derzeitiges inneres Erleben in Anspruch genommen sind. In dieser durch starke Selbstzweifel, generalisierte Misserfolgsorientierung bzw. durch diffuse Ängste und Depressionen gekennzeichneten Ausgangslage (u.a. F 60.31; F 41.1) können sie meist nur zustandsorientiert, kaum feldorientiert wahrnehmen und handeln. Am ehesten vermögen sie das gesprächspsychotherapeutische Behandlungsangebot umzusetzen,
- d. h. sie sind -wenn überhaupt- nur auf den personenzentrierten Ansatz einstellbar, mit dem Ziel, sich allmählich von den okkupierenden Inhalten zu distanzieren und zu einer ausgeglichenen Reaktionslage zu kommen.
- Patienten mit ängstlich affektiven Störungen (im Sinne von F 34.1) und mit Rückzugstendenzen (etwa im Sinne von ICD-10: F 60.6; F 60.8), welchen in ihrer anhaltenden, lähmenden und mitunter wenig greifbaren Symptomatik am ehesten durch Gesprächspsychotherapie geholfen werden kann, eine ausreichende Selbstakzeptanz zu entwickeln und ihre Gefühlslage zu harmonisieren.
- Patienten unterschiedlichen Störungstyps diverser ICD- Positionen, die bereits bei Beginn der Behandlung allgemein und in Bezug auf ihre derzeitigen physischen, psychischen und sozialen Problemen introspektiv sind und sich demzufolge relativ mühelos auf den gesprächspsychotherapeutischen Suchprozess einspielen. Es handelt sich um solche Patienten, die in ihrer Selbstregulation krankheitswertig gestört sind, so dass sie ohne psychotherapeutische Hilfe nicht aus ihren pathogenen emotional-kognitiven Zirkeln herauskommen, die aber den Ansatz und deutlich auch den Willen zeigen, den nötigen Eigenanteil an einer solchen Therapie zu leisten.
- Patienten, denen der Therapeut als Gesprächspsychotherapeut bekannt ist oder empfohlen wurde, welche also bereits eine Vorentscheidung über die für sie angemessene therapeutische Verfahrensweise getroffen haben und welche unter der Voraussetzung, dass sie sich in Entsprechung zu ihren Erwartungen im Verlauf der Behandlung (mit oder ohne vorübergehende Schwierigkeiten) gut auf das gesprächspsychotherapeutische Behandlungsangebot einstellen, eine deutlichen Minderung ihrer Beschwerden erfahren.
- Manche Patienten lehnen andere Behandlungsverfahren auf Grund eigener Vorerfahrung mit Psychotherapie ab. Wenn sie hohe Ansprüche an die Qualität der therapeutischen Beziehung haben hinsichtlich der Gewährleistung von Selbstbestimmung, der Verwirklichung von Transparenz und Gleichwertigkeit, finden sie in der Gesprächspsychotherapie auf Grund der Fundamentierung des Verfahrens und der daraus folgenden Handlungsformen diese Voraussetzungen hervorragend verkörpert. Viele von ihnen sind im Bewusstsein ihrer Erkrankung oder auf Grund ihrer Persönlichkeit in besonderem Maße auf Autonomie und relative Gleichrangigkeit in der therapeutischen Dyade bedacht. Auch auf Dauer können diese Patienten von Gesprächspsychotherapie profitieren, wenn die Erinnerung an die

vorangegangene Therapie nicht in einer neurotischen Verzerrung ihren Ursprung hat oder wenn das Autonomiebedürfnis nicht in erster Linie Ergebnis einer Fehlverarbeitung ist bzw. wenn die genannten Einschränkungen hinterfragt und experienziell durchgearbeitet werden können, damit die Patient- Therapeut- Beziehung unbelastet bleibt und einer Besserung der Symptomatik den Weg bereiten kann.

Stellungnahme zu Frage 6 (Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?)

Die Entscheidung zur Frage der Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV hat u.a. Auswirkungen auf eine Dimension der psychotherapeutischen Versorgung, die im vorliegenden Fragenkatalog nicht berücksichtigt wird, gleichwohl für die Verbesserung der Versorgung von großer Bedeutung ist. Es handelt sich um den Aspekt der Zugänglichkeit eines Verfahrens für alle Patienten, für die es das Mittel der Wahl darstellt, d.h. sowohl um Leistungsgerechtigkeit als auch wirtschaftliche Optimalität.

Wenn für manche Patienten mit krankhaften körperlichen, psychischen oder Verhaltens-Störungen i.S. international verbindlicher Definition Gesprächspsychotherapie das Mittel der Wahl ist, von ausgebildeten und approbierten Gesprächspsychotherapeuten aber nur gegen Privatliquidation geleistet werden kann, ist das eine eklatante Lücke im System der GKV. Diese führt zu einer erheblichen ethischen Belastung vieler Psychotherapeuten, die sowohl als Gesprächspsychotherapeuten als auch in einem „Richtlinienverfahren“ tätig sind (nach Schätzungen sind das 1300 Personen), denn diese können lege artis Gesprächspsychotherapie nur privat zahlenden Patienten ermöglichen.

Damit stellt sich in bestimmten Fällen, in denen die Gesprächspsychotherapie gegenüber Richtlinienverfahren überlegen ist, die Frage der Versorgungsgerechtigkeit. Dieser Umstand hat unter anderem den Unterzeichneten im Interesse der nötigen Unbefangenheit und Selbstkongruenz, d.h. der fairen und fachgerechten Behandlung auch der tiefenpsychologisch fundiert behandelten Patientinnen und Patienten zur Stornierung seiner Tätigkeit im Rahmen kassenärztlicher Versorgung veranlasst.

Darüber hinaus, ist ein Ausschluss der Gesprächspsychotherapie aus dem Leistungskatalog der GKV auch unter dem Gesichtspunkt der Effektivität und Effizienz prekär: Es ist erwiesen, dass die Übereinstimmung der Eingangsvoraussetzungen auf Seiten des Patienten (d.h. seine persönlichen Erwartungen an die Therapie, seine Reaktionsbereitschaft auf das Behandlungsangebot und andere verfahrensspezifische Indikationskriterien) mit dem Therapieangebote zu den wichtigsten Voraussetzungen eines positiven Therapie- Ergebnisses gehört. Bei Patienten, bei denen die nötige Entsprechung nachweislich durch Gesprächspsychotherapie gegeben ist, stellt diese Methode nicht nur den sichersten Weg dar, sondern auch den ökonomischsten. Er schließt am ehesten zusätzliche Kosten aus, die sich bei einem weniger indizierten Verfahren auf Grund des nicht hinreichenden Behandlungserfolgs ergeben können, bedingt durch einen Therapeutenwechsel oder eine evtl. Parallelbehandlung durch andere Fachärzte sowie infolge einer notwendig

werdenden stationären Behandlung und anderer Kosten verursachender Komplikationen.

Dr. phil. Bernd A. Thomas
Psychologischer Psychotherapeut
Fachpsychologe der Medizin

Baier Stefan

1.2. Stefan Baier

Diplom-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut
Supervisor und Coach

Stefan Baier • Dipl.-Psych. • Stadthof 1 • 63065 Offenbach

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 1763

53707 Siegburg

Telefon (069) 98 34 05 35
Telefax (01212) 66 666 22 437
<http://www.stefan-baier.de>
Mail mail@stefan-baier.de

Montag, den 7. November 2004

Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein Beratungsthema zur Überprüfung gem. § 135 Abs. 1 SGB V - hier: „Gesprächspsychotherapie“

Sehr geehrte Damen und Herren,

Bezüglich des oben genannten Beratungsthemas nehme ich als Praktiker im Bereich der Psychotherapie Stellung zu einigen Unterpunkten der im Fragenkatalog des Bundesausschusses formulierten Punkte 2. und 3.

Meine praktischen Erfahrungen als Verhaltenstherapeut bei gleichzeitig vorliegender Gesprächspsychotherapie-Fachkunde bestätigen die empirischen Untersuchungsergebnisse zu den Effekten der Gesprächspsychotherapie (sowie der differentiellen Abgrenzung zur Verhaltenstherapie) nachhaltig. Dies möchte ich mit einigen Erkenntnissen aus meiner Arbeit in der ambulanten Psychotherapie dokumentieren.

2.2 Im direkten Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie eignet sich das erstere Verfahren besser für die Behandlung von Störungs- oder Beschwerdebildern, die eingangs diffuser und deren Entstehungshintergründe mehrdeutiger sind. Solche Krankheitsbilder sind häufig einzuordnen im Bereich der Anpassungsstörungen (F43.2) oder etwa der somatoformen Störungen (F45.x), können aber auch zum Bereich depressiver Störungen (F3x) oder Persönlichkeitsstörungen (F60.x) gehören. Das therapeutische Instrumentarium der Gesprächspsychotherapie ist in diesen Fällen erheblich besser zur Kontaktaufnahme sowie zur Exploration und zur Konkretisierung der anfangs für die Patienten diffusen Problemerkennung geeignet als die auf Klarheit und Eindeutigkeit hin ausgerichtete Methodik der Verhaltenstherapie.

2.3 Ich beziehe mich hierzu beispielhaft auf die Behandlung eines 34jährigen Dachdeckers, der initial über nicht erklärliche Unzufriedenheit

und Überforderung klagte. In einer verhaltenstherapeutischen Perspektive hätte sich in diesem Behandlungsfall Beschwerden und Störung des Patienten nicht präzise fassen und kein klarer Behandlungsplan entwickeln lassen. Über eine gesprächspsychotherapeutische Herangehensweise zeigte sich hingegen schnell, dass der Patient gravierende Probleme in der Gestaltung von Beziehungen hatte, die sich auch in der therapeutischen Beziehung abbildeten und sich dort thematisieren sowie in der Folge bearbeiten und verbessern ließen.

2.6 c. Überlegenheit des Behandlungsergebnisses – Die verglichen mit der Verhaltenstherapie geringere Direktivität im Psychotherapeutenverhalten führt bei Patienten im Durchschnitt zu einer stärkerer Attribution der Behandlungserfolge auf internale Faktoren, wie z.B.: „Ich habe mir den Fortschritt (mithilfe des Therapeuten) selbst erarbeitet.“ Dies bewirkt nach meiner Erfahrung, dass die Behandlungserfolge typischer verhaltenstherapeutischer Behandlungen in den ersten beiden Jahren nach Behandlungsabschluss eher abflachen, während die Behandlungserfolge typischer Gesprächspsychotherapien in dieser Zeit sicher eher noch stabilisieren und weiter anwachsen. Das lässt sich meines Erachtens darauf zurückführen, dass die Patienten in der Gesprächspsychotherapie selbstbewusster werden und ihr Selbstvertrauen in die eigene Problemlösungskompetenz mehr gestärkt wird als in der Verhaltenstherapie.

3. Unter 2.2 habe ich benannt, welche Patientengruppen aus meiner Sicht erheblich besser mit der Gesprächspsychotherapie behandelt werden können als mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Ich schätze den Anteil derartiger Störungsbilder für meine psychotherapeutische Praxis zwischen 20 und 50% (wobei zu bedenken ist, dass vielen der zu mir überweisenden Kollegen bekannt ist, dass ich neben meiner Qualifikation als Verhaltenstherapeut auch als Gesprächspsychotherapeut ausgebildet bin und dies in meine Behandlungspraxis einfließt).

7. Ich gebe diese Stellungnahme als Privatperson ab. Ich bin als Kassenpsychotherapeut für Verhaltenstherapie zugelassen und bin seit Jahren bezüglich meiner Arbeitsmenge maximal ausgelastet. Eine mögliche künftige Abrechnungsgenehmigung für Gesprächspsychotherapie würde es mir nicht ermöglichen, mehr zu arbeiten als jetzt und wird mir daher keinen wirtschaftlichen oder sonstigen Vorteil bringen. Es würde aber meine Möglichkeiten, mein Behandlungsangebot besser an den spezifischen Bedürfnissen und Behandlungsnotwendigkeiten meiner Patienten ausrichten zu können, erhöhen und damit in vielen Fällen sowohl ökonomisch als auch qualitativ eine günstigere Behandlungsprognose erlauben.

Ich hoffe, ich konnte im Hinblick auf die aktuelle Fragestellung einen Beitrag leisten.

Gern höre ich von Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

Stefan Baier

Fiedler Dirk

Dirk Fiedler
Stadthof 1
63065 Offenbach

Tel. 069 – 83 83 67 75
Fax: 069 – 83 83 67 76
e-mail: d.u.fiedler@t-online.de

Offenbach, den 07.11.04

Dirk Fiedler ♦ Stadthof 1 ♦ 63065 Offenbach

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 1763

D. 53707 Siegburg

Betr.: Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein Beratungsthema zur Überprüfung gem. § 135 Abs. 1 SGB V – hier: "Gesprächspsychotherapie"

Sehr geehrte Damen und Herren,

Am 6.10.04 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Bundesanzeiger das Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ bekannt gegeben. Mit der Bekanntmachung wird zu Stellungnahmen anhand des neuen Fragenkatalogs aufgefordert. im Folgenden möchte ich als Psychotherapeut in eigener Praxis zu einigen der vom Bundesausschuss gestellten Fragen Stellung nehmen.

E. Stellungnahme zu dem Fragenkatalog des G-BA

5. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?

Diese Frage scheint mir durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie nach PsychThG und die dem Bundesausschuss vorliegenden wissenschaftlichen Expertisen ausreichend beantwortet.

- 1.3 Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?

Die Gesprächspsychotherapie wird seit Jahrzehnten ambulant und stationär angewendet. Es stehen Ärzte und Psychotherapeuten zur Verfügung, die auf hohem Niveau gesprächspsychotherapeutisch qualifiziert sind. Im Bundesland meiner Praxis, in Hessen, steht die „Hessische Akademie für personenzentrierte Psychotherapie, Beratung und Supervision“ im Anerkennungsverfahren bei dem Hessischen Landesprüfungsamt als Ausbildungsstätte gemäß § 6 Psychotherapeutengesetz (PsychThG) für das Verfahren Gesprächspsychotherapie. Eine umfangreiche Liste des Lehrpersonals ist vorhanden.

- 1.4 Über welche Qualifikation / Erfahrung müssen die behandelnden

Gesprächspsychotherapeuten verfügen?

Im Rahmen einer Übergangsregelung kann das Zertifikat in Gesprächspsychotherapie der *Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (GwG)*, gelten und nach Aufnahme der Ausbildungstätigkeit von Ausbildungsinstituten werden deren Absolventen und Absolventinnen nach der gesetzlichen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung ihre Approbation erhalten.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

6. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt BI. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

Zunächst ist festzuhalten, dass eine Mengenausweitung von Psychotherapien nicht stattfinden kann, weil die Anzahl zugelassener Psychotherapeuten nicht erweitert wird. Eine Verbesserung der Patientenversorgung findet insofern statt, als es sich bei der Gesprächspsychotherapie um ein Verfahren handelt, das die Bedingungen gesunder und gestörter Entwicklung menschlicher Psyche differenziell und der jeweiligen Person angemessen beschreiben kann. Besondere Fähigkeiten personenzentrierter Psychotherapeuten sind die Konstituierung einer empathischen therapeutischen Realbeziehung und die Abstimmung von verbalen und nonverbalen Interventionen in einer je spezifischen therapeutischen Beziehung auf den einzelnen Menschen und seine seelische Erlebenswelt bezogen. Insofern können Gesprächspsychotherapeuten und -therapeutinnen eine besonders gute Passung von Patientenpersönlichkeit, dessen Erleben und der Therapeutenperson und dessen Interventionen herstellen, und zwar qua Theorie wie auch praktisch durch ihre Ausbildung mit Hilfe von Audio- und Videofeedback und Supervision.

In meiner eigenen 30-jährigen klinischen Tätigkeit habe ich in diesem Sinne gute Erfahrungen insbesondere mit süchtigen, persönlichkeitsgestörten, psychosekranken, traumatisierten, in ihrem Selbstwert und in ihrer Symbolisierungsfähigkeit (z.B. Somatisierungsstörungen) schwer gestörten, mit leicht verletzbaren und kränklichen Patienten (z.B. narzisstische Persönlichkeitsstörung) mit schweren Empathiedefiziten, die sich kaum anvertrauen können, gemacht.

Die Gesprächspsychotherapie ist eine wichtige Erweiterung im Vergleich zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in Bezug auf die Rolle der therapeutischen Beziehung, die in der Gesprächspsychotherapie umfassender verstanden wird als die sogenannte Arbeitsbeziehung, und der relativierenden Einordnung der Bedeutung der Übertragungsbeziehung.

Im Vergleich zur Verhaltenstherapie hält die Gesprächspsychotherapie ein andersartiges Behandlungs- und Beziehungsangebot bereit, das stärker an Ressourcen orientiert ist und die Selbsteilungskräfte, die sogenannte Aktualisierungsfähigkeit fördert.

Die in vielen katamnестischen Untersuchungen gefundenen Hinweise, dass die Behandlungserfolge der Gesprächspsychotherapie nicht nur besonders stabil sind, sondern der Behandlungsprozess nach Beendigung der Therapie von Patienten in einer Art Selbstbehandlung fortgesetzt wird, sind dafür eine Bestätigung.

Gesprächspsychotherapeuten sind – wie ich selbst auch – oft an der Ausbildung von Verhaltenstherapeuten an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten beteiligt und als Lehrkräfte begehrt, weil sie nicht nur konzeptionell, sondern auch praktisch die

therapeutische Beziehung und den Zugang zu und Umgang mit schwierigen Patienten und Patientinnen lehren können.

2.6 Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

Siehe oben Punkt 2 aus persönlicher Erfahrung, die z.T. aus der Literatur nachvollziehbar ist. Die Untersuchungsergebnisse schwanken jedoch, meiner Meinung nach deshalb, weil natürlich alle erfahrenen Psychotherapeutinnen und Therapeuten einen Fundus von Erfahrungswissen besitzen, der eine ganz persönliche Beziehungsgestaltung mit einem jeweiligen Patienten erfordert, die oft verfahrensunabhängig bestimmte Notwendigkeiten beinhaltet. Insofern gibt es – auch bei kontrollierten Studien – die Wirkung von besonders gut und weniger gut passenden Psychotherapeuten und Therapeutinnen als Wirkvariable relativ unabhängig vom Verfahren.

Die Frage, „welcher Patient mit welcher Störung profitiert von welchem Verfahren bei welchem Therapeuten zu welchem Zeitpunkt in welcher Weise?“ wird nach dem gegenwärtigen Stand der Kunst adaptiv im Prozess von Diagnostik und Therapie zu beantworten versucht. Die spezifische Überlegenheit eines Therapieverfahrens kann Ihnen heute kein Wissenschaftler beantworten.

2.7 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

Eine wesentliche Abgrenzung besteht in der Theorie und Praxis der therapeutischen Wirkvariablen, vor allem der therapeutischen Beziehung. Siehe dazu auch meine Anmerkung zur VT unter Punkt 2. Die verschiedenen Varianten von Verhaltenstherapien stellen Patientinnen und Patienten Lösungswerkzeuge und Techniken zur Bewältigung von psychischen Krisen und Störungen zur Verfügung, seien sie kognitiver oder übender Natur, operant oder klassisch konditionierend, die detailliert und hilfreich Erfahrungswissen darstellen und oft keineswegs durch eine kohärente Theorie verbunden sind.

Die Gesprächspsychotherapie bezieht sich auf das jeweilige psychische Selbstkonzept des Menschen, auf seine Fähigkeiten und Begrenzungen der Selbsterhaltung oder der Selbstentwicklung, die er im Laufe seines Lebens entwickelt hat. Im Behandlungsprozess geht es nun darum, dass - vermittelt über das Gespräch und emotionale wie auch rationale Erleben gemeinsam mit der Therapeutin und sowohl explizit als auch implizit durch die erlebten Qualitäten der therapeutischen Beziehung (Verständnis, Wertschätzung und Echtheit) - die Patientin ihr Selbstverstehen entwickelt und aus dem Verstandenen sowohl sich selbst als auch ihre Beziehungen zur Umwelt besser regulieren und steuern lernt. Aus diesem Vorgehen folgt oft eine über das Behandlungsende hinaus gehende positive Entwicklung durch verbessertes Selbstverstehen und Selbstwertempfinden und dadurch bessere Selbststeuerung. Diese Darstellung ist natürlich unvollständig, aber dem Bundesausschuss liegt ja genug wissenschaftliche Literatur vor und dies ist meine Stellungnahme aus der praktischen Erfahrung.

2.8 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?

Aus meiner Erfahrung geht hervor, dass Patienten,

- die sich selbst und ihre Störung nicht oder kaum verstehen und die ein besseres und tieferes Selbstverstehen suchen,
- die oft kein klareres therapeutische Anliegen formulieren können als den Wunsch, dass sie sich wohl fühlen und z.B. angstfrei oder nicht mehr deprimiert sein wollen,

- die ein multimorbides Krankheitsbild bieten, das zunächst in seiner Differenziertheit verstanden werden und in Sinnzusammenhängen behandelt werden will,

dass diese Patienten mit einem Verfahren, das ihnen gezielt bei der besseren seelischen und körperlichen Wahrnehmung ihrer selbst und der Explizierung des Erlebten hilft direkt angesprochen werden.

Patienten, die eine direktive, angeleitete Hilfe zur Beseitigung ihrer Störung suchen sind offensichtlich mit einer Verhaltenstherapie besser bedient. Dies um so mehr, wenn diese Störung monosymptomatisch ist.

Aber auch das sind grob vereinfachende Darstellungen beider Verfahren.

Eine beträchtliche Anzahl von Verhaltenstherapeuten ist gesprächspsychotherapeutisch ausgebildet und die Verhaltenstherapie als Verfahren hat viel von der Gesprächspsychotherapie aufgenommen, wie z.B. den Begriff des Selbstkonzeptes oder die Bedeutung von Selbsterfahrung in der Ausbildung.

2.9 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?

Wie oben unter 2. bereits erwähnt ist die therapeutische Beziehung anders definiert: die Übertragungsbeziehung spielt eine andere Rolle und soll in der Gesprächspsychotherapie eher gering gehalten werden, Widerstand wird als Zeichen eines Empathiefehlers aufgefasst.

Das Konzept des Unbewussten existiert nicht, sondern das personzentrierte Konzept geht von einer Verzerrung von Wahrnehmung und Erleben im Sinne des Selbstkonzeptes bzw. des Selbstideals aus, wobei Angst vor der Beeinträchtigung des Selbstkonzeptes das Erleben und die angemessene Symbolisierung bestimmter Inhalte verhindert. Das Konzept des Selbst ist das einer mehr oder weniger fließenden Gestalt, die Psyche mit Selbstkonzept, Aktualisierung und Kongruenz bzw. Inkongruenz reguliert sich in systemischer Weise in hohem Ausmaß nach internalen Regeln; es gibt keinen (eher mechanischen) „psychischen Apparat“ im Sinne einer Struktur- oder Triebtheorie wie bei den psychoanalytisch begründeten Verfahren.

2.10 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?

Der zusätzlich Nutzen liegt meiner Erfahrung nach in einer empathischen therapeutischen Beziehung, die patientenzentriert in der Lage ist, durch Verstehen Selbstverstehen zu entwickeln und über Selbstverstehen die eigenen Ressourcen der Problembewältigung zu stärken und auch neu zu entwickeln und anzuleiten.

Ein Verständnis wie das psychoanalytisch fundierte birgt die Gefahr einer vom Patienten erlebten großen Distanz, einer Unterlegung unverständlicher, der Person ferner Deutungen im Sinne eines mechanischen Verständnisses der menschlichen Psyche. Das habe ich bei Patienten erlebt, die aus psychoanalytischen Behandlungen zu mir kamen.

Hier ein kurzes Beispiel für eine Fehlentwicklung bei einer Patientin mit einer schweren depressiven Episode (F32.2 nach ICD-10):

Die Patientin fühlte sich von oben herab belächelt, nicht ernst genommen und in ihrem Leiden nicht verstanden, sondern beurteilt wie ein unmündiges Kind. Der Psychoanalytiker habe sie nicht angesehen, nach unten geschaut und nichts gesagt. Sie fühlte sich beim Analytiker verstärkt wertlos, nicht beachtet und

verunsichert, die abstinente analytische Haltung verstärkte depressives Leiden. Erst als sie sich von ihm trennte sei er aktiv geworden und habe sie gewarnt, dass sie wieder kommen werde, weil sie die Auseinandersetzung vermeide.

Ich kenne persönlich Psychoanalytiker, die empathisch und an der Person orientiert arbeiten und ich gehe davon aus, dass der Vergleich von Psychotherapieverfahren in der Theorie Unterschiede produziert, die bei erfahrenen Therapeuten in der Praxis kaum vorhanden sind. Insofern spielt für mich die jeweilige konkrete Therapeut-Patient-Passung die größte Rolle für den Erfolg einer Behandlung. Insofern möchte ich auch meine Stellungnahme zu den Verfahren relativiert wissen.

2.6 Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar

- bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums? Siehe oben
- hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?

Eine Verkürzung von Behandlungszeiten gegenüber psychoanalytisch begründeten Verfahren kann höchstens in Bezug auf die klassische Psychoanalyse festgestellt werden, nicht jedoch im Vergleich zu tiefenpsychologisch fundierten oder verhaltenstherapeutischen Verfahren.

- in Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?

Siehe oben, die Therapieforschung ergibt keine Überlegenheit eines Verfahrens, eher je nach Studie, Patientenselektion und Verfahrenszugehörigkeit des Forschers unterschiedlich gute Zugänge mit unterschiedlich guten Behandlungsergebnissen.

6.7 Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

Dazu liegt dem Bundesausschuss Literatur vor.

F. Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

7. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Natürlich gibt es solche Patienten, das kann aber nicht summarisch beantwortet werden, zumal es **die** Psychoanalyse oder **die** Verhaltenstherapie angesichts deren inneren Differenzierungen in Richtungen nicht gibt.

In vielen dem Bundesausschuss vorliegenden Studien wurde die Gesprächspsychotherapie als erfolgreiches Psychotherapieverfahren evaluiert.

Entscheidend ist ob das Verfahren für die Versicherten-Versorgung „ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig“ ist.

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

8. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren?

4.2 Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer / -frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

Da reine Gesprächspsychotherapien sich in meiner Praxis auf Lehrtherapien oder Selbstzahler beschränken, kann ich nur einen Range von 15 – 150 Stunden angeben, aber keine zuverlässige Durchschnittsangabe machen.

Fragen zur Qualitätssicherung

8. Welche Vorgaben werden von den Vertretern der Gesprächspsychotherapie zu Maßnahmen der Qualitätssicherung, und zur Dokumentation der Behandlung gemacht?

Nach den Ausbildungsrichtlinien der *Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)* ist seit über 30 Jahren die kollegiale Supervision verpflichtend mit der Vergabe des Zertifikates als Gesprächspsychotherapeut verbunden. Zur Ausbildung als Gesprächspsychotherapeut gehört die Dokumentation von erfolgreich durchgeführten Psychotherapien mit Hilfe von Testverfahren und in Supervision anhand von Tonband- oder Videoaufnahmen.

Darüber hinaus wurden in der Gesprächspsychotherapie bereits Ende der 1970-er Jahre Instrumente zur Prüfung und Sicherung der Prozessqualität entwickelt. Dazu gehören z.B. Therapiestunden-Begleitbögen, die sowohl von den Patienten als auch von den Therapeuten nach jeder Sitzung ausgefüllt werden.

Im Übrigen regeln gesetzliche Vorgaben die Fortbildung, für die die Landespsychotherapeutenkammern Fortbildungsordnungen erlassen. Innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen gehören Gesprächspsychotherapeutinnen und Therapeuten Qualitätszirkeln an und sind in Qualitätssicherung und Dokumentation den gleichen Pflichten unterworfen wie alle anderen Psychotherapeuten.

1.2.1. Ergänzung

9. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

1.3. *Fragen zu möglichen Interessenkonflikten*

10. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. als Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.

Ich gebe diese Stellungnahme in meiner Funktion als psychologischer Psychotherapeut ab, der in eigener Praxis niedergelassen und für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zugelassen ist. Darüber hinaus habe ich eine Grundausbildung und Fortbildungen in Verhaltenstherapie und eine Ausbildung als Gesprächspsychotherapeut.

Mit freundlichem Gruß

Dirk Fiedler

Weise Prof. Klaus

Prof. em. Dr. med. Klaus Weise

Markkleeberg, 4. 11. 04

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Hauptstr. 3a

04416 Markkleeberg

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Gemeinsamer Bundesausschuss

Stellungnahme zum Antrag der „Gesprächspsychotherapie“ auf Anerkennung als ambulantes psychotherapeutisches Verfahren im Sinne der GKV.

Die Gesprächspsychotherapie wurde an der von mir geleiteten Klinik für Psychiatrie der Universität Leipzig von Anfang der 70er Jahre bis 1995 in der stationären und ambulanten Versorgung psychischer Erkrankungen als psychotherapeutisches Hauptbehandlungsverfahren angewendet. Dies wurde möglich nach entsprechender Ausbildung von Mitarbeitern der Klinik an der Sektion Psychologie der Humboldt Universität Berlin (Prof. J. Helm, Prof. I. Frohburg).

Behandelt wurden folgende Krankheitsgruppen:

- Abhängigkeitserkrankungen (F 1)
- affektive und schizophrene Störungen (F 2 u. 3)
- neurotische Störungen (F 4).

Die Mehrzahl der Patienten konnte klinisch gesund oder wesentlich gebessert und in wichtigen Bereichen der Persönlichkeit stabilisiert aus der Behandlung entlassen werden.

Als besonders geeignet und erfolgreich im Vergleich zu anderen Verfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) erwies sich uns die Gesprächspsychotherapie bei chronischen Psychosen, bei schwierigen oder schwer gestörten Patienten der genannten Krankheitsgruppen, bei Menschen mit geringer Motivation, starker Abwehr, labilem Selbstbewusstsein, mit schizoiden und autistischen Zügen, aus unteren Bevölkerungsschichten. Die Vermeidung direkter oder interpretativer Interventionen machte das Gesprächsangebot der G. T. auch für diese Personengruppen annehmbar und erleichterte die Herstellung einer tragfähigen Therapeut – Patient Beziehung. Viele dieser Patienten würden ohne

Gesprächspsychotherapie unbehandelt bleiben mit dem Risiko progredienter Chronifizierung, wiederholter stationärer Behandlung etc.

Die Gesprächspsychotherapie war obligatorischer Bestandteil der Weiterbildung von Psychiatern und Psychologen. (Die Klinik hatte die Ausbildungsermächtigung Psychotherapie). Auch in einer von mir geleiteten Arbeitsgemeinschaft „Psychotherapie in der Psychiatrie“ der Gesellschaften für Psychiatrie und Neurologie und Ärztliche Psychotherapie der DDR mit dem Ziel der Integration psychotherapeutischer Verfahren in die Psychiatrie lag der Schwerpunkt auf der Gesprächspsychotherapie.

Die Entscheidung für die Gesprächspsychotherapie erfolgte aus folgenden Gründen:

- Vorliegen zahlreicher empirischer Untersuchungen über die Wirksamkeit.
- Gute Kontrollierbarkeit des Trainings und des therapeutischen Prozesses mit Patienten- und Therapeutenskalen.
- Übereinstimmung des Konzepts der Gesprächspsychotherapie mit der Forderung nach Personenzentrierter Behandlung in der Psychiatrie.
- Mit der Focusing auf „Selbstaktualisierung“ und der Vermeidung oder zumindest Relativierung eines hierarchischen Verhältnisses in der Therapeut – Patient Beziehung entspricht die Gesprächspsychotherapie der Forderung nach Orientierung auf das Selbsthilfepotential der Betroffenen, dem Konzept des Empowerment und damit Forderungen und Ansprüchen der Selbsthilfeinitiativen.

Ich befürworte deshalb dringlichst den Antrag der Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Mir erscheint dieser Schritt längst überfällig im Interesse der Patienten und zur Überwindung des Defizits an Psychotherapie in der Psychiatrie.

Prof. Klaus Weise

Institut für Psychologische Psychotherapie (e.V.)

Dr. Sabine Gollek
1. Vorsitzende des Institutes
für Psychologische Therapie (e.V.)
Leipzig
Seeburgstraße 14-20

04103 Leipzig

Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Gemeinsamer Bundesausschuss

Leipzig, den 03.11.04

G. Stellungnahme zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren!

Nachdem der Wissenschaftliche Beirat gemäß § 11 PsychThG im Mai 2002 den Beschluss fasste, die Gesprächspsychotherapie als Schwerpunktverfahren im Rahmen der Psychotherapieausbildung als anerkennungsfähig zu betrachten, betrachten wir, die Dozentinnen und Dozenten des Institutes für Psychologische Psychotherapie (e.V.) Leipzig, es für dringend erforderlich, auch die sozialrechtliche Anerkennung für dieses wichtige Psychotherapieverfahren zu erteilen.

Unser Institut besteht seit 5 Jahren und bildet entsprechend der Richtlinien des Psychotherapeutengesetzes vom 06.03.1998 Psychologische Psychotherapeuten aus. Das Institut besteht aus 5 Fachbereichen, wobei neben dem FB Grundlagen der Psychotherapie, FB Tiefenpsychologie und analytische Psychotherapie sowie dem FB Verhaltenstherapie von Beginn an auch der FB Gesprächspsychotherapie aktiv war. Entsprechen einer langen und effizienten Tradition der Anwendung der Gesprächspsychotherapie im mitteldeutschen Raum besteht bei unseren Ausbildungskandidaten ein großes Interesse in dieser Therapieform ausgebildet zu werden. Dementsprechend sind Lehrinhalte zur Spezifik der Gesprächspsychotherapie im Rahmen humanistischer Behandlungskonzepte, ihrer Geschichte, ihrer anforderungsbezogenen Anwendung und ihrer empirischen Forschungsansätze bereits in den Ausbildungseinheiten zu den Grundlagen der Psychotherapie enthalten und stoßen auf reges Interesse.

Eine baldige sozialrechtliche Anerkennung würde es ermöglichen, den großen Bedarf an gesprächspsychotherapeutischer Ausbildung zu decken und die curriculare Ausbildung im Fachbereich zu beginnen.

In klinischer Anwendung können wir dabei auf eine sehr fruchtbare Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychiatrie der Universität Leipzig zurückgreifen, an der Ausbildungskandidaten, die dort ihr psychiatrisches Jahr absolvieren, praxisbezogen und therapiebegleitend über Einzel- und Gruppensupervisionen gesprächspsychotherapeutisch geschult werden. Im unmittelbaren klinischen Alltag lernen die Kandidaten die verfahrensspezifische Indikation und die Effektivität der Gesprächspsychotherapie und deren medizinische Notwendigkeit

(vgl. I. Frohburg „Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV“ Psychotherapeutenjournal 4/2004; i.V.) kennen.

Ausdrücklich gebe ich im Namen des gesamten Vorstandes des Institutes für Psychologische Psychotherapie (e.V.) der Notwendigkeit und dem Wunsch nach einer raschen sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie Ausdruck!

Dr. rer. nat. Sabine Gollek
1. Vorsitzende und
Sprecherin des Fachbereichs
Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie
Klinik für Psychiatrie
Liebigstraße 22
D-04103 Leipzig

Prof. Dr. phil. Harry Schröder
Stellvertretender Vorsitzender und
Sprecher des Fachbereichs
Grundlagen der Psychotherapie
Institut für Angewandte Psychologie
Seeburgstraße 14-20
D-04103 Leipzig

Prof. Dr. med. Günter Plöttner
Stellvertretender Vorsitzender und
Sprecher des Fachbereichs Tiefen-
Psychologisch Fundierte Psychotherapie
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Und Psychosomatische Medizin
Karl-Tauchnitz-Str. 25
D-04107 Leipzig

PD Dr. rer. nat. Konrad Reschke
Stellvertretender Vorsitzender und
Sprecher des Fachbereichs
Verhaltenstherapie
Institut für Angewandte Psychologie
Seeburgstraße 14-20
D-04103 Leipzig

Prof. Dr. med. Reinhold Schwarz
Stellvertretender Vorsitzender und
Sprecher des Fachbereichs
Analytische Psychotherapie
Selbständige Abteilung für Sozialmedizin
Riemannstraße 32
D-04107 Leipzig
Reinhard Lecker

Dipl.-Psych.
Reinhard Lecker
Katthän Ulrich

Torgasse 7
Ulrich Katthän
94327 Bogen

10.11.2004

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Auf dem Seidenberg 3a

53721 Siegburg

Stellungnahme zum Thema Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin als Psychologischer Psychotherapeut in freier Praxis tätig. Für die Krankenbehandlung zugelassen bin ich von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns im Richtlinienverfahren Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Meine Stellungnahme bezieht sich auf Frage Nr. 3 aus Ihrem Katalog.

Ich behandle in meiner Praxis psychische Erkrankungen wie z. B. Depressionen, Angsterkrankungen, Zwangserkrankungen, psychosomatische Störungen, Persönlichkeitsstörungen.

Erfahrungsgemäß kann ich vielen Patienten auf der Grundlage des psychodynamischen Ansatzes helfen, ihre Erkrankung zu überwinden oder doch in wesentlichem Maße zu lindern. Allerdings tauchen im Praxisalltag in nicht unerheblichem Umfang Patienten auf, die entweder vom genannten Ansatz nicht oder nicht in ausreichendem Maß profitieren können. Auf Grund meiner zusätzlichen Ausbildung in Klientenzentrierter Psychotherapie kann ich behaupten, dass vielen dieser Patienten mit Gesprächspsychotherapie besser hätte geholfen werden können.

Folgendes ist dabei zu berücksichtigen:

Der klientenzentrierte Ansatz betont in herausgehobener Weise die Beachtung und bewusste Bearbeitung des Beziehungsaspektes in der Psychotherapie. Damit kann die persönliche Passung, die als wesentliches Agens in der Psychotherapie angesehen wird, gezielt hergestellt werden. Patienten erleben dadurch höchste Akzeptanz der eigenen Person, was in der Folge zu erhöhter Selbstwahrnehmung und zur Verbesserung des Selbstwerverlebens führt.

Des Weiteren ist der klientenzentrierte Ansatz ein explizit klärungsorientiertes Verfahren, das von der aktuellen Wirkung der internalen Determinanten ausgeht. Die Patienten fühlen sich dadurch in ihrem aktuellen Befinden ernst genommen und erreichen unmittelbar eine Verbesserung der Selbstkongruenz.

Die verfahrensgemäße Konzeptualisierung dieser Zielbereiche können sowohl der verhaltenstheoretische als auch der psychodynamische Ansatz nicht bieten.

Die Gesprächspsychotherapie leistet nach meiner Überzeugung eine dringend notwendige Erweiterung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen.

Mit freundlichen Grüßen
Ulrich Katthän

Dipl.-Psych.; Dipl.-Sozialwirt
Ulrich Katthän
Psychologischer Psychotherapeut
Supervisor BDP
Gesprächspsychotherapeut GWG
Verhaltenstherapeut DGVT
Klin. Hypnose MEG

Edward-Schröder-Bogen 16
37077 Göttingen
tel: 0551/37 11 42
fax: 0551/37 924 79
Göttingen, 9.11..04

An den Gemeinsamen Bundesausschuß

Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie

Zu Frage 3)

Im Mittel könnten ca 30% der Patienten einer psychotherapeutischen Praxis von Gesprächspsychotherapie maßgeblich profitieren, da sie mit den bisher zugelassenen Verfahren nur recht ungenügend oder gar nicht behandelt werden können. Dies betrifft all jene Pat., bei denen die Qualität der jeweiligen therapeutischen Beziehung selber maßgebliches therapeutisches Agens ist.

Ich möchte zu bedenken geben, dass eine erhebliche Zahl jener Therapeuten, die heute jenseits des 45. Lebensjahres sind, zu einer Zeit ihr Studium und therapeutische Ausbildung abgeschlossen haben, als es „üblich“ war, sich auch in Gesprächspsychotherapie ausbilden zu lassen, ich gehöre auch dazu. Diese heute etablierten Therapeuten werden vermutlich ohnehin bei den Patienten, bei denen Gesprächspsychotherapie indiziert ist, diese auch in die Behandlung mit einfließen lassen, sodaß der Mangel der Zulassung sich in der Versorgung der Patienten im Augenblick noch nicht so gravierend bemerkbar macht, wie es in der Zukunft zu erwarten ist, wenn die meisten der Therapeuten nur noch in den jetzigen Richtlinienverfahren ausgebildet sind.

Zu Frage 7)

Ich gebe meine Stellungnahme als niedergelassener Psychotherapeut (Praxis seit 1987) ab und kann keinerlei Interessenskonflikte erkennen.

U.Katthän

Götting Ursula

09, N~.
200~

Stellungnahme zum Fragenkatalog zur Gesprächspsychotherapie Frage Nr. 3

Stellungnehmende: Dipl.-Psych. Ursula Götting, Psychologische Psychotherapeutin
Neue Torstr

16 32816 Schieder Schwalenberg

Die Frage Nr. 3 ist aus meiner Sicht als langjährig praktisch tätige Psychotherapeutin
wenngleich der Fragestellung sowie die Frage gestellt ist kaum geführt werden kann.

Daß es Patienten/Patientengruppen gibt, die „mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder nur unzulänglich behandelt werden können“, dürfte wohl kaum bestritten sein. Daß solche Patienten/Patientengruppen aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren. ist im Bereich der ambulanten Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung nicht nachzuweisen, solange die Gesprächspsychotherapie dort nicht angewendet werden darf. Bezogen auf den kleinen Kreis von Patienten, die Zugang zu anderen Versorgungsformen haben, kann die Untersuchung von Frau Prof. Dr. Inge Frohburg, die Ihnen vorliegen dürfte, als Beleg dafür dienen, daß solche Patienten von der Gesprächspsychotherapie profitieren können. Bezogen auf die vertragsärztliche Versorgung kann ich als Praktikerin nach Lage der Dinge nur Beobachtungen mitteilen, die Hinweise zur positiven Beantwortung der gestellten Frage geben:

Es hat sich in Supervisions- und Intervisionsgruppen immer wieder herausgestellt daß Schwierigkeiten, die zur Nichtaufnahme bzw. zum Abbruch einer psychotherapeutischen Behandlung führten/zu führen drohten, in engem Zusammenhang standen mit der Gestaltung des psychotherapeutischen Beziehungsangebots. Es hat sich gezeigt, daß die „klassischen“ Therapeuten-Haltungen, wie sie von der Verhaltenstherapie einerseits und von den psychoanalytisch begründeten Verfahren andererseits gelehrt und eingeübt werden, von bestimmten Patienten/Patientengruppen nicht als vertrauenerweckend und hilfreich erlebt werden.

Entsprechend ihrem Versorgungsauftrag (und der eigenen ethischen Verpflichtung) haben die Kollegen diese Patienten natürlich nicht abgewiesen (nach dem Motto: indiziert wäre eine Gesprächspsychotherapie, aber die müssen Sie selbst bezahlen), sondern sie haben sich bemüht, ihr Behandlungsangebot dem für sie „schwierigen“ Patienten anzupassen und sich dabei der Unterstützung ihrer in Gesprächspsychotherapie ausgebildeten Kollegen bedient, weil für sie die individuelle Beziehungsgestaltung zum jeweiligen Patienten die in ihrer Ausbildung erworbene Kern-Kompetenz darstellt.

Aber auch wenn die geschilderte „Anpassung“ erfreulicherweise gelingt, so sind solche Behandlungsverläufe doch komplikationsreich und entsprechend lang und kostspielig. Es wäre für die Behandler ebenso wie für die betroffenen Patienten entlastend und würde mit Sicherheit kostensparend wirken, wenn in der vertragsärztlichen Versorgung eine gesprächspsychotherapeutische Behandlung angeboten werden könnte.

Schieder-Schwalenberg, am 10.11.2004

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein
Körperschaft des öffentlichen Rechts



10. Nov. 2004

Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, Walkerdamm 17, 24103 Kiel

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431-66 11 99-0
Fax 0431-66 11 99-5
info@pksh.de
www.pksh.de

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Geschäftsführung
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

| | | | | | | | |
|-----------------------------|--|----|----------------|-----------------|-----|-------|---------|
| Gemeinsamer Bundesausschuss | | | | | | | |
| Abteilung I | | | | | | | |
| Eingang: 10. Nov. 2004 | | | | | | | |
| Original: <i>R. Rogner</i> | | | | | | | |
| Kopie: <i>PKSH</i> | | | | | | | |
| Vorstand | | GF | SfS rechtl. | SfS Methodik | P/O | Verw. | Abt. II |

Kiel, den 08.11.04

Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein zum Fragenkatalog des gemeinsamen Bundesausschusses vom 29.09.04

Der wissenschaftliche Beirat hat im Mai 2002 die Gesprächspsychotherapie als Schwerpunktverfahren im Rahmen der Psychotherapieausbildung anerkannt.

Die drei Fachverbände für Gesprächspsychotherapie haben den umfangreichen Fragenkatalog zur Einführung neuer Psychotherapieverfahren des Arbeitsausschusses Psychotherapie-Richtlinien im Oktober 2002 für die Gesprächspsychotherapie positiv beantwortet. Die zwei nachfolgend beantworteten Fragen des Unterausschusses Psychotherapie vom Februar 2004 konnten ebenfalls überzeugend dokumentieren, dass die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie tatsächlich eine Erweiterung und Verbesserung für die vertragsärztliche Versorgung bedeutet. Damit sind die rechtlich definierten Anforderungen entsprechend § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V erfüllt und einer sozialrechtlichen Anerkennung steht seitdem nichts mehr im Wege.

Die Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein fordert den Bundesausschuss deshalb auf, die leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zügig zu beschließen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Oswald Rogner
(Präsident der PKSH)

Landespsychotherapeuten Baden-Württemberg



Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Gemeinsamer Bundesausschuss Herrn Dr. Hess Auf dem Seidenberg 3a

53721 Siegburg

Hauptstätterstraße 89 | 70178 Stuttgart
Fon 0711.67 44 70-0 | Fax 0711.67 44 70- 15
Durchwahl
lpk-bw@t-online.de

Stuttgart, 11.11.04

**Stellungnahme zum Fragenkatalog des Unterausschusses Psychotherapie des
Gemeinsamen Bundesausschusses zur krankensicherungsrechtlichen
Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie**

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg nimmt zu dem Fragenkatalog des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesprächspsychotherapie wie folgt Stellung:

Zu den Fragen 1 – 1.2: Zu den hier angesprochenen Themen hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie bei der Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie, bei der u.a. auch die Qualität der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten auf der Grundlage der Ausbildungsbestimmungen der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) betont wurde, hinreichend Stellung genommen. Die Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat bereits am 22. Juni 2002 die Begutachtung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gewürdigt und vor diesem Hintergrund die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der GKV gefordert, wie zuletzt auch der 4. Deutsche Psychotherapeutentag am 9. Oktober 2004 in Stuttgart.

Unter Berücksichtigung der anerkannt hohen Standards der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten nach den Kriterien der GwG ergibt sich sachlogisch die Konsequenz, im Rahmen von den erforderlich werdenden krankensicherungsrechtlichen Übergangsbestimmungen zum Nachweis der Fachkunde gem. § 95 c SGB V die Anerkennungskriterien der GwG zugrunde zu legen. Nach Ablauf der Übergangsfrist wird dann wie bei den anderen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren ein erfolgreich absolvierter

Abschluss der auf der Grundlage des PsychThG geregelten Ausbildung als Fachkundenachweis anzuerkennen sein.

Zu den Fragen 2 – 2.7, 3: Die hier angesprochenen Themen heben auf den Nachweis eines „Zusatznutzens“ der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien bereits anerkannten Verfahren ab. Diese Fragen gehen insofern fehl, als sie sich weder auf gesetzlichen Vorgaben gem. § 135 Abs. 1 SGB V, noch auf die BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, noch auf die einschlägige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts berufen können. Der Nachweis eines „Zusatznutzens“ ist keine rechtlich zweifelsfrei zu fordernde Voraussetzung für die Anerkennung eines neuen Psychotherapieverfahrens im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien!

Auch aus fachlicher Sicht gehen die Fragen von unzutreffenden Prämissen aus, da der Stand der internationalen Psychotherapieforschung derzeit über keine belastbare Evidenz zur differentiellen Indikation von Psychotherapieverfahren verfügt, die eine zweifelsfreie Beantwortung ermöglichen könnte. Dementsprechend haben auch die krankenversicherungsrechtlich bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren derartige Nachweise in der Vergangenheit nicht geführt bzw. können sie auch heute noch nicht führen.

Wir halten es weder in rechtlicher noch in fachlicher Hinsicht für vertretbar, bei der Prüfung der Anerkennungsfähigkeit von neuen Psychotherapieverfahren bei fortbestehenden einschlägigen Forschungsdefiziten höhere Nachweisanforderungen zu stellen, als sie von bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren erfüllt wurden bzw. erfüllt werden können.

Zu den Fragen 4 und 5: Hier liegen einschlägige Voten der Fachgesellschaften der Gesprächspsychotherapeuten vor, denen sich der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vollinhaltlich anschließt.

Schlussbemerkung: Der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg geht davon aus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss und damit auch der Unterausschuss Psychotherapie dem Amtsermittlungsgrundsatz Folge leistet und deshalb bereits eine Sichtung der umfangreichen Forschungsliteratur zur Gesprächspsychotherapie vorgenommen hat. Für die Transparenz des Entscheidungsprozesses des Unterausschusses Psychotherapie im Sinne der Nachvollziehbarkeit seiner Entscheidungen wäre es daher sachdienlich, wenn sowohl die Datenbasis als auch die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen, die für die Entscheidungsfindung des Unterausschusses Psychotherapie maßgeblich sind, der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Mit freundlichen Grüßen



Detlev Kommer
Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

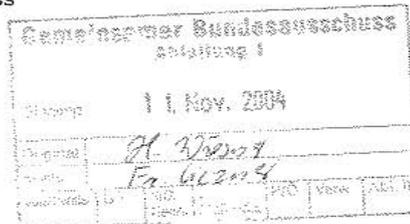
Deutscher Psychotherapeutenverband e.V.

Bundesgeschäftsstelle
Steuernummer: 27 / 624 / 50651
E-Mail: BGST@dptv.de, Internet: http://www.DPTV.de

Bankverbindung
Deutsche Bank Berlin, Kto.-Nr. 430855500 (BLZ 100 700 24)

Deutscher Psychotherapeutenverband (DPTV) e.V., Am Karlsbad 15, 10785 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Geschäftsführung
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg



DPTV

DEUTSCHER
PSYCHOTHERAPEUTEN
VERBAND E.V.
Berufverband Psychologischer
Psychotherapeuten

PRÄSIDIUM
Präsident
Dr. Hans Nadolny
Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Tel. 030-235 00 90
Fax: 030-235 00 944
bgst@dptv.de

Berlin, den 09.11.2004

**Stellungnahme des Deutschen Psychotherapeutenverbandes DPTV
zum Fragenkatalog des gemeinsamen Bundesausschusses vom 29.09.04**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie gem. § 11 PsychThG hat im Mai 2002 die Gesprächspsychotherapie als Schwerpunktverfahren im Rahmen der Psychotherapieausbildung anerkannt.

Die drei Fachverbände für Gesprächspsychotherapie haben den umfangreichen Fragenkatalog zur Einführung neuer Psychotherapieverfahren des Arbeitsausschusses Psychotherapie-Richtlinien im Oktober 2002 für die Gesprächspsychotherapie positiv beantwortet. Nachfolgend stellte der Unterausschuss Psychotherapie zwei weitere Fragen, die ebenfalls von der Arbeitsgruppe ausführlich beantwortet wurden und überzeugend dokumentieren, dass die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie tatsächlich eine Erweiterung und Verbesserung für die vertragsärztliche Versorgung bedeutet.

Seitdem steht einer sozialrechtlichen Anerkennung nichts mehr im Wege.

Der Deutsche Psychotherapeutenverband DPTV fordert den Bundesausschuss deshalb auf, die leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie nicht weiter zu verzögern und im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien noch in diesem Jahr zu beschließen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Hans Nadolny

Dipl.-Psych. Dr. Hane Nadolny (Präsident)
Dipl.-Psych. Dr. Angelika Nierobisch (Beisitzerin)

Dipl.-Psych. Dietlev Kopper (Vizepräsident)
Dipl.-Psych. Chantal Prieß (Beisitzerin)

Dipl.-Psych. Volker Schmidt (Vizepräsident)
Dipl.-Psych. Sabine Schärer (Beisitzerin)

7

11. Nov. 2004

Dipl.-Psych. Annette Imann-Steinhauer
Verhaltenstherapie/Psychotherapie/Psychoanalyse
Gesprächs-, Kinder- und Gruppenpsychotherapie

55130 Mainz, den 10. 11. 2004
Wilhelm-Theodor-Römheldstr. 32
Telefon und Fax: 06131/83 14 00

Praxis Imann-Steinhauer W.-T.-Römheldstr. 32 55130 Mainz

Gemeinsamer Bundesausschuss

Postfach 1763

53707 Siegburg

| | | | | | |
|-----------------------------|-------------|----------|------|-----|-----------------|
| Gemeinsamer Bundesausschuss | | | | | |
| Abteilung I | | | | | |
| Eingang: 11. Nov. 2004 | | | | | |
| Original | H. Wenzel | | | | |
| Kopie | Fr. Licznak | | | | |
| Vorsitzende | GF | StSt | StSt | P/O | Verw. / Abt. II |
| | Recht | Methodik | | | |

● **Stellungnahme zur Gesprächspsychotherapie**
Beratungsthema zur Überprüfung gem. § 135 Abs. 1 SGB V

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte zunächst um Nachsicht, dass ich aufgrund meiner persönlichen Lebenssituation nicht über ausreichend Zeit verfüge, um mich an den Fragenkatalog zu halten. Ich werde stattdessen eine kurze formlose und auch nur (sehr) persönliche Stellungnahme abgeben.

Obwohl ich neun Berufsverbänden angehöre (DGVT, GwG, BDP, DAGG, DGIP, DPVT, Vereinigung, DGPT, bvvp), nehme ich hier nicht für diese, sondern als Einzelperson in meiner Eigenschaft als Psychologischer Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin Stellung.

● Ich habe eine abgeschlossene Weiterbildung in Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch-fundierter Psychotherapie, analytischer Psychotherapie und Gesprächspsychotherapie und bin zugelassen mit der Abrechnungsgenehmigung für alle Ziffern, die PP und KJP derzeit zugänglich sind (siehe Therapeutenliste der KV Rheinhesen im Internet). Außerdem verfüge ich über fast 30 Jahre Berufserfahrung, in deren Rahmen ich ca. 9000 Patienten behandelt habe, dabei war ich aufgrund meiner vielfältigen Weiterbildungen in der privilegierten Lage, die Patienten entsprechend ihrer jeweiligen Differentialindikation einerseits und wenn erforderlich schulenintegrativ andererseits behandeln zu können.

Die Erfahrungen decken sich dabei mit den Effektivitätsstudien, bestimmte Patientengruppen profitieren von bestimmten Behandlungsmethoden mehr, wobei insgesamt jedoch eine positive und konstruktive Erwartungshaltung des Patienten der Therapie und dem Therapeuten gegenüber oft der entscheidendere Faktor ist.

Als Therapeutenvariable hat der Verhaltenstherapeut eine wesentlich aktivere Rolle als der Analytiker, Verhaltensmodifikation versus Einsicht, aber auch hier wird eine empathische Haltung des Behandlers, der an die Entwicklungsmöglichkeiten seines Patienten

glaubt (bevor der Patient es selbst kann), immer eine unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen der Therapie sein. Insofern werden die Kernelemente, die die Gesprächstherapie herausgearbeitet hat, schon immer in der Richtlinien-Psychotherapie angewendet, ohne die weder ein Verhaltenstherapeut noch ein Analytiker auskommen kann. Darüber hinaus hat sich die Gesprächstherapie bereits sehr früh mit der Frage auseinander gesetzt, wie sage ich es dem Patienten, nicht nur was, wie bei Verhaltenstherapie und Psychoanalyse. Diese Schulung, die ich in der Gesprächspsychotherapie-Weiterbildung hatte, hat mich immer in den Sitzungen mit meinen Patienten begleitet: ganz nah am unmittelbaren Empfinden des Patienten zu bleiben, ohne Deutung und ohne Training, zumindest vorläufig und zeitweise. So ist mir die Gesprächspsychotherapie – auch als eigenständiges Therapieverfahren – weniger eine Technik, denn eine innere Haltung, die es zu lernen gilt.

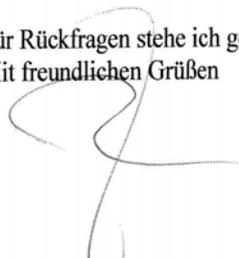
Differentialindikatorisch ist Gesprächspsychotherapie immer da angebracht, wo der Patient bereits ein ausreichendes eigenes Entwicklungspotential mitbringt, dass sich nicht nur nach ICD-Diagnosen kategorisieren lässt, sondern viel eher etwas mit der Höhe des Strukturniveaus (OPD) eines Patienten zu tun hat. Insbesondere ist im Zusammenhang genuiner Entwicklungsmöglichkeiten – aber bisher ja leider aufgrund fehlender Effektivitätsstudien nicht berücksichtigt – die kindzentrierte Spieltherapie zu nennen, die im übrigen große technische Ähnlichkeiten mit den nicht-deutenden Techniken der analytischen Kindertherapie hat. Diese Erfahrungen verwundern nicht, wenn man sie mit den Ergebnissen sowohl der empirischen wie der analytischen Säuglingsforschung zusammen sieht, die Relevanz der empathischen, die Bedürfnisse des Säuglings verstehenden und diese beantwortenden Mutter. Insofern ist mutmaßlich die innere Haltung eines jeden Therapeuten und KJP für den Behandlungserfolg entscheidender, als die Schule der er angehört, da es sich hier um basale, nepotistische Fähigkeiten handelt, die, wenn sie in unserer Evolution schon eine so überaus bedeutsame Rolle gespielt haben, diese natürlich auch in der kindlichen/psychischen Entwicklung, die diese Evolution ja in jeder Hinsicht im verkürzte Lauf wiederholt, ebenso relevant sind.

An ihre Grenzen stößt die Gesprächspsychotherapie erfahrungsgemäß häufig dort, wo es um ausgeprägte auto- oder heterodestruktive Störungen geht, hier genügt Liebe allein im Sinne Bruno Bettelheims nicht, sondern fundiertes therapeutische Wissen um schwere Störungen und die Berufs- (und Lebens-)Erfahrung eines Therapeuten wird hier nötig sein, um die dynamischen Quellen zu bearbeiten, aus denen sich diese Störungen speisen, um die aggressiven Impulse der Steuerung des Patienten zugänglich zu machen.

Die Gesprächspsychotherapie wird den beiden anderen Richtlinienverfahren aber auch immer dort überlegen sein, wo es um Belastungs- und Anpassungsstörungen und auch schwere posttraumatische Störungen geht. Ich spreche an dieser Stelle auch aus meinen Erfahrungen als (Familien-)Mitglied des Netzwerkes kranker Ärzte und Psychotherapeuten (www.der-krankte-Arzt.de) und aus meinen Behandlungen erkrankter Kollegen und Kolleginnen, die in schwerer Krankheit fast immer auch psychotherapeutische Hilfe wünschen, aber nicht in Form von Verhaltensmodifikationen oder von Deutungen, sondern von Zuhören und Begleiten, von dem Ertragen Unabänderlichen und Ermutigung zum Veränderlichen. Und was für unsere erkrankten Kollegen hilfreich ist, wird es sicher auch für unsere Patienten sein.

Zu den Fragen des Verfahrens, der Wirtschaftlichkeit und der Qualitätssicherung ist eine der Verhaltenstherapie analoge Gestaltung angebracht.

Für Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.
Mit freundlichen Grüßen



Psychiatrisches Zentrum Nordbaden

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss G-BA
Geschäftsstelle

Postfach 1763
53707 Siegburg

Betreff: Stellungnahme zur sozialrechtlichen Anerkennung der GPT

Wiesloch, den 12.11.2004

Sehr geehrte Damen und Herren, verehrte Kolleginnen und Kollegen,

als an Methodenvielfalt interessierte Psychologinnen und Psychologen möchten wir die von Ihnen gewährte Gelegenheit nutzen, zum Thema „Anerkennung der Gesprächspsychotherapie“ Stellung zu nehmen. Alle im Anhang aufgeführten Diplompsychologinnen und -psychologen sind im Psychiatrischen Zentrum Nordbaden in Wiesloch beschäftigt. Um Ihren Aufwand zu minimieren, sende ich Ihnen im Einverständnis mit den aufgeführten Personen stellvertretend unsere gemeinsam entwickelte Stellungnahme zum Thema zu. Da wir uns per Mail an Sie wenden, entfällt eine persönliche Unterschrift.

1. Wir sind uns einig in der Frage, dass die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GPT) erfolgen muss, insbesondere nachdem der wissenschaftliche Beirat deren wissenschaftliche Anerkennung nach ausführlicher Prüfung, (denen die Richtlinienverfahren im Übrigen nicht unterzogen wurden), mehrheitlich beschlossen hat, woraufhin schließlich auch die Anerkennung der GPT durch die zuständigen Gesundheitsministerien der Bundesländer erfolgte.

2. Es erscheint uns wenig sinnvoll, die „Überlegenheit“ eines Therapieverfahrens gegenüber einem anderen herausstellen zu wollen, vielmehr lassen sich allerdings die Spezifika eines Verfahrens darstellen, die sich von denen anderer Verfahren unterscheiden mögen, nicht aber zu einer grundsätzlichen Bewertung und Differenzierung besserer gegenüber schlechteren Therapieverfahren berechtigen. In zahlreichen Studien zu unterschiedlichen Störungsbereichen wurden dem wissenschaftlichen Beirat eben diese Spezifika der GPT dargelegt, woraufhin ihre wissenschaftliche Anerkennung erfolgte.

3. In Bergin & Garfield, Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change (Lambert, 2004) ist nachzulesen, dass es keine generelle Überlegenheit eines Therapieverfahrens gegenüber einem anderen gibt, und dass vielmehr nach den gültigen Psychotherapierichtlinien die Leistungen eines Verfahrens zur Behandlung der jeweiligen psychischen Störung „ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig“ sein müssen.

Einige von uns führen seit Jahren Psychotherapie nach den Kriterien der GPT durch, einige sind zertifizierte klientenzentrierte Gesprächspsychotherapeutinnen /-therapeuten. Andere Kollegen haben diese Stellungnahme mit verfasst, weil sie trotz anderweitiger psychotherapeutischer Schwerpunkte (zumeist in den Richtlinienverfahren) der Meinung sind, dass die Vielfältigkeit psychotherapeutischer Methoden eine Bereicherung auch für die eigene Arbeit darstellt und viele Elemente aus der GPT gerade wegen ihres hohen Nutzens in der Praxis bereits in andere Verfahren eingeflossen sind.

Abschließend möchten wir uns für die Gelegenheit zu dieser Stellungnahme bedanken und unserer Hoffnung Ausdruck geben, dass die o.g. Argumente Sie überzeugen, die sozialrechtlichen Anerkennung der GPT zu befürworten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Dipl. Psych. Frank Janzowski
Psychologensprecher

Anhang: Liste der Unterzeichnenden

Abteilung Suchttherapie:

Dr. Frank Janzowski, Dipl. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut
(*Psychologensprecher*)

Astrid Ingrid Albrecht, Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin

Abrahams Claus-Martin, Dipl. Psychologe

Dr. Beate Jülisch-Tscheulin, Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin
(*Abteilungssprecherin Suchttherapie*)

Abteilung Forensik:

Wachsmuth, Margot, Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin

Dorothea Klein, Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin

Ortrud Müller-Schäfer, Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin

Ute Pfaffenberger, Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin

Bartels Stefan, Dipl. Psychologe, Psych. Psychotherapeut in Ausbildung

Jürgen Sauter, Dipl. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut
(*Abteilungssprecher Forensik*)

Abteilung Gerontopsychiatrie:

Ortrud Karola Wagner, Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin

Birgitta Schmücker, Dipl. Psychologin, Gesprächspsychotherapeutin

Abteilung Allgemeinpsychiatrie I:

Dr. Olivier Elmer, Dipl. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut
(*Abteilungssprecher Allgemeinpsychiatrie I*)

Ludwig Papp, Dipl. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut

Lene Seggel-Borchert, Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin

Irmgard Freudenberg-Bastine, Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin

Maren Wulff, Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung

Stefanie Kappes, Dipl. Psychologin, Psych. Psychotherapeutin in Ausbildung

Abteilung Allgemeinpsychiatrie II:

Bernd Abendschein, Dipl. Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut

Akademie im Park:

Spring, Daniela, Dipl. Psychologin, (*Leiterin der Akademie im Park*)

Evangelisches Krankenhaus Castrop-Rauxel

Evangelisches Krankenhaus, Grutholzallee 21, D 44577 Castrop-Rauxel

www.evk-castrop-rauxel.de

An den Unterausschuss
„Psychotherapie“
des Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 1763

53707 Siegburg

**Abt. Psychiatrie
und**

**1.1. Psychot
herapie**

Chefarzt

Prof. Dr. med.

Dipl.-Psych.

L. Teusch

per E-Mail: christof.wiesner@g-ba.de

Durchw.
02305/102-
2858

Telefax

02305/100

Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf die Bekanntmachung des gemeinsamen Bundesausschusses über das Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nehme ich zu den vorgelegten Fragen aus dem Fragenkatalog wie folgt Stellung:

Zu 2.3. Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?

Auch wenn die Verhaltenstherapie für viele Patienten ein sehr hilfreiches Verfahren ist, zeigt meine klinische Erfahrung, dass ein Teil der betroffenen Patienten durch das verhaltenstherapeutische Vorgehen nicht erfolgreich behandelt werden kann. Eine Reihe von Patienten hat sich nach eingehender Aufklärung über die verhaltenstherapeutischen Möglichkeiten für dieses Vorgehen nicht entscheiden können oder die verhaltenstherapeutische Behandlung abgebrochen. Darunter waren z.B. eine Reihe von Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie, die sich durch das verhaltenstherapeutische Vorgehen in ihrem inneren Erleben nicht genügend verstanden fühlten oder Betroffene, die aufgrund ihrer asthenischen Persönlichkeitsanteile nicht ausreichend für ein aktives verhaltenstherapeutisches Vorgehen motivierbar waren. Ein großer Teil dieser Patienten konnte aber erfolgreich gesprächspsychotherapeutisch behandelt werden. Für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung ist die „Passung“ zwischen der Persönlichkeit des Betroffenen, seinem Änderungskonzept und dem jeweiligen Behandlungsverfahren von besonderer Bedeutung für den Behandlungserfolg.

Zu 2.5. Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung? Obwohl das psychoanalytisch begründete Vorgehen für viele Patienten hilfreich ist, habe ich doch eine Reihe von Patienten gesehen, die ein psychoanalytisch orientiertes Vorgehen von vornherein ablehnen oder die eine psychoanalytisch begründete Behandlung abgebrochen haben. Einem Teil dieser Patienten konnte mit dem gesprächspsychotherapeutischen Vorgehen wirksam und nachhaltig geholfen werden. Darunter waren Patienten, die ein deutendes, eher abstinentes Therapeutenverhalten als bedrohlich oder wenig hilfreich erlebten, zum Teil auch Patienten, denen das psychoanalytisch orientierte Vorgehen zu distanziert erschien. In dem aktiveren, stärker emotionalisierendem Vorgehen in der Gesprächspsychotherapie fühlten diese Patienten sich besser angenommen und verstanden und konnten die Behandlung erfolgreich zu Ende führen.

Zu 3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Es gibt eine Reihe von Patienten die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder nur unzulänglich behandelt werden konnten, die aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren konnten. Während meiner chefärztlichen Tätigkeit der letzten 5 Jahre und während meiner oberärztlichen Tätigkeit im Psychotherapiebereich einer Universitätsklinik über 13 Jahre habe ich viele Patienten gesehen, die von den vorbehandelnden Ärzten mit tiefenpsychologischer Qualifikation trotz offensichtlich bestehender Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung nicht in eine tiefenpsychologisch Einzel- oder Gruppenpsychotherapie aufgenommen wurden. Darüber hinaus habe ich eine Reihe von Patienten kennen gelernt, die von einer tiefenpsychologischen Behandlung nur unzureichend profitierten. Der überwiegenden Zahl dieser Patienten konnte durch die Gesprächspsychotherapie geholfen werden. Ein Teil dieser Patienten wurde in stationärer gesprächspsychotherapeutischer Behandlung aufgenommen. Ein anderer Teil der Patienten wurde gesprächspsychotherapeutisch von niedergelassenen Psychotherapeuten behandelt, solange dies auf dem Erstattungswege zulässig war. Seit dieser Weg verschlossen ist, können diese Patienten, die sich für die Gesprächspsychotherapie eignen, die aber von dem tiefenpsychologischen Vorgehen nicht oder nicht ausreichend profitierten im Rahmen unserer Institutsambulanz gesprächspsychotherapeutisch erfolgreich behandelt werden. Diese Erfahrung betrifft auch Patienten mit mangelnder Eignung für die Verhaltenstherapie oder Patienten die eine Verhaltenstherapie abgebrochen haben. Allerdings ist die

Anzahl dieser Patienten in meinem Erfahrungsbereich geringer, da der überwiegende Teil der Psychotherapeuten in unserem Einzugsbereich tiefenpsychologisch ausgebildet ist. Es handelt sich bei diesen Fällen nicht um seltene Einzelfälle. Ich habe darüber keine systematische Statistik geführt. Ich schätze die Gesamtzahl aber auf mindestens 20% der Patienten, die in den letzten Jahren unsere Institutsambulanz aufgesucht haben.

Zu 6. Gibt es zusätzliche Aspekte die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?
Aufgrund der Rückmeldungen vieler Patienten weiß ich, dass sie das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot, ganz besonders auch das einführende, emphatische, primär wenig konfrontativ-hinterfragende gesprächspsychotherapeutische Vorgehen als ausgesprochen positiv erlebt haben. Dieses Erleben bezog sich nicht ausschließlich auf die Besserung der Symptomatik sondern auch auf den Behandlungsvorgang selbst. Darunter waren eine Reihe von Betroffenen, die zuvor in psychoanalytisch begründeten Verfahren oder verhaltenstherapeutischen Verfahren mit unzureichendem Erfolg behandelt wurden.
Hervorheben möchte ich, dass ich seit Jahren eine Weiterbildung in Gesprächspsychotherapie anbiete und dass viele Ärzte, insgesamt mehr als 100 Ärzte unserer Region, Gesprächspsychotherapie als Weiterbildungsverfahren gewählt haben. Von vielen Weiterbildungsteilnehmern weiß ich, dass sie das gesprächspsychotherapeutische Vorgehen für die Behandlung psychiatrischer Patienten als ausgesprochen praktikabel und hilfreich beurteilen.

Zu 7. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion sie die Stellungnahme abgeben und machen sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten ihrer Person und der Institution, für die sie sprechen.

Ich bin Ärztlicher Direktor des Evangelischen Krankenhauses Castrop-Rauxel und Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie und Apl.-Professor an der Universität Duisburg-Essen. Meine Abteilung verfügt über 66 stationäre und 17 teilstationäre Behandlungsplätze sowie über eine große Institutsambulanz. Die Abteilung hat den Regionalversorgungsauftrag für die Stadt Castrop-Rauxel. Ich bin für die volle Weiterbildungszeit zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ermächtigt (Hauptverfahren: Tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Zweitverfahren: Gesprächspsychotherapie). In meiner Abteilung wird ein tiefenpsychologisch fundiertes, verhaltenstherapeutisches und gesprächspsychotherapeutisches Behandlungsangebot vorgehalten. Einen Interessenkonflikt zwischen meiner Person und der Institution, für die ich spreche, sehe ich nicht.

Ich bin Koordinator des Weiterbildungsverbundes Ruhr (WVR), einem Zusammenschluss von 27 psychiatrischen Abteilungen und Kliniken der Region für die Psychotherapieweiterbildung im Rahmen der Facharztweiterbildung „Psychiatrie und Psychotherapie“.

Ich bin Vorsitzender der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG).

Ich habe eine Reihe von therapiebegleitenden und prospektiven Studien durchgeführt zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie alleine oder auch in Kombination mit Verhaltenstherapie oder Psychopharmakotherapie. Die Studienergebnisse sind in renommierten deutsch- und englischsprachigen Zeitschriften publiziert worden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. L. Teusch
Chefarzt

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin

Bezirksamt Lichtenberg von Berlin

1

Abt. Jugend, Bildung und Sport

Jugendamt

Jug 3 - Psychosoziale Dienste

Arbeitsgemeinschaft der
Leiterinnen und Leiter der
Fachbereiche 3 der Berliner Jugendämter
- Geschäftsstelle -

Bezirksamt Lichtenberg, 10360 Berlin (nur Postanschrift)

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 1763
53707 Siegburg

Geschäftszeichen (bitte immer angeben)

Jug 3000

Bearbeiter/in:

Herr Zeddies

Dienstgebäude:

Zum Hechtgraben 1

Berlin-Hohenschönhausen

Zimmer:

7.20 a

Telefon:

9711396

Telefax:

9712887

Datum:

15.11.2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrem Beratungsthema "Gesprächspsychotherapie" nehme ich in der Funktion der Geschäftsstelle der Leiter und Leiterinnen der Psychosozialen Dienste der bezirklichen Jugendämter Berlins wie folgt Stellung:

Die Leiter und Leiterinnen der Psychosozialen Dienste der bezirklichen Jugendämter Berlins, zu deren Verantwortungsbereich die kommunalen Erziehungs- und Familienberatungsstellen gehören, unterstützen nachdrücklich die Bemühungen, der Gesprächspsychotherapie die sozialrechtliche Anerkennung im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes zu gewähren.

Aus der praktischen Arbeit mit Familien im Rahmen der Erziehungs- und Familienberatung wird einhellig die Erfahrung bestätigt, dass Gesprächspsychotherapie sowohl von Klientinnen und Klienten nachgefragt wird als auch von Fachkräften als psychotherapeutisches Verfahren bevorzugt wird. Dies gilt etwa für Mütter oder Väter von Klientenfamilien mit depressiven Störungsbildern oder Angststörungen sowie posttraumatischen Störungen, mit starkem Bezug zu Selbstkonzeptstörungen. Durch die fehlende Anerkennung im sozialrechtlichen Teil der psychotherapeutischen Versorgung ist der Zugang zu einer adäquaten psychotherapeutischen Versorgung in solchen Fällen unangemessen erschwert, in denen Gesprächspsychotherapie als Mittel der Wahl gesehen wird. In der Erziehungs- und Familienberatung ist es besonders entscheidend, diese Klienten im Rahmen des SGB V zu versorgen, weil sonst die Beeinträchtigungen in der Erziehungssituation zur Entstehung von Störungen seitens der Kinder und so zur Entstehung von Jugendhilfebedarf führen können. Zusätzlich wird hier nachdrücklich die klientenzentrierte Psychotherapie als möglicher Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung im Kindes- und Jugendalter gefordert.

Mit freundlichen Grüßen
Rainer

Zeddies

Besuch Angela

Geschäftsstelle FB 3-L

Dr. Angela Besuch
Psychologische Psychotherapeutin
Karolingerstr. 47
99734 Nordhausen

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Gesprächspsychotherapie: Bekanntmachung 1044 A des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 29.9.2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte hiermit Stellung nehmen zu der Frage 3 des Fragenkatalogs für die Entscheidungsfindung durch den G-BA.

Seit 1972 arbeite ich angestellt in Ambulanz und Stationen einer psychiatrischen Klinik, zeitweise auch nebenberuflich im Delegations- und Kostenerstattungsverfahren, als klientenzentrierte Psychotherapeutin..

In dieser langen Zeit, in der ich Patienten einzeln und in Gruppen behandle, habe ich die Erfahrung gemacht, dass einer erheblichen Anzahl von Patienten das gesprächspsychotherapeutische Angebot eher hilfreich ist als die Angebote anderer Therapierichtungen. Viele Patienten haben bereits ambulante und auch stationäre Psychotherapien in „Richtlinienverfahren“ hinter sich, wenn ich sie mit krankheitswertiger Symptomatik kennen lernte und gesprächspsychotherapeutisch mit ihnen zu arbeiten begann.. Damit ist bereits gesagt, das es sich um Patienten im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien handelte.

Die Patientengruppe, die von Gesprächspsychotherapie nach meiner Erfahrung eher profitieren als von anderen Therapien würde ich so zusammenfassen:

- Patienten, die in hohem Maße besetzt sind von ihrem krankheitswertigen inneren Erleben (z.B. Patienten mit generalisierten Angststörungen, Patienten mit Borderlinestörung).
- Patienten mit großer Unsicherheit bzgl. der Anerkennung und Existenzberechtigung ihrer Person (z.B. Patienten mit paranoider Persönlichkeitsstörung, schizoider Persönlichkeitsstörung, andauernder Persönlichkeitsänderung nach Extzrembelastung).

Dr.A.Besuch
Psychologische Psychotherapeutin

Universität Bremen, Institut für Behindertenpädagogik

***Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein
Beratungsthema zur Überprüfung gem. § 135, 1 SGB
hier: „Gesprächspsychotherapie“***

An den

Gemeinsamen Bundesausschuss

Postfach 1763

53707 Siegburg

Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Psychologin und Professorin für

Behindertenpädagogik möchte ich

ausschließlich zu dem Punkt 3 Ihres

Fragenkataloge

s Stellung nehmen, da ich aufgrund meiner beruflichen Schwerpunktsetzung insbesondere in diesem Bereich über die erforderliche Urteilsfähigkeit verfüge.

Die von Ihnen gestellte Frage lautet:

- 3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?*

Ich beantworte diese Frage mit einem eindeutigen Ja, und zwar für die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung.

Menschen mit geistiger Behinderung galten lange Zeit als nicht psychotherapierbar (vgl. Stahl 1996). Erst allmählich setzten sich andere Sichtweisen durch und das Ausmaß psychischer Störungen bei dieser Personengruppe („dual diagnosis“) wurde national wie international (vgl. Special Research Interest Group ‚Mental Health‘ innerhalb der International Association for the Scientific Study of Intellectual Disability, www.iassid.org) ins Blickfeld genommen.

Die Gesprächspsychotherapie stellt für diese Patientinnen und Patienten ein besonders wichtiges Angebot dar. In Einzel- und Gruppentherapie kann in der Gesprächspsychotherapie auf der Grundlage der drei Kernvariablen Akzeptanz, Empathie und Kongruenz auf Störungen von Emotionalität, Antrieb und Gestimmtheit eingegangen werden, und zwar auch dann, wenn diese sprachlich oft eingeschränkten Patientinnen und Patienten ihre Probleme nicht artikulieren können. Entsprechende Erfahrungen und Studien liegen vor (s. Anlage).

Das klassische psychoanalytische Setting ist für diese Gruppe von Patienten häufig nicht geeignet. Verhaltenstherapeutische Angebote können zwar durchaus in Teilbereichen des Verhaltens Erfolge bringen, sind jedoch für die oben genannten Probleme in Emotionalität, Antrieb und Gestimmtheit nicht geeignet. Da Menschen mit geistiger Behinderung ein

erhöhtes Risiko von traumatisierenden Erfahrungen (einschließlich sexuellen Missbrauchs) tragen, ist die Behandlungsform der Gesprächspsychotherapie, die das (verbale wie nicht-verbale) einführende Verstehen in den Mittelpunkt stellt, besonders geeignet.

Ich würde mich freuen, wenn Sie meine Stellungnahme zu diesem Punkt Ihres Fragenkatalogs berücksichtigen würden.

Mit freundlichen Grüßen

Ursula Pixa-Kettner

Psychotherapeutenkammer Hessen

Stellungnahme der LPPKJP-Hessen für den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie

Am 6.10.04 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Bundesanzeiger das Bundesausschusses das Beratungsthema zur Überprüfung gem. § 135 Abs. 1 SGB V – hier: "Gesprächspsychotherapie" bekannt gegeben.

Der Vorstand und die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und –therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten Hessen nehmen zu den Fragen des Katalogs für Stellungnahmen für die Gesprächspsychotherapie aus den Gruppen 1-5 wie folgt Stellung:

Fragen zum Verfahren

1. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?

Die Frage ist durch die berufsrechtliche Verankerung der Gesprächspsychotherapie als durch die zuständigen Landesbehörden bundeseinheitlich anerkanntes wissenschaftliches Verfahren zur vertieften Psychotherapeuten-Ausbildung abschließend geklärt. Zur Frage des Theoriesystems und der Behandlungsstrategie wird auf das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie verwiesen, das maßgeblich für die Entscheidung der Landesbehörden war.

1.1. Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?

1.3.1.

Die Gesprächspsychotherapie wird seit Jahrzehnten ambulant und stationär erfolgreich von zahlreichen PsychotherapeutInnen angewendet. Die Versorgung kann gewährleistet werden durch Psychotherapeuten, die in Gesprächspsychotherapie ausgebildet und nach § 12 PsychThG approbiert worden sind. Bis zur Verfügbarkeit von Psychotherapeuten mit vertiefter Ausbildung in Gesprächspsychotherapie entspr. § 8 Abs.3 Nr.1 PsychThG und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Schwerpunktweiterbildung in Gesprächspsychotherapie stehen also Ärzte und Psychotherapeuten zur Verfügung, die auf hohem Niveau gesprächspsychotherapeutisch qualifiziert sind. (Auf die gutachtlichen Ausführungen des Wissenschaftlichen Beirates zur Qualität der Ausbildung nach den Richtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie wird verwiesen.) Ausbildungsgänge für die vertiefte Ausbildung sind in mehreren Bundesländern in Vorbereitung bzw. werden Ende des Jahres beginnen (Hamburg).

1.2. Über welche Qualifikation / Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?

Die Qualifikationsanforderungen zum Fachkundenachweis sind für alle Verfahren einheitlich gesetzlich geregelt (§ 95c SGB V).

Zur Einführung der Gesprächspsychotherapie in die vertragliche Versorgung müssen Übergangsregelungen getroffen werden. Naheliegender ist es, dazu die Qualifikation, die nach den Richtlinien der GwG erworben wurde, zugrunde zu legen (s. Gutachten des wissenschaftlichen Beirates zur Qualität der GwG-Ausbildung).

Es wird vorgeschlagen, zu den Regelungen im Einzelnen die Bundespsychotherapeutenkammer und den Beratenden Fachausschuss bei der KBV

einzu beziehen.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt Bl. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

Soweit die Frage auf einen quantifizierbaren Überlegenheitsnachweis abstellt, der eines der bisher für die vertragliche Versorgung zugelassenen Verfahren überflüssig machen würde, ist darauf hinzuweisen, dass die Psychotherapie-Forschung unabhängig von der Forscher-Ausrichtung solche Nachweise bis heute nicht führen kann. Die Forderung nach einem evidenzbasierten Nachweis besserer Wirksamkeit gegenüber anderen Verfahren stellt ein grundsätzlich von keinem Verfahren erfüllbares Kriterium dar. Vielmehr zeigen die Ergebnisse der Forschung, dass von einer vergleichbaren Wirksamkeit aller wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren auszugehen ist.

Als wissenschaftlich gesichert kann aber angesehen werden, dass die „Passung“ Störungsbild/ Persönlichkeit des Patienten, Psychotherapieverfahren, Person des Psychotherapeuten für den Heilerfolg wesentlich ist (so auch Faber/Haarstrick, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien). Die Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren entspricht dem gesetzlichen Gebot, für die Versicherten eine Leistungserbringer-Vielfalt bereit zu stellen und den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

Insofern stellt die Erweiterung der bisherigen psychotherapeutischen Versorgung durch psychodynamische und behaviorale Verfahren um ein Verfahren der humanistischen Psychotherapie eine neue Konzeptualisierung von Therapieprozessen dar, mit deren Hilfe Patienten und entsprechend ausgebildete Psychotherapeuten über einen alternativen Verstehenszugang Behandlungsabläufe gestalten können. Den Versicherten werden eine alternative Behandlungsmethodik und ein andersartiges Behandlungsangebot zur Wahl gestellt. Diese Wahlmöglichkeit für die Patienten erhöht die Chancen zu einer einzelfallgerechten „Passung“ mit verbesserter Behandlungsprognose.

2.1. Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

Der Stand der Wissenschaft lässt keine gesicherten Aussagen über Qualitätsunterschiede und differenzielle Indikationen der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren zu (siehe auch Faber/Haarstrick, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien).

Darüber hinaus muss festgestellt werden, dass in den Psychotherapierichtlinien an keiner Stelle eine Überlegenheit eines weiteren Verfahrens über bestehende Psychotherapieverfahren gefordert wird.

Neue Verfahren sollen hinreichend erprobt, wissenschaftlich begründet, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie sollen über ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung und Behandlungsmethoden verfügen, die in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind.

Der GKII (Gesprächskreis II), in dem alle Fachrichtungen der Psychotherapie in Deutschland vertreten sind, hat dazu in seinem Schreiben vom 12. März 2004 an den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung genommen.

Die LPPKJP Hessen macht die dortigen Ausführungen zum Bestandteil ihrer Stellungnahme zu dieser Frage und fügt das Schreiben als Anlage bei.⁴

Die LPPKJP erinnert in diesem Zusammenhang auch an das Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.02.2003 (B 1 KR 18/01 R), das sich noch auf den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bezieht: „Dabei hat der Bundesausschuss entgegen einem häufig anzutreffenden Missverständnis nicht selbst über den medizinischen Nutzen der Methode zu urteilen. Seine Aufgabe ist es vielmehr, sich einen Überblick über die veröffentlichte Literatur und die Meinung der einschlägigen Fachkreise zu verschaffen und danach festzustellen, ob ein durch wissenschaftliche Studien

2.2. Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

Die Abgrenzung der Verfahren ist im psychotherapeutischen Berufs- und Ausbildungsrecht bereits geklärt und durch das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Gesprächspsychotherapie belegt.

2.3. Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?

Siehe Kommentar unter 2.1. und 2.2.

Ergänzend: Im Bereich der Psychotherapie liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor, welche Behandlungsverfahren für welche Patienten besser oder schlechter geeignet sind. Entscheidend ist die richtige „Passung“ (s.o.). Zur sachgerechten psychotherapeutischen Versorgung sind alle geeigneten – also wissenschaftlich begründeten, erprobten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen- Verfahren notwendig, um den Versicherten die für sie im Einzelfall passende Behandlung zu ermöglichen.

2.4. Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?

Siehe Kommentar zu unter 2.3.

2.5. Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?

s. oben zu 2.4.

2.6. Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?

Hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?

Im Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?

Siehe Kommentar unter 2, 2.1,

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Die medizinische Notwendigkeit lässt sich nicht auf die Frage reduzieren, ob die bisherigen Versorgungsangebote defizitär sind. Vielmehr geht es um eine Differenzierung des Behandlungsangebots. Die Gesprächspsychotherapie ist ein den bisher in der Versorgung praktizierten Verfahren vergleichbar wirksames Verfahren und wird in der stationären und ambulanten Versorgung von den Versicherten nachgefragt.

Insoweit wird auf die Ausführungen unter 2.1 zur Bedeutung der „Passung“ verwiesen.

Erste empirische Untersuchungen, mit denen die Frage zu 3.1 beantwortet werden kann liegen vor (Frohburg 2003 und Eckert et.al. 2004) Danach ist belegt, dass Patienten, die mit einem der Richtlinienverfahren erfolglos behandelt wurden, nachfolgend mit Gesprächspsychotherapie erfolgreich behandelt wurden.

Unter dem Aspekt der „Passung“ ist davon auszugehen, dass das auch umgekehrt gilt, also ggf. mit GT erfolglos behandelte Patienten mit einem der bisher in der vertraglichen Versorgung

zugelassenen Verfahren erfolgreich behandelt werden können. Die Untersuchungsergebnisse stützen die Aussage, dass durch methodische Vielfalt die Versorgung verbessert werden kann. Weitere empirische Untersuchungen zur Behandlungseffektivität durch den Wechsel des Psychotherapieverfahrens liegen derzeit noch nicht vor.

Der medizinische Nutzen liegt daher vor allem in der Diversifizierung der Behandlungsmöglichkeiten, in der Ausweitung der wissenschaftlichen Anwendungsforschung, der verfahrensübergreifenden Anstrengung um Weiterentwicklungen der Psychotherapie in Theorie und Praxis.

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

4.1. Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer / -frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

Es sei grundsätzlich darauf verwiesen, dass durch die Zulassung der GT zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung keine Mengenausweitung zu erwarten ist, da sich die Anzahl zugelassener Psychotherapeuten nicht erhöhen wird. Auch eine Mengenausweitung durch mehr Behandlungsfälle pro Therapeut ist nicht zu erwarten, da die Kollegen bereits jetzt voll ausgelastet sind und freie Kapazitäten – ersichtlich aus den langen Wartezeiten für Patienten – nicht zur Verfügung stehen.

Gesprächspsychotherapie gehört zu den Psychotherapieverfahren, die im Vergleich zur Psychoanalyse im Mittel eine wesentlich kürzere Behandlungsdauer erfordern; im Vergleich zu tiefenpsychologisch-fundierten Verfahren und der Verhaltenstherapie sind die Behandlungsumfänge – jeweils in Abhängigkeit von den individuellen Gegebenheiten der Patienten und der Schwere der Störung – in etwa gleich lang.

Ergänzende Bemerkungen

Die LPPKJP Hessen schließt sich der Stellungnahme des 4. Deutschen Psychotherapeutentages vom 09.10.04 an, in der die zuständigen Entscheidungsgremien dazu aufgefordert werden, „noch in diesem Jahr die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten.“

Anlage

Stellungnahme des GK II

Literaturliste

Bense Alfons

An den Unterausschuss „Psychotherapie“
des gemeinsamen Bundesausschusses
Postfach 17 63

53707 Siegburg

Windheim, 15. November 2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu dem Fragenkatalog über das Beratungsthema „Gesprächstherapie“ des gemeinsamen Bundesausschusses „Psychotherapie“ möchte ich im Folgenden zu den Fragen 3 und 7 Stellung nehmen. Der Fragenkatalog erreichte mich erst sehr spät, so dass ich meine Antwort begrenzen muss.

Zu 3: Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Aus meiner persönlichen Erfahrung aus über 28-jähriger psychotherapeutischer Tätigkeit kann ich die Frage dahingehend eindeutig bejahen, dass es eine zahlenmäßig nicht geringe Anzahl von Psychotherapiepatienten gibt, die nicht oder nur unzureichend von einer psychoanalytisch begründeten Therapie einerseits und einer Verhaltenstherapie andererseits profitieren, die sehr wohl von einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung symptomatisch und strukturell – um in dieser Terminologie zu bleiben – signifikante Besserungen erreichen.

Dies betrifft zum einen eine Gruppe von Patienten, die in meine gesprächspsychotherapeutische Behandlung nach abgebrochener oder häufig auch abgeschlossener verhaltenstherapeutischer Behandlung kamen. Diese Patienten berichteten, dass sie bzgl. der zur Therapie führenden Symptomatik (üblicherweise Ängste) durch die verhaltenstherapeutische Behandlung profitiert hätten, die Symptomatik jedoch nicht ausreichend gebessert sei und sie selbst sich in ihrer Symptomatik durch die Therapie nicht besser verstehen lernten. Diese Patienten hatten ein großes Bedürfnis nach Selbstverständnis, Krisenverständnis, Selbstverwirklichung und Erweiterung ihrer Handlungsräume. Dieses Klientel zeichnete sich dadurch aus, dass sich auch nach der verhaltenstherapeutischen Behandlung erfragen ließ, dass die ursprüngliche Erwartung der Patienten an ihre Therapie nicht nur Symptomreduktion, sondern gesteigerte Emotionalität und Selbstverständnismöglichkeiten gewesen war. Diese Motivation hat die Verhaltenstherapie nicht adäquat befriedigen können.

Auf dem anderen Pol habe ich Patienten nach psychoanalytisch begründeter psychotherapeutischer Behandlung erlebt, die ohne ausreichenden Behandlungserfolg blieben und in meine gesprächspsychotherapeutische Behandlung kamen und dort angemessen profitierten. Dies betrifft mehrere Patientengruppen. Zum einen Patienten, die einen Schwerpunkt ihrer Störung in einer aktuellen Lebenssituation sehen und haben, zum Teil in überwiegend durch Realkonflikte gekennzeichneten Belastungssituationen. Diese Patienten profitieren besonders – bei aller notwendigen Einbeziehung lebensgeschichtlich weit zurückliegender und determinierender Erfahrungen – von der schwerpunktmäßigen

Orientierung der Gesprächspsychotherapie im Hier und Jetzt und in der aktuellen therapeutischen Beziehung.

Zum anderen betrifft dies Patienten, die in der analytischen Behandlung in eine tiefere, nicht mehr hilfreiche Regression gerieten oder diese besonders stark fürchteten. Hier war es eine große Hilfe, dass die Gesprächspsychotherapie sich auf das Konzept der Selbstaktualisierung, nicht ein Konzept der Gesundung, bezieht und damit eine zeitlich kürzere Behandlungsperspektive angeht. Diese Patienten fühlten sich tendenziell ernster genommen und profitierten vergleichsweise kurzfristiger.

Meine geschilderten Erfahrungen beziehen sich auf ca. 25 % meiner Patienten, wobei die psychotherapeutische Vorerfahrung (verhaltenstherapeutisch oder psychoanalytisch begründet) entweder ambulant oder, wie häufig, stationär in einer Fachklinik erfolgt war. Ich selbst verfüge über ambulante und stationäre Erfahrungen sowohl in Einzel- als auch Gruppenpsychotherapie als Gesprächspsychotherapeut.

Zu Frage 7: Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie die Stellungnahme abgeben und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person und der Institution, für die Sie sprechen.

Ich stehe in keinem Interessenkonflikt. Ich bin niedergelassener Arzt, Doppelqualifikation als Arzt für Innere Medizin und Arzt für Psychotherapeutische Medizin. Gleichzeitig bin ich Diplompsychologe und approbierter Psychologischer Psychotherapeut. Ich bin in freier Praxis niedergelassen und arbeite ausschließlich psychotherapeutisch mit fast 40 Patientenstunden pro Woche. Ich besitze eine Weiterbildungsbefugnis für Psychotherapeutische Medizin und den Zusatzbereich „Psychotherapie“ im ärztlichen Bereich. Supervisionstätigkeit an einem anerkannten Ausbildungsinstitut. Psychotherapeutische Ausbildungen Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. Ich habe im gesprächspsychotherapeutischen Zusammenhang zahlreiche Beiträge in Fachzeitschriften veröffentlicht, darunter eine empirische Untersuchung zum differentiellen Behandlungsverlauf erfolgreicher und weniger erfolgreicher Gesprächspsychotherapien. Zusätzlich drei Buchmonografien.

Ich bitte um Verständnis, dass ich meine Antwort auf diese Punkte konzentriere und bitte gegebenenfalls um Rückfrage.

gez. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. Alfons Bense
Arzt für Innere Medizin
Arzt für Psychotherapeutische Medizin
Psychologischer Psychotherapeut, Gesprächspsychotherapeut

Neue Gesellschaft für Psychologie

Neue Gesellschaft für Psychologie e.V.

✉ Universität Bremen ♦ IPS ♦ Postfach 33 04 40 ♦ 28334 Bremen

Gemeinsamer Bundesausschuss
Auf dem Seidenberg 3a

53721 Siegburg



Vorstand:

Prof. Dr. Thomas Leithäuser, Bremen

PD. Dr. Ariane Schorn, Bremen

PD Dr. Erhard Tietel, Bremen

**Beratungsgegenstand „Gesprächspsychotherapie“
Ihr Fragenkatalog vom 6.10.2004**

Bremen, 12.11.2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Zusendung Ihres Fragenkataloges, zu dem die NGfP wie folgt Stellung nimmt.

Die NGfP ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft für Psychologie, die sich seit ihrer Gründung im Jahre 1991 intensiv mit Fragen der Klinischen Psychologie und Psychotherapie befasst. Sie ist ein Zusammenschluss von vielen HochschullehrerInnen und ForscherInnen, wissenschaftlich und praktisch tätigen PsychologInnen sowie von WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen auch aus Nachbarprofessionen, die sich u. a. zum Ziel gesetzt haben, die Spaltung von Wissenschaft und Praxis zu überwinden, eine gegenstandsangemessene Forschung zu fördern, die psychologisch-psychotherapeutische Praxis wissenschaftlich zu begleiten und zu reflektieren und dabei an die geistes-, kultur- und sozialwissenschaftlichen Traditionen anzuknüpfen und sie zu erneuern. Um dieses Ziel zu befördern, gibt die NGfP eine wissenschaftliche Zeitschrift mit dem Titel: „Journal für Psychologie. Theorie, Forschung, Praxis“ beim Verlag Vandenhoeck & Ruprecht heraus.

Die NGfP hat sich die folgenden Ziele gesetzt:

1.4. Wir wollen als Psychologinnen und Psychologen

- **gesellschaftliche Verantwortung** für eine humane Gestaltung menschlichen Zusammenlebens übernehmen
- ein **kritisches, reflexives** Wissenschaftsverständnis weiterentwickeln und die **Gleichstellung der Geschlechter** im Wissenschaftsbetrieb vorantreiben
- eine gegenstandsangemessene Forschung fördern, welche die gesellschaftliche (kulturelle) und **geschichtliche Bedingtheit** des Psychischen realisiert und sich an Alltagsnähe und **Praxisbezug** orientiert, psychologische Praxis wissenschaftlich begleitet und reflektiert und dabei an die geistes-, kultur- und sozialwissenschaftlichen Traditionen anknüpft und sie erneuert
- die fächerübergreifende **Kooperation** mit anderen Disziplinen pflegen

- die **Identität** des Faches trotz grundsätzlich anzustrebender Vielfalt der Diskurse entwickeln
- die Hochschulen und den Wissenschaftsbetrieb **demokratisieren**.

Zu den Mitgliedern der NGfP zählen wissenschaftlich und praktisch tätige PsychotherapeutInnen aus allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren, zu deren Theorie und Praxis die NGfP wissenschaftliche Tagungen und Kongresse durchgeführt hat. Die NGfP setzt sich explizit für die auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhende Methodenvielfalt in der Psychotherapie und eine angemessene Vielfalt auch der wissenschaftlichen Methodologien und einzelnen Forschungsmethoden ein. Eine einseitige, nur den naturwissenschaftlich orientierten Methodologien verpflichtete Denk- und Forschungsweise lehnt sie als den menschlichen Handlungsvollzügen nicht angemessen ab. Hierzu hat die NGfP im Jahre 2000 anlässlich der ersten Erfahrungen mit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) und insbesondere zur einseitigen Wissenschaftsauffassung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) öffentlich Stellung bezogen.

Des Weiteren hält es die NGfP für gesundheitspolitisch unerlässlich, dass psychisch kranke Menschen den somatisch kranken Menschen gleichgestellt und nicht durch kurzsichtiges betriebswirtschaftliches Denken bei der Finanzierung der Krankenversicherung sozial schlechter gestellt werden. Soll die existierende soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod nicht noch weiter beschleunigt werden, so bedarf es einer *Ausweitung* des sozialstaatlich gebotenen Solidaritätsprinzips der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es wäre verheerend, wenn große Teile der psychotherapeutischen Versorgung aus dem Pflichtkatalog der GKV ausgelagert würden. Dies wäre nicht nur das Ende jeden Versuchs, Psychotherapie stärker für diejenigen Gruppen der Bevölkerung zugänglich zu machen, die sich in sozial schwierigen Lebenslagen befinden und dringend einer psychotherapeutischen Versorgung bedürfen, sondern auch eine Existenzvernichtungsstrategie für die gerade mühsam in die GKV "integrierten" Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

Vor diesem Hintergrund hat sich die NGfP mit dem Fragenkatalog des G-BA zur „Gesprächspsychotherapie“ (GPT) befasst.

Zunächst ist festzustellen, dass der G-BA weit über die Wissenschaftskriterien des WBP (§ 11 PsychThG) hinaus wissenschaftliche Belege für den „zusätzlichen Nutzen“ sowie die „Überlegenheit“ der GPT gegenüber der Verhaltenstherapie und den psychoanalytisch begründeten Verfahren erwartet.

Diese Forderungen erscheinen aus Sicht der NGfP wissenschaftlich weder zulässig noch sinnvoll und sind des Weiteren aus der im Fragenkatalog wörtlich angegebenen Rechtsgrundlage des § 135 Abs. 1 SGB V in keiner Weise ableitbar: Von „zusätzlichem Nutzen“ bzw. von „Überlegenheit“ eines Verfahrens ist an keiner Stelle des Gesetzestextes die Rede.

Nun könnte vermutet werden, dass es sich hier lediglich um eine irrtümliche Formulierung des G-BA handelt. Davon ist aber nicht auszugehen, da der Unterausschuss des G-BA, der diesen Fragenkatalog erstellt hat, ein Fachgremium ist, in dem ärztliche wie psychologische Psychotherapeutenkompetenz versammelt ist.

Statt von „zusätzlichem Nutzen“ und „Überlegenheit“ spricht der zitierte Gesetzestext in angemessener Weise vom „jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse“. Nach diesem Stand der empirischen Psychotherapieforschung ist unter Beachtung des maßgeblichen „Allgemeinen Psychotherapie-Modells“ von Orlinsky und Howard davon auszugehen, dass die Erfolge von Psychotherapie mindestens von vier Passungen

abhängen: der Person des Therapeuten, der Person des Patienten, der Störung des Patienten und dem Behandlungsmodell des Therapeuten. Diesem „Allgemeinen Modell von Psychotherapie“ zufolge ist deshalb die Frage, welches Therapieverfahren bzw. Behandlungsmodell besser/überlegener als alle anderen ist, nicht zulässig, weil dann die anderen wichtigen Faktoren bzw. Passungen, die für Psychotherapieerfolge mit ausschlaggebend sind, ausgeblendet bleiben. Beim heutigen Stand der Erkenntnis kann deshalb die Frage nach Erfolgen der Psychotherapie grundsätzlich nur differenziell gestellt werden: Welches Therapieverfahren und welche Therapeutenpersönlichkeit hilft welchem Patienten mit welcher Störung? Allein auf das Verfahren abzuheben, führt in die Sackgasse.

In diesem Sinne gibt es heute keine wissenschaftlich begründeten Studien, auch nicht bei den Richtlinienverfahren, die einen „zusätzlichen Nutzen“ oder eine „Überlegenheit“ bestimmter Verfahren belegen können. Bezüglich der GPT ist die Erwartung des G-BA wissenschaftlich jedoch nicht nur unzulässig, sondern nach Ansicht der NGfP auch vollkommen sinnlos, weil es eine Vergleichbarkeit der GPT mit den Richtlinienverfahren unter den Bedingungen vertragsärztlicher Versorgung nicht geben kann: Wie soll ein Verfahren, das gar nicht zugelassen ist, einen „zusätzlichen Nutzen“ bzw. seine „Überlegenheit“ in der kassenärztlichen Versorgung belegen können?

Zudem zeigt ein Blick auf die aktuelle kassenfinanzierte Versorgungspraxis, in welche Schwierigkeiten ein Versuch führen würde, den „zusätzlichen Nutzen“ eines Psychotherapieverfahrens im Sinne einer besseren Wirksamkeit gegenüber den Richtlinienverfahren zu erweisen. Was die drei Richtlinienverfahren angeht, so scheint es nämlich angebracht, sich in Erinnerung zu rufen, dass ein sehr großer Teil z. B. der verhaltenstherapeutischen Wirksamkeitsstudien nicht unter Richtlinienbedingungen in der Praxis, sondern in spezifischen universitären bzw. klinischen Forschungssituationen erbracht wurde und erbracht wird, so dass eine einfache Extrapolation auf die ambulante Praxis unter Richtlinienmodalitäten nicht zulässig ist. Es dürfte zudem hinreichend bekannt sein, dass die ambulante Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung durch einen hohen Grad an „Eklektizismus“ bestimmt ist. Wittchen beklagte sich z. B. über seine verhaltenstherapeutischen KollegInnen: „Trotz Tausender sich verhaltenstherapeutisch nennender niedergelassener Psychologen ist es fast unmöglich, Kollegen zu finden, die eine lege artis durchgeführte Angsttherapie mit kognitiven oder Exposure-Techniken durchführen“ (Wittchen, U.: Die Zukunft der Klinischen Psychologie – Zwischen Glanz und Erosion, in: Bungard, W. et al.: Perspektiven der Psychologie, PVU: Weinheim 1996, S. 165). Statt dessen bekam er in seiner Befragung zu hören, dass seine Kollegen sich entweder nicht auskannten oder z. B. gestalttherapeutische bzw. bioenergetische Verfahren anwandten. Was also soll dann die Forderung bedeuten, die „Überlegenheit“ eines „außenstehenden“ Verfahrens über ein Verfahren innerhalb der GKV-Psychotherapie zu belegen, wenn dieses gar nicht oder nur eingeschränkt lege artis praktiziert wird? Von keinem der Richtlinienverfahren ist jemals verlangt worden, derart unmögliche und unsinnige Belege beizubringen, wie es jetzt bei der GPT der Fall ist. Und die genannte Tatsache, dass offensichtlich ein nicht geringer Teil der Richtlinien-PsychotherapeutInnen weitere Verfahren praktiziert, dürfte mit Sicherheit auch darauf zurückzuführen sein, dass die Richtlinienverfahren allein keine optimale Versorgung der Bevölkerung erlauben.

Die Mängel in der psychotherapeutischen Versorgung sind der Psychotherapieforschung bestens bekannt. Die hohen drop-out-Raten bei einzelnen Störungsbildern, Altersgruppen und Angehörigen bestimmter sozialer Schichten und die hiermit verbundene Auswahl von PatientInnen nach Bildungsstand und Kassenzugehörigkeit sind im Rahmen der bisherigen Richtlinienverfahren nicht so ohne weiteres reduzierbar. Dies liegt zu einem großen Teil daran, dass – wie das Modell von Orlinsky und Howard es nahe legt – die genannten Passungen in ihrer Komplexität nur teilweise realisierbar sind. Es wäre nun eine verheerende Strategie, wollte man diese Komplexität dadurch auflösen, dass allein die wissenschaftliche

Evidenz der Psychotherapieverfahren im Sinne des „Goldstandards“ der RCT-Forschung zur Geltung gebracht würde, wie der WBP dies durchzusetzen versucht (hat). Diese einseitigen Standards wurden leider auch in den BuB-Richtlinien übernommen. Aus Sicht der NGfP ist es aber ebenso notwendig, Psychotherapieforschung nicht unter experimentellen Laborbedingungen, sondern vor allem auch unter realen Praxisbedingungen zu betreiben. Hierzu zählen nicht zuletzt klinische Erfahrungen und Patientenpräferenzen. Patientenpersönlichkeit und Störungen des Patienten sind – neben der wissenschaftlichen Evidenz eines Verfahrens – ebenfalls wichtige Faktoren für das Gelingen einer Psychotherapie. Die NGfP fordert daher den G-BA auf, alle wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren sozialrechtlich zuzulassen, da nur durch diese Vielfalt eine Chance besteht, dass die Nichtinanspruchnahmeraten, die damit verbundenen Chronifizierungen der psychischen Erkrankungen, die Psychotherapie-Abbruchquoten und teuren Mehrfachbehandlungen der PatientInnen reduziert werden können.

Die NGfP hofft, dass die Übermaß-Forderungen des G-BA bezüglich der GPT nicht ein Signal für den Willen sind, unter keinen Umständen eine Vielfalt der Psychotherapieverfahren in Deutschland zuzulassen. Solch ein Wille müsste als ein reines Verbandsfunktionärsdenken bezeichnet werden, das sich hinter künstlich aufgebauten und unsinnigen Hürden verbarrikadiert. Mit Wissenschaftlichkeit und optimaler Versorgung der Bevölkerung hätte dieser Wille jedenfalls nichts zu tun.

Jemand hat einmal den hier interessierenden Gedankengang so formuliert:
„Bei einem Denker sollte man nicht fragen: welchen Standpunkt nimmt er ein, sondern: wie viele Standpunkte nimmt er ein? Mit anderen Worten: hat er einen geräumigen Denkapparat oder leidet er an Platzmangel, das heißt: an einem ‚System‘?“

Prof. Dr. Thomas Leithäuser
1. Vorsitzender der NGfP

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Bundesverband **der**
Vertragspsychotherapeuten e. V.

**Stellungnahme des bvvp
für den Gemeinsamen Bundesausschuss
zum Fragenkatalog für Stellungnahmen
zur Gesprächspsychotherapie**

Entsprechend der Beschlussfassung des Gemeinsamen
Bundesausschusses vom
29.09.04 nehmen wir zum
Fragenkatalog zu Überprüfungen gemäß § 135 Abs. 1 SGB
V .Gesprächstherapie -wie folgt Stellung:

A. Grundsätzliche Gesichtspunkte zur Prüfung auf sozialrechtliche
Zulassung als psychotherapeutisches Verfahren, gemäß
Psychotherapie-richtlinien:

Mit der Gesprächspsychotherapie steht, seit Zulassung der Verhaltenstherapie vor
ca. 20 Jahren und seit In-Kraft-Treten des
Psychotherapeutengesetzes, erstmalig wieder ein wissenschaftlich
anerkanntes Verfahren zur Prüfung der Voraussetzungen zur
sozialrechtlich geregelten Zulassung zur Versorgung an.

Das anstehende Anerkennungsverfahren knüpft erstmalig an die Bestimmungen des
PsychThG an. Es war ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers, dass
mit dem Psychotherapeutengesetz die Patientenversorgung für
weitere, wissenschaftlich anerkannte Verfahren geöffnet werden
sollten. Diese ausdrücklich bekundete Absicht des Gesetzgebers ist u.
E. mit zu berücksichtigen. Hier ein Zitat aus der Gesetzesbegründung,
A. Allgemeiner Teil, II, Punkt 9:

*„Der Gesetzentwurf definiert, was Ausübung von Psychotherapie im Sinne
des Gesetzes ist. Er enthält keine Aufzählung der zulässigen
psychotherapeutischen Verfahren. Weiterentwicklungen in diesem Bereich
sollen nicht ausgeschlossen werden. Gerade im Rahmen der beruflichen
Definition psychotherapeutischer Tätigkeiten ist es nicht angezeigt,
Verfahren auszugrenzen. Ihre wissenschaftliche Anerkennung bleibt indes*

Voraussetzung für die anerkannte Ausübung von Psychotherapie, um zu verhindern, dass die Befugnis zur Ausübung von Psychotherapie missbraucht wird.“

Geschäftsstelle: bvvp e.V., Schwimmbadstraße 22, 79100 Freiburg i. Br., Tel.: 0761-7910245,
Fax: 0761-7910243 E-Mail: [bvvp\(~bvvo.de\)](mailto:bvvp(~bvvo.de)) – Internet: www.bvvp.de – Konto: 16075507, BLZ 680 615
05, volksbank Breisgau-Süd eG

Vorstand: 1. Vors.: Dr. med. Birgit Clever, Freiburg · 1. Stellv.: Dr. phil. Frank Roland Deister, Dipl.-
Psych., Frankfurt
2. Stellv.: Volker Dettling, AKJP, Ettlingen – Dr. Michael Grunert, Berlin, – Dr. med. Reinhold Hildmann,
Freiburg

Dr. med. Helga Ströhle, Gerstetten – Dipl.-Psych. Elisabeth Schneider-Reinsch, Wiesbaden
JVV/Je.V. Seite

2

Das derzeitige Prüfungsverfahren stellt somit einen Prototyp für die Gestaltung des Zulassungsverfahrens in der weiteren Zukunft dar Anders als beim Zulassungsverfahren der Verhaltenstherapie in den 80-iger Jahren, haben nun Verfahren vor der sozialrechtlichen Überprüfung die gewichtige Voruntersuchung durch den Wissenschaftlichen Beirat nach Art. 1, § 11 PsychThG zu durchlaufen. Damit werden bereits Eignungen hinsichtlich der Anwendungen im Versorgungsalltag vorab überprüft, die bisher im sozialrechtlichen Verfahren zu untersuchen waren.

Mit diesem Anerkennungsverfahren ist daher, entsprechend der neuen Gesetzes- und Versorgungswirklichkeit, auch ein neues Instrumentarium zu entwickeln und anzuwenden. Dabei sollten u. E. folgende grundsätzlichen Gesichtspunkte in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden:

1. Verfahrensgrundsätze sind so zu gestalten, dass neuen Verfahren eine realisierbare Chance auf Zulassung eröffnet wird.

In der bundesrepublikanischen Versorgungslandschaft sind 90 % der Bevölkerung über die gesetzlichen Krankenversicherungen versichert. Hinsichtlich der Einführung eines neuen Verfahrens, ist daher für die vorherige Erprobung und begleitende, wissenschaftliche Beforschung von Bedeutung, dass diese Erprobungsphase in der ambulanten und stationären Behandlung von GKVPatienten vonstatten gehen kann, um überhaupt eine Bewährung in der geforderten und erforderlichen, breiten Fächerung der Anwendungsbereiche nachweisen zu können. Die Gesprächspsychotherapie hatte auf Grund der historischen Besonderheit – es bestand zunächst noch nicht die jetzt gegebene Regelungsdichte des Psychotherapeutengesetzes – die Möglichkeit, auf eine bereits jahrzehntelange Anwendungspraxis zurückverweisen zu können. Im Sinne einer grundsätzlichen Verfahrensklärung ist daher über die konkret anstehenden Zulassungsfragen – die GT betreffend – hinaus noch grundsätzlich zu klären, wie für weitere Verfahren sich die Möglichkeit einer Zulassung künftig realisieren lassen soll. Es darf nicht ein

Zirkelschluss Bestandskraft erhalten, dass sich ein Verfahren erst 10 Jahre in der Behandlung in zahlreichen Anwendungsbereichen bewährt haben muss, um zugelassen zu werden, zugleich aber dieser Nachweis praktisch nur durch eine Zugangsgenehmigung zur Behandlung von GKV-Patienten erbracht werden könnte, die aber eine 10-jährige Behandlungspraxis zur Voraussetzung hätte.

2. Eine korrekte Beurteilung der inhaltlichen Aussagen hat den Stand der Wissenschaft, einschließlich deren nachweislich bestehenden Begrenztheiten, zu berücksichtigen, sowie eine wissenschaftlich-methodisch korrekte Zuordnung von Art der Fragestellung zum zu untersuchenden Inhalt vorzunehmen.

Eine Psychotherapiemethode ist, im Gegensatz zu neuen, somatischen Diagnostik- und Behandlungsmethoden, die in den meisten Fällen (z.B. bei neuen diagnostischen Methoden in der somatischen Medizin) mit Hilfe der BUB-Richtlinien zu beurteilen sind und sich i.d.R. nur auf eine umschriebene Weiterung des diagnostischen oder behandlungstechnischen Vorgehens in einem begrenzten Krankheitsspektrum beziehen, von einer umfassenderen kategorialen Ordnung: Sie setzt sich aus Theoriesystemen, gewonnen aus Psychotherapie-Anwendungen und wissenschaftlichen Forschungsergebnissen, zusammen, auf

DVlqle.V.

Seite

3

denen wiederum aufbauend, differente Behandlungsstrategien und Strukturierungen der Therapeut-Patienten-Beziehung entwickelt worden sind. Diese Theoriesysteme sind zwingend, sowohl durch z. T. überschneidende, z. T. differierende, methodische Ansätze, gegenüber den anerkannten Verfahren gekennzeichnet. Es gibt bisher kein wissenschaftlich anerkanntes Instrumentarium, das auf der Ebene des Systemvergleichs umfassend und reliabel darüber Auskunft geben könnte, welches wissenschaftlich anerkannte Verfahren welchem anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren in der Versorgungswirklichkeit überlegen wäre. Das hängt u. a. mit dem breiten Spektrum psychischer Störungen zusammen, mit der hohen Bedeutung, subjektabhängiger Variablen auf Seiten des Patienten, wie des Therapeuten, sowie mit den bisher nicht wissenschaftlich erfassbaren Selektions- und Auswahlprozessen, die vor Zustandekommen des Behandlungsbündnisses zwischen Patient und Therapeut, bzw. durch (Nicht-) Eingrenzung auf umrissene Behandlungsziele unter Feldbedingungen i.d.R. stattfinden.

Aufgrund dieser fehlenden Nachweismöglichkeiten der Überlegenheit eines wissenschaftlich anerkannten Verfahrens gegenüber einem anderen, lässt sich die Frage des medizinischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit eines Verfahrens

u. E. prinzipiell vorerst nicht anders beantworten, als mit der wissenschaftlich nachgewiesenen Bewährung von verfahrensorientierten Behandlungen in einer Vielzahl von Anwendungsbereichen.

3. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und des medizinischen Nutzens hat auch zu berücksichtigen, dass mit der Zulassung des neuen psychotherapeutischen Verfahrens keine Leistungsausweitung und keine Kostensteigerung verbunden ist.

Das neue Psychotherapieverfahren führt keine neuen Leistungspositionen im EBM ein, führt auch nicht zu einer Ausdehnung der Leistungserbringung. Es werden, wie bei den bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren, ausschließlich seelische Störungen von Krankheitswert behandelt und es kommt auch zu keiner Leistungsausweitung durch vermehrte Zulassungen (die geregelt sind durch Bedarfsplanungsrichtlinien). Stattdessen bietet das neue Verfahren innerhalb der bestehenden Versorgung und innerhalb der nach Psychotherapie-richtlinien geregelten Versorgungsstruktur eine neue Konzeptualisierung von Therapieprozessen an, mit deren Hilfe Patienten und entsprechend ausgebildete Psychotherapeuten über einen alternativen Verstehenszugang Behandlungsabläufe gestalten können.

4. Wirtschaftlichkeit und medizinischer Nutzen lassen sich anhand grundsätzlicher Aspekte nachweisen.

Eine neue Konzeptualisierung psychotherapeutischen Behandlungsgeschehens, soweit sie ihre Brauchbarkeit in der Psychotherapiepraxis wissenschaftlich nachgewiesen hat, stellt auf Grund der alternativen Methodik in jedem Fall einen
- überwiegend qualitativ zu definierenden - Zugewinn an Behandlungsmöglichkeit dar, weil sie einer hinreichend großen Zahl von Patienten eine weitere Möglichkeit der Behandlungsgestaltung eröffnet und den Psychotherapeuten eine weitere Möglichkeit der Abgleichung mit einem, zu seiner Persönlichkeit passenden, Verfahrensansatz gestattet.

LIVVP e.V.

Seite

4

Der medizinische Nutzen liegt daher vor allem in der Diversifizierung der Behandlungsmöglichkeiten, in der Ausweitung der wissenschaftlichen Anwendungsforschung, der verfahrensübergreifenden Anstrengungen um Weiterentwicklungen der Psychotherapie in Theorie und Praxis.

B. Stellungnahme zu den im Fragenkatalog aufgeführten einzelnen

Fragekomplexen

Im Folgenden nehmen wir zu einzelnen Punkten des Fragenkataloges Stellung, soweit es um aus Sicht des Berufsverbandes zu beantwortende, grundsätzliche Gesichtspunkte geht.

1. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf seine Theoriesysteme der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategien definiert?

Erkenntnistheoretisch betrachtet, ist die Gesprächspsychotherapie weitgehend phänomenologisch orientiert. Ein Schwerpunkt besteht in der Beachtung von Inkongruenzen zwischen Selbsterleben in den aktuellen Lebensvollzügen und Selbstbild des Patienten, sowie den daraus entstehenden Symptomatiken und psychischen/psychosozialen Druck- und Belastungssituationen.

Zentrales Anliegen stellt die Gestaltung der Therapeut-Patienten-Beziehung dar, bei der Empathie, Wertschätzung, Akzeptanz des vom Patienten bisher gefundenen Weges, einschließlich der Symptombildungen und des Abwehrverhaltens den Weg ebnen hilft, bisher weniger beachtete, dazugehörige, bzw. sich dazu bildende Gefühle/Emotionen und Kognitionen wahrzunehmen, in das Selbsterleben zu integrieren und so eine Basis für eine Neukonzipierung und Neuausrichtung der Selbstvollzüge zu ermöglichen. Dabei geht es um sparsamen Umgang mit theoretischen Konzepten, um „Horizontale Tiefenpsychologie“, die ihren Schwerpunkt in der Aktualisierung der Ressourcen des Patienten zur Selbsterkenntnis und Selbstveränderung anhand des jeweiligen aktuellen „Materials“ setzt. Das Konzept der Selbstaktualisierung des Patienten und der Selbst-exploration setzt an den vom Patienten angebotenen Formen des Sich-Selbst-Verstehens an, die unterscheidbare Formen der Komplexität und Differenziertheit aufweisen (Skala der Selbstexploration).

Es geht nicht um die Bekämpfung einzelner Symptome, sondern um deren ausdifferenzierende Betrachtung und Verknüpfung mit den aktuellen (und historisch gewachsenen) Lebenszusammenhängen mit dem Ziel, die Inkongruenz zwischen Selbstbild und Erlebtem zu verringern.

Verändern soll durch Verstehen bewirkt werden, wobei zunächst sprachlich vermittelte Rückspiegelungen seitens des Therapeuten zu einem Gefühl des Gesehen- und Beachtet-werden beitragen soll, zu einer Atmosphäre des Akzeptierens der (Selbst-) Äußerungen des anderen. Über Empathie wird es dem Therapeuten möglich, (unausgesprochene, latent vorhandene) emotionale Erlebnis-inhalte dem Patienten verbalisiert anzubieten, in ihm (dem Therapeuten) entstandene Evidenzen zur Verfügung zu stellen, als Verständnishilfe für das, was im Patienten vorgeht.

Dabei geht die Gesprächspsychotherapie von dem Konstrukt einer organismischen Weisheit aus, die dem Patienten bei der Selbstentwicklung hilft, die zu ihm passenden Aspekte, die aus der Konfrontation mit den Erfahrungen und Evidenzen des anderen (des Therapeuten) sich ihm anbieten, zu integrieren. Dadurch kann es gelingen, bisher wirksame Entwicklungsbarrieren zu überwinden.

Fokussiert wird auf verschiedenen Elementen der Therapeut-Patienten-Beziehung, wobei der unauflösbare Widerspruch versucht wird, zu balancieren zwischen „Operationalisierung“ und Anwendung erlernten Handwerkszeugs einerseits und Begegnung ohne Verfremdung und Verobjektivierung durch Theorien der Behandlungstechniken oder Theorien der Störungen.

1.1 Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?

a) In der kassenärztlichen Tätigkeit sind seit langer Zeit Gesprächspsychotherapeuten tätig. Im Rahmen der Wiedervereinigung wurden die Gesprächspsychotherapeuten der Neuen Bundesländer ausdrücklich aufgefordert, ihre Behandlungen unter dem Label „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ abzurechnen. Von daher ist die Anwendung von GT in der vertragsärztlichen Versorgung bereits unter den Bedingungen der Psychotherapie-Richtlinien erfolgt. Über das PsychThG wurden zahlreiche Gesprächspsychotherapeuten mit Nachqualifikationen in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie zugelassen, deren grundständige Ausbildungsqualifikationen in Gesprächspsychotherapie unter veränderten Etiketten fortgesetzt angewandt werden. Mit der sozial-rechtlichen Anerkennung wird somit nur eine bereits gängige Praxis offengelegt und legitimiert.

b) Im übrigen ergibt sich – formal – die Anwendung dieses Verfahrens aus den Bestimmungen der PT-Richtlinien:

Die dort gegebenen Kontingente und Behandlungsrahmen der tiefen-psychologisch fundierten Psychotherapie können als zunächst adäquat für die GT angesehen werden. Aus der bisherigen Anwendungspraxis und aus den wissenschaftlich untersuchten und validierten Behandlungen im Rahmen des Anerkennungsverfahrens des Wissenschaftlichen Beirates nach Art.1, § 11 PsychThG erscheinen als Behandlungsstunden-Kontingente entsprechend der Kurzzeittherapie und der Langzeittherapie der Psychotherapie-Richtlinien nach unseren Erkenntnissen angezeigt.

c) Inhaltlich ergibt sich die Anwendung dieses Verfahrens aus der

bisherigen Praxis, wie sie anlässlich der Zulassung als wissenschaftlich anerkanntes Verfahren vom Wissenschaftlichen Beirat hinlänglich dokumentiert wurde. Dabei wurde Wirksamkeit und Effizienz des Verfahrens für den Großteil der Anwendungsbereiche der Psychotherapie wissenschaftlich überprüft und bestätigt.

- d) Für die Anwendung ist ein eigenes Gutachterverfahren erforderlich mit entsprechend ausgebildeten Gutachtern.

äVI97eV.
6

Seite

1.2. **Über** welche Qualifikationen/Erfahrungen müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?

Hier besteht u. E. ein Konsens unter allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren, der sich in den Regulierungen des PsychThG und in der PsychAPrV niedergeschlagen hat. Die Ausarbeitungen zu beiden Regelwerken fand u.a. unter Mitarbeit von Fachleuten der Gesprächspsychotherapie statt. Diese Konsensfindung entspricht der wissenschaftlich breitest abgesicherten Erkenntnis, dass wesentlicher Wirkfaktor von Psychotherapien die Qualität der Therapeut-Patienten-Beziehung ist. Von daher ist unstrittig die Bedeutung und qualitative Absicherung von Theoretischer Ausbildung und Praktischer Ausbildung mit Aufteilung in supervidierte Behandlungsstunden, Qualifikation der Supervisoren und Dozenten, sowie Selbsterfahrung entsprechend dem Umfang der genannten gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen. Vor und spätestens mit Erlangung der Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat, hat die Gesprächspsychotherapie auch konkret die gesetzlichen Bedingungen für die Ausbildung zum Psychotherapeuten übernommen.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächs-psychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B 1. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

Der Nutzen ergibt sich daraus, dass mit dem neuen Verfahren und der neuen theoretischen Begründung weitere reliable Verknüpfungen von Symptomebene (z.B. ICD 10) und konzeptualisierten Störungs-Bedingungszusammenhängen erfasst und einer überprüfbareren, therapeutischen Bearbeitung zugeführt werden können. Im Übrigen s. unter Vorbemerkung, Punkt 4.

Das Verfahren bietet neben dem Handlungsansatz der

Verhaltenstherapie und der abstinenter, auf Deutungen zentrierter, Vorgehensweise der analytisch orientierten Verfahren einen aktiver verbalisierenden Einstieg in eine verstehende Psychotherapie an, mit direkten Hilfen zur sprachlichen Symbolisierung von Selbstaspekten.

2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar.

Grundsätzlich gilt, was unter A. Punkt 3. zur Frage der Überlegenheit eines Verfahrens ausgeführt wurde, v.a. über die dort erwähnten Grenzen der Vergleichbarkeit.

Die spezifische Überlegenheit eines Verfahrens gegenüber anderen lässt sich somit grundsätzlich (bisher) nicht wissenschaftlich valide abbilden. Nicht auf bestimmte Krankheitsbilder, aber auf Subjekt-Variablen psychisch erkrankter Patienten bezogen, kann die Gesprächspsychotherapie eine für Patienten nützliche Behandlungsalternative darstellen:

ÖVWe.V.

Seite 7

Für Patienten, die eher auf interaktionelle Reagibilität des Therapeuten und Symbolisierungshilfen für Ihr Erleben von Anfang an angewiesen sind, dürfte die Gesprächspsychotherapie einen leichteren Zugang zur psychotherapeutischen Selbstexploration bieten.

Diese Stärke der Gesprächspsychotherapie kommt v.a. bei sprachlich gehemmten oder depressiv gehemmten Patienten zum tragen, die unter Anpassungsstörungen, Identitätsunsicherheit, Identitätsdiffusion oder depressiven Störungen leiden und über Verbalisationshilfen einen schnelleren Zugang zu den zur Behandlung anstehenden Störungen finden können.

2.2 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

Gesprächspsychotherapie fokussiert statt auf die Handlungsebene, auf die Ebene des Verstehens, der Herstellung von Erlebniszusammenhängen, der Symbolisierung, sprachlichen und integrierenden Erfassung von emotionalen und Beziehungszusammenhängen. Damit ist die Behandlungspraxis nicht primär an strukturierenden, multimodalen therapeutischen Interventionen zur Veränderung von Verhalten und Kognitionen orientiert, sondern an Förderung von Veränderungspotentialen durch verbesserte Verknüpfung von Symptomen, Abwehrmanifestationen mit dem Lebenszusammenhang, mit dem Selbstverständnis durch

Konstruierung eines auch die Krankheitserscheinungen in einen subjektiven Sinnzusammenhang stellenden Bezugsrahmens (ideographisches Verständnis beim Patienten fördern).

2.3 Antwort s. unter A. und unter 2.2

2.4 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytische begründeten Verfahren abgegrenzt werden?
Arbeit an der Übertragung stellt keinen Fokus der therapeutischen Arbeit dar, auch wenn Aspekte von Übertragungsgeschehens in die Symbolisierungstätigkeit des Psychotherapeuten implizit mit einfließen.

Im Vordergrund steht die Förderung der Fähigkeiten des Patienten zur Selbst-exploration, die Aktivität des Therapeuten besteht nicht vornehmlich in Deutungen, sondern in Verweisen auf Zusammenhänge, die sich anhand des vom Patienten dargebotenen Materials, sowie der im Therapeuten sich bildenden Evidenzen anbieten. Dabei wird auf eine Offenheit gegenüber dem Patienten und seinen Selbstdeutungen Wert gelegt.

Statt Fokussierung auf Bewusstmachen von Unbewusstem geht es um Hilfe bei Symbolisierung, Versprachlichung, Übersetzung von Zeichenvorgängen.

Es wird nicht auf Konflikte (zwischen Es und Überich-Impulsen) zentriert, sondern versucht, die immanent enthaltenen Komponenten gegenwärtiger Konflikte explizit zu machen, der Wahrnehmung und damit der integrativen Verarbeitung zugänglich zu machen.

DVI&?e.V.

Seite 8

Es geht um eine bewusste Orientierung an den sich an der Oberfläche zeigenden und gut erreichbaren Phänomenen, auf die verwiesen und von denen aus Erschließungen von Zusammenhängen erfolgen.

Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, nicht die Übertragungsbeziehung zu intensivieren, die therapeutische Bindung nicht zu Behandlungszwecken zu vertiefen, sondern eher in einem Gleichgewicht zu halten mit der Bearbeitung von Beziehungserfahrungen, außerhalb der therapeutischen Situation.

2.5 Antwort s. unter A. und unter 2.2

2.6 Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar

a) bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?

Eine Erweiterung des Indikationsspektrums ergibt sich nicht

hinsichtlich neuer Indikationsbereiche, sondern hinsichtlich des verbesserten Zugangs zur medizinisch erforderlichen Psychotherapie für eine Patientengruppe, die mit der Gesprächspsychotherapie eine zu ihnen besser passende Behandlungsform wählen können.

b) hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?

Eine generelle Verkürzung der Behandlungsdauer kann für keines der wissenschaftlich anerkannten Verfahren nachgewiesen werden, was den Großteil der in der ambulanten Praxis zu behandelnden Störungen betrifft. Zwar konnte für Verhaltenstherapie kürzere Therapiedauern bei manchen Krankheitsbildern über strukturierte, gegenwartsorientierte Vorgehensweisen erreicht werden, die jedoch nicht als zu jeder Patienten-persönlichkeit passend anzusehen sind und in der eher eingegrenzten Behandlungsperspektive auch nicht auf alle Behandlungserfordernisse anwendbar erscheinen. Die Komplexität und Subjektbezogenheit der Behandlungsziele ermöglicht bisher – abgesehen von einzelnen abgrenzbaren, sehr umrissenen Störungsbildern – keine vergleichende Untersuchungen, die schnellere Behandlungswege bei vergleichbaren Störungen nachzuweisen in der Lage wären.

Grundsätzlich ist aber mit einer verkürzten Behandlungsdauer zu rechnen, wenn für Patient und Therapeut ein hinreichend gefächertes Spektrum an Methoden erlaubt, eine zum persönlich Stil passende Behandlungsform wählen bzw. anwenden zu können. Damit verbessern sich die Chancen einer optimalen Therapeut-Patienten-Beziehung.

c) im Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?

s. unter b. und unter A.

DVV/Ie.V.

Seite 9

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

3. Gibt es Patienten, die mit Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Die Frage der medizinischen Notwendigkeit lässt sich sinnvollerweise nur auf die Geeignetheit des gesprächspsychotherapeutischen Ansatzes zur medizinisch notwendigen Behandlung von Patienten mit seelischen Störungen von Krankheitswert beantworten. Mit den im Rahmen des Anerkennungsverfahrens vorgelegten wissenschaftlichen

Untersuchungsergebnissen ist die Geeignetheit u.E. hinreichend nachgewiesen.

Es reicht aus, dass eine Unterlegenheit gegenüber anderen, wissenschaftlich anerkannten, Verfahren nicht ersichtlich ist bzw. anhand der vorgelegten wissenschaftlichen Untersuchungen nicht wahrscheinlich gemacht werden kann, damit der oben beschriebene, qualitativ-inhaltliche Vorteil der Diversifikation der Anwendungen psychotherapeutischer Verfahren ohne andererseits zu erwartende Nachteile zur Geltung kommen kann.

Der medizinische Nutzen kann auch bei Anwendung des Verfahrens auf das gesamte Spektrum der mit Psychotherapie zu behandelnden Störungen von Krankheitswert dann in Frage stehen, wenn eine Gefährdung bei einer Gruppe von Patienten durch die verfahrensspezifische Vorgehensweise erwartet werden muss (das gilt beispielsweise bei Verfahren mit einengend vorgegebenen Interpretationsmustern und Behandlungssettings). Für eine solche Gefährdung ergibt sich aus dem besonders sorgfältig ausgearbeiteten, patientenzentrierten methodischen Vorgehen der Gesprächspsychotherapie und der methodisch ausgearbeiteten Bearbeitung der Therapeut-Patienten-Beziehung, sowie der langen Anwendungserfahrung keinerlei Hinweise.

4. Fragen zur Wirtschaftlichkeit

s. A, Punkt 2., 3. und 4.

Bei den vorgenannten Einschränkungen, aufgrund des Standes der vergleichenden Psychotherapieforschung, muss sich die Klärung dieser Frage darauf beschränken, ob die Gesprächspsychotherapie in vergleichbaren Zeiträumen zu stabilen Behandlungsergebnissen führt, wie die bereits anerkannten Verfahren. Dies lässt sich anhand der vorgelegten Untersuchungsergebnisse aufzeigen. Darüber hinausgehende Anforderungen an Wirtschaftlichkeit sind nicht dem Gegenstand der Fragestellung adäquat, weil allgemein wissenschaftlich anerkannte Messverfahren bisher nicht entwickelt sind und die bisher vorliegenden, vergleichenden Untersuchungen sich auf hochselektierte Patientengruppen mit meist isolierten Störungsbildern bisher beschränken.

Ergänzung

5. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Es ist an dieser Stelle noch einmal hervorzuheben, wie völlig übereinstimmend von allen – Psychotherapiemethoden vergleichend untersuchenden – Forschern betont wird, dass es bei der Wirksamkeit und Effektivität psychotherapeutischer Behandlungen nicht so sehr auf die – vermeintlichen – Vorzüge der einen Therapiemethode gegenüber der anderen ankommt, sondern auf die Güte der therapeutischen Beziehung. Das heißt nicht, dass das erlernte Verfahren beliebig ist, sondern dass sich dessen Eignung weniger durch isolierbare, bessere Wirksamkeiten gegenüber anderen Verfahren erweisen lässt, als vielmehr durch seine Adaptierbarkeit als geeignetes „Handwerkszeug“ durch eine hinreichend große Zahl an Psychotherapeuten, als auch durch eine breite Anwendbarkeit hinsichtlich des Störungsspektrums psychotherapeutisch behandlungsbedürftiger Patienten. Entscheidend für die Wirksamkeit der Behandlungen – so die Therapieforschung – ist, wie überzeugend die erlernte Methode zu einem brauchbaren Werkzeug der Therapeutenpersönlichkeit geworden ist, nicht die vermeintlichen, objektiven Vorzüge der einen oder anderen Methode.

Diese durchgängig bestätigte, wissenschaftliche Meinung ist bei der Gewichtung und Beurteilung der hier aufgeführten Fragen unbedingt zu berücksichtigen, will man nicht über durch keine Empirie gestützte Vergleichsprozesse diesen Kern psychotherapeutisch-wissenschaftlicher Erkenntnis verfehlen.

Als einen wichtigen Vertreter der zahlreichen Wissenschaftler sei hier auf Michael

J. Lambert verwiesen in: „The Effectiveness of Psychotherapy“ in: Handbook of Psychotherapy and behavioral change, Garfield and Burgin.

6. Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

Diese Stellungnahme erfolgt im Auftrag des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (bwp).

Statt zu möglichen Interessenkonflikten, die uns bei dieser Stellungnahme nicht ersichtlich sind, möchten wir eine Aussage zu unserem Interesse an der Fragestellung der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie machen.

Wir halten die derzeitigen Strukturen der Regulierung der psychotherapeutischen Versorgung über die Psychotherapie-Richtlinien für geeignet, unter den gegebenen gesellschaftlichen Bedingungen für behandlungsbedürftige Patienten hinreichende, psychotherapeutische Behandlungsangebote bereitzustellen.

Allerdings kann auf Dauer diese Struktur nur Bestand haben und auch gesundheitspolitisch konsensfähig bleiben, wenn sie in der Lage ist, sich von innen heraus weiterzuentwickeln. Diese Frage steht anhand der anstehenden Entscheidungsprozesse zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächs-

DVVPe.V.

Seite 11

psychotherapie auf dem Prüfstand. Wir möchten mit dieser Stellungnahme dazu beitragen, dass eine dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand angemessene und den Notwendigkeiten der Weiterentwicklung der Psychotherapie Rechnung tragende Entscheidung gefunden werden kann.

Die hier verwendete beschreibende Nomenklatur, versucht ein Stück Übersetzungsarbeit zu leisten, indem sie zur Gesprächspsychotherapie ohne Rückgriff auf den GT-eigenen Jargon Stellung bezieht. Eine solche Übersetzungsarbeit ist notwendig, wenn künftig die Vielfalt der Methoden zu einem Reichtum an Anregungen zur Weiterentwicklung für alle Therapeuten und Patienten führen soll.

Freiburg, 12. November 2004

Norbert Bowe
bvvp Vorstandsreferent

Frohburg Inge

Prof. Dr. Inge Frohburg

Ehrenfelsstraße 41 - 10 318 Berlin

☎ (030) 55 39 505

mailto:inge.frohburg@rz.hu-berlin.de

Gemeinsamer Bundesausschuss

16.11.2004

Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

und

mail to gpt@g-ba.de

1.4.1. Stellungnahme zum Beratungsthema "Gesprächspsychotherapie"

entsprechend Bekanntmachung [1044 A] des Gemeinsamen Bundesausschusses
zur Überprüfung gemäß § 135 Abs. 1 des SGB V vom 29. September 2004

Zu dieser Stellungnahme motivieren mich

- meine mehr als 30jährigen Erfahrungen in der praktischen Tätigkeit als Gesprächspsychotherapeutin, vielfältige Lehr-, Ausbildungs- und Weiterbildungsaktivitäten bei der Vermittlung dieses Psychotherapieverfahrens in Theorie und Praxis und umfangreiche verfahrensbezogene und -vergleichende Forschungsarbeiten,
- meine langjährige Tätigkeit als Hochschullehrerin und die über zehnjährige Vertretung des Lehrstuhls für Psychotherapie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin (1992-2003) und
- mein Engagement und die damit übernommene Verantwortung bei der Etablierung der Gesprächspsychotherapie im Gesundheits- und Sozialwesen der DDR in meiner Funktion als Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesprächspsychotherapie in der Gesellschaft für Psychologie der DDR in Funktionseinheit mit dem Vorsitz der Sektion Gesprächspsychotherapie in der Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie der DDR.

Als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der GwG habe ich mich u.a. an der Erarbeitung von div. Materialien zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie und zu der gemeinsamen Stellungnahme der die Gesprächspsychotherapie in Deutschland vertretenden Fachverbände GwG, ÄGG und DPGG und der Beantwortung des vorgelegten Fragenkatalogs beteiligt. Im folgenden beziehe ich mich

1. auf eine Zusammenfassung der Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV entsprechend den Prüfkriterien der BUB-Richtlinie und
2. auf die Besonderheiten der Realisierung von Gesprächspsychotherapie in der DDR und daraus resultierend in den neuen Bundesländern.

Ich werde die mir wesentlich erscheinenden Aspekte jeweils kurz benennen und füge zur weiteren Information die dazu vorliegenden Publikationen als Anlagen bei.

⇒ Seite 2

zu 1. **Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV nach den Prüfkriterien der BUB-Richtlinie**

Der Beschluss des G-BA vom 20.04.2004, auch über die Aufnahme von Psychotherapieverfahren in den Leistungskatalog der GKV nach der BUB-Richtlinie zu entscheiden, hat mich veranlasst, Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie mit Bezug auf dieses Dokument zusammenzufassen.

Diese Argumente bauen auf den Ergebnissen der empirischen Psychotherapieforschung auf und entsprechen damit dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand.

Sie beziehen sich inhaltlich 1. zum *Nachweis des Nutzens* der Gesprächspsychotherapie auf Belege zu ihrer unmittelbar bei Behandlungsabschluss und langfristig nachgewiesenen Wirksamkeit bei geringem Risiko- und Gefährdungspotential, 2. zum *Nachweis der medizinischen Notwendigkeit* auf ihre verfahrensspezifische Indikation und Effektivität sowie auf Aspekte des Bedarfs und der Inanspruchnahme-Bereitschaft der Patient(inn)en und 3. zum *Nachweis ihrer Wirtschaftlichkeit* auf verschiedene mit ihrer Realisierung im Rahmen der kassenärztlichen Regelversorgung verbundene ökonomische Aspekte.

Auf allen Ebenen lassen sich zu den vorgegebenen Kriterien gut begründete Fakten anführen, die für eine Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV sprechen.

Anlage 1

Frohburg, I. (2004). Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in Den Leistungskatalog der GKV. *Z. Psychotherapeutenjournal* 4, 320-326

Den Aspekt der verfahrensspezifischen Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie und damit den Vergleich mit psychotherapeutischen Richtlinien-Verfahren habe ich in einem weiterführenden Beitrag nochmals vertiefend aufgegriffen und unter Bezug auf die neueste Meta-Analyse vergleichender Effektivitätsstudien und die im deutschsprachigen Raum durchgeführten Forschungsprojekte dargestellt.

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse der verschiedenen empirischen Studien ergibt, dass Gesprächspsychotherapie in ihrem mittleren Wirkungsgrad nicht besser oder schlechter ist als die psychotherapeutischen Richtlinien-Verfahren, dass sie aber im Vergleich zu den psychotherapeutischen Richtlinien-Verfahren in qualitativer Hinsicht über ein eigenes verfahrensspezifisches Indikations- und Effektivitätsspektrum verfügt.

Das bedeutet, dass mit der Gesprächspsychotherapie bestimmten Patient(inn)en, die mit einem Richtlinien-Verfahren nicht oder nicht hinreichend erfolgreich behandelt werden können, eine besser zu ihnen, ihrer Störung und ihren Behandlungserwartungen passende und damit erfolgversprechende Behandlungsalternative geboten werden kann. Durch diese Erweiterung des therapeutischen Angebotes können vor allem Fehlindikationen, aber auch kostenintensive Mehrfachbehandlungen und evtl. Chronifizierungen durch auf Grund von ungünstigen Erfahrungen vorzeitig abgebrochenen oder nicht wieder aufgenommenen Psychotherapien reduziert werden.

Anlage 2

Frohburg, I. (2004). Empirische Ergebnisse zur verfahrensspezifischen Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. *Z. Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 4 (in Druck)

zu 2. Besonderheiten der Realisierung von Gesprächspsychotherapie in der DDR und daraus resultierend in den neuen Bundesländern

In der Praxis des Gesundheitswesens der DDR gehörte die Gesprächspsychotherapie zum Standard der medizinischen Regelversorgung und zu den am häufigsten praktizierten Psychotherapieverfahren sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Sie war – und das ausschließlich – Krankenbehandlung und damit eine „Dienstleistung“ zu Lasten der obligatorischen gesetzlichen Sozialversicherung, die – und auch das ausschließlich – von speziell ausgebildeten diplomierten Klinischen Psycholog(inn)en, in der Regel Fachpsycholog(inn)en der Medizin und von entsprechend qualifizierten Ärzt(inn)en erbracht wurde. Gesprächspsychotherapie war Teil der psychosomatischen Grundversorgung, Teil einer komplexen psychiatrischen Basisversorgung und fungierte vor allem als eigenständiges, differentiell einsetzbares Psychotherapie-Verfahren i. S. einer ätiologisch orientierten Heilbehandlung zur Behebung bzw. Minderung von psychisch (mit-) bedingten Störungen von Krankheitswert.

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands haben das Auslaufen der zur Besitzstandswahrung festgeschriebenen Übergangslösungen zur Finanzierung von Gesprächspsychotherapien in der kassenärztlichen Versorgung und die Nicht-Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als kassen-ärztliches Richtlinien-Verfahren und zuletzt die Regelungen des Psychotherapeuten-Gesetzes zu einer weitgehenden Demontage der Gesprächspsychotherapie in den fünf neuen Bundesländern geführt.

Konnte Gesprächspsychotherapie Anfang der 90er Jahre im Rahmen einer Übergangslösung noch zu Lasten der GKV abgerechnet und eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut bzw. Psychologische Psychotherapeutin mit Bezug auf eine Qualifikation als Gesprächspsychotherapeut(in) erlangt werden, so wurde in der Folgezeit zur Bedingung gemacht, dass Gesprächspsychotherapeut(inn)en eine „Nach-Qualifikation“ in einem psychotherapeutischen Richtlinien-Verfahren vorweisen und ihre Tätigkeit auf dieser Basis abrechnen.

Diese Regelung hat viele Gesprächspsychotherapeut(inn)en in den neuen Bundesländern in eine fachlich und persönlich schwierige Lage gebracht. Eigene Erfahrungen und empirische Daten belegen gleichermaßen, dass von einem hohen Identifikationsgrad der ost-deutschen Gesprächspsychotherapeut(inn)en mit dem von ihnen praktizierten Psychotherapieverfahren ausgegangen werden kann, der nicht zuletzt auch durch ihre jahrelangen positiven Erfahrungen bei der Anwendung der Gesprächspsychotherapie bedingt ist. Deshalb ist nicht auszuschließen, dass sie bei gegebener Indikation entsprechend ihrer Grundausbildung, ihrer verfahrensbezogenen Identifikation und auf Grund ihrer Erfahrungen in praxi Gesprächspsychotherapien durchführen, diese aber erzwungenermaßen im Gutachter-Verfahren mit Bezug auf Bedingungen der Richtlinien-Verfahren begründen und dann auch anderweitig abrechnen. Die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV würde auch diesen im Interesse der behandlungsbedürftigen Patient(inn)en teilweise am Rande der Legalität praktizierten „Etiketten-schwindel“ beenden können.

Ergänzungen einer ostdeutschen Gesprächspsychotherapeutin zu der Publikation von Curd Michael Hockel (1999). *Z. Psychologie Report, 1*, 26-28. Nachdruck *Z. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung, 2*, 53-56

Anlage 4

Frohburg, I. (1998). Zum Erfahrungshintergrund ost-deutscher Gesprächspsychotherapeuten. Ein Beitrag zur „International Study for Development of Psychotherapists“ des SPR-Collaborative Research Network. *Z. Psychother. Psychosom. med. Psychol.*, 6, 205-214

⇒ Seite 4

Zusammenfassende Stellungnahme

Es ergibt sich aus unterschiedlichen Perspektiven eindeutig und übereinstimmend, dass die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV eine sinnvolle und erfolgversprechende Erweiterung und Verbesserung des psychotherapeutischen Versorgungspotentials bedeuten würde.

Gesprächspsychotherapie hat als wissenschaftlich begründetes Psychotherapieverfahren

- auf Grund ihrer jahrzehnte langen Bewährung in ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens sowohl in West- wie in Ost-Deutschland,
- auf Grund ihres im Vergleich zu den etablierten psychotherapeutischen Richtlinien-Verfahren spezifischen Behandlungspotentials,
- auf Grund ihrer universitären Präsenz und damit verbundener umfangreicher Forschungsarbeiten und
- auf Grund ihrer fachverbandlichen Vertretungen durch GwG, ÄGG und DPGG (und früher die Gesellschaften für Psychologie bzw. für Ärztliche Psychotherapie der DDR)

einen hohen Grad an praktischer, wissenschaftlicher, empirischer und berufsbezogener Repäsentanz, Kompetenz und internationaler Reputation erreicht.

Dieser Tatsachbestand (und weitere hier nicht angesprochene Fakten) sprechen dafür, Gesprächspsychotherapie als wissenschaftlich ausgewiesenes und nachweislich effizientes Psychotherapieverfahren mit eigenem Indikations- und Effektivitätsprofil potentiellen Patient(inn)en nicht (weiterhin) vorzuenthalten.

(Univ.-Prof. Dr. rer. nat. habil. Inge Frohburg)
Fachpsychologin der Medizin
Approbierte Psychologische Psychotherapeutin
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie e.V.

Stellungnahme zur Gesprächspsychotherapie

anhand des Fragenkatalogs des Gemeinsamen Bundesausschusses

Fragen zum Verfahren

1. Beschreibung des Verfahrens:

Das Verfahren ist in Deutschland als Gesprächspsychotherapie (GT) bekannt.

International gesehen handelt es sich um eine sehr heterogene Menge an Verfahren, die unter dem Sammelbegriff „Experiential Psychotherapies“ (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004) laufen. Zu nennen sind

- Supportive Therapy
- Nondirective Therapy
- Client Centered Therapy
- Counseling
- Encounter/Growth/Marathon Groups
- Gestalt Therapy
- Emotional Focussed Therapy.

Auch die deutschsprachige Forschung bezieht sich auf den heterogenen Ansatz incl. Studien, sodass eine Zuordnung von Studien zum Verfahren eher willkürlich geschieht. Dabei sei nur auf die Listen der Studien bei Elliott et al. (2004) verwiesen. Für die Wirksamkeit der GT werden Studien aus dem genannten weiten Bereich geltend gemacht, deshalb erscheint es gerechtfertigt, sich darauf zu beziehen. Zentrale Merkmale sind demnach (s. Elliott et al., 2004, S. 493):

- experiencing
- phenomenological approach
- humanistic view
- person centered.

1.1 und 1.2 keine Anmerkungen

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

- #### 2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

Anmerkung: „Überlegenheit“ in der Frage muss m. E. heißen Überlegenheit im Vergleich zur derzeitigen Versorgung.

Eine spezifische Überlegenheit gegenüber der gegenwärtigen Versorgung ist aus meiner Sicht **nicht** nachweisbar. Als **Begründung** sind folgende Argumente anzuführen:

Im Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) wurde der GT die wissenschaftliche Anerkennung ausgesprochen. Das bedeutet keineswegs die Überlegenheit der GT bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder. Der Beirat hat insgesamt 12 Indikationsgebiete als relevant angesehen, von Seiten der GT wurden für das Minimum von 4 Störungsbildern Studien vorgelegt, die vom Beirat anerkannt worden sind, nämlich

Affektive Störungen

Angststörungen

Belastungsstörungen

Anpassungsstörungen.

Weder die im Beirat vorgelegten Studien noch internationale Studien belegen eine spezifische Überlegenheit: Für die GT werden vielfach Studien angeführt, in denen eine „gleiche Wirksamkeit“ mit Alternativverfahren festgestellt wird. Das Argument verkennt ein grundlegendes methodisches Prinzip: Das Fehlen eines signifikanten Unterschiedes zwischen zwei Behandlungsalternativen kann noch keinesfalls als Beleg für die gleiche Wirksamkeit angesehen werden (s. a. Buchkremer & Klingberg, 2001). Die statistische Power von Signifikanztests reicht bei kleinen Stichproben häufig nicht aus, um signifikante Differenzen nachzuweisen (s. Grawe, 1992). Daraus eine „gleiche Effektivität“ abzuleiten ist schlichtweg unkorrekt.

Die Qualität der von Vertretern der GT vorgelegten Studien erscheint speziell hinsichtlich der Versorgung sehr problematisch. Dazu ist es notwendig, ins Detail zu gehen: Zur Wirksamkeit der GT bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTB) wurde u. a. eine Studie von Paivio & Nieuwenhuis (2001) ins Treffen geführt. Hier handelt es sich um eine Studie, bei der lediglich 59% der Probanden die Kriterien einer PTB erfüllen. 26% der Probanden wurden als subklinische Fälle eingestuft. Ganz ähnlich zu beurteilen ist die Studie von Dircks, Grimm, Tausch & Wittern (1982). Die Relevanz der Förderung von Lebensqualität bei Krebspatienten steht zwar außer Frage, eine Zuordnung zum Bereich der Psychotherapie bei Psychischen Störungen ist allerdings problematisch.

2.2 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

Zwischen der Gesprächspsychotherapie und der Verhaltenstherapie gibt es hinsichtlich des konkreten Vorgehens einige Überlappungen: Wesentliche Gemeinsamkeiten sind Methoden der Gestaltung der therapeutischen Beziehung wie (bedingungslose) Akzeptanz und Authentizität und die Methode des geleiteten Entdeckens als Weg zu neuen Einsichten und zur Verhaltensänderung.

In der Verhaltenstherapie werden darüber hinaus verschiedene Methoden der Verhaltensänderung wie Informationsvermittlung, Stimuluskontrolle, operantes Lernen, Training von Fertigkeiten, Aufbau von Verhalten, Verhaltensformung usw. systematisch angewandt. Diese Strategien werden von der Gesprächspsychotherapie wegen des dabei notwendigen direktiven und zielgerichteten Therapeutenverhaltens explizit nicht realisiert. Zur Kennzeichnung der GT sei auf die Beschreibung des Verfahrens im Antrag (WBP) verwiesen, einige Kennzeichen wurden eingangs in Anlehnung an Elliott et al. (2004) angeführt.

Bei der Beschreibung der Verhaltenstherapie wird vielfach auf die Merkmale von Franks & Wilson (1978) verwiesen. Kennzeichnend ist demnach

- eine Anwendung von Prinzipien der Psychologie und ihrer Nachbardisziplinen, (speziell der Lernpsychologie, der Kognitiven Psychologie, der Sozialpsychologie, der Emotionstheorien, usw.)
- die Prinzipien werden zur Beschreibung, Erklärung und ggf. Veränderung menschlichen Leidens und zur Verbesserung der Funktionsfähigkeit herangezogen,
- zentral bei der Anwendung ist eine systematische Erfassung und Bewertung von Effekten (Evaluation),
- darüber hinaus versucht VT eine Veränderung derjenigen Variablen, die als aufrechterhaltende Faktoren anzusehen sind (Stichwort: Funktionale Analyse),
- das Ziel des Vorgehens besteht in einer Verbesserung von Eigensteuerung und Selbstkontrolle des Patienten.
- Das Handeln von Verhaltenstherapeuten muss durch allgemein akzeptierte ethische Prinzipien gesteuert sein.

Auf der Ebene der Beschreibung der beiden Verfahren ergibt sich damit in theoretischer und methodologischer Hinsicht eine klare Abgrenzung.

2.3 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?

Ein zusätzlicher Nutzen ist auf der Grundlage heute vorliegender Befunde **nicht** zu erwarten. Als Begründung lässt sich folgendes anführen:

- Praktisch alle empirischen Vergleiche von GT mit Verhaltenstherapie (VT) erbringen z. T. hochsignifikante Differenzen zuungunsten der GT. In der Übersicht von Grawe, Donati & Bernauer (1994) wurden direkte Vergleiche vorliegender Studien von GT und VT auf unterschiedlichen Maßen vorgenommen. Die Autoren kommen zu folgender Schlussfolgerung: „Vor allem im direkten Vergleich zwischen Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie zeigt sich eine klare Überlegenheit der Verhaltenstherapie. Fast immer, wenn zwischen den beiden Therapieformen in einem der unterschiedenen zehn Veränderungsbereiche ein signifikanter Unterschied gefunden wurde, fiel er zugunsten der Verhaltenstherapie aus, und zwar nicht nur bei der Symptomreduktion, sondern auch bei Massen für Veränderungen im Persönlichkeits- und im zwischenmenschlichen Bereich. Wir haben für diese Studien besonders sorgfältig geprüft, ob die Ergebnisse eventuell durch eine Begünstigung der Verhaltenstherapie in der Anlage der Untersuchungen bedingt sein könnten, haben dafür aber keine Anhaltspunkte gefunden.“ (Grawe et al., 1994, S. 651/652, insbes. auch Tab. 4.9.1). Aus den Daten ergibt sich somit weder eine Überlegenheit der GT bei der Behandlung verschiedener Krankheitsbilder, noch ist durch die GT ein zusätzlicher Nutzen zu erwarten.
- Ein zusätzlicher Nutzen ist insbesondere deshalb nicht zu erwarten, weil im WBP für die GT eine Anerkennung lediglich für das Minimum von 4 (aus insgesamt 12) Indikationsbereichen erfolgt ist (s. oben).
- Praktisch alle Vergleiche von GT mit VT in der Übersicht von Elliott et al. (2004) erbringen keinerlei Vorteil für die GT – im Gegenteil: In Tab. 11, S. 506 werden 10 Vergleichsstudien angeführt. Bei 8 der Studien ergibt sich ein negativer Effekt für die GT (ES zwischen 0,08-1,42). Zwei Studien erbringen einen geringfügig positiven Effekt für die GT (0,09 bzw. 0,25). Beide Studien wurden den „Experiential Therapies“ zugeordnet; bei einer Studie besteht die Behandlung in „Pastoral

Counseling“ (Propst et al., 1992), bei der zweiten Studie geht es um „Nonprescriptive Treatment“ (Shear et al, 1994). Beides unterstreicht die Heterogenität des Ansatzes der „Experiential Therapies“ und ist damit sicher kein Beleg für die Bedeutung von GT in der Versorgung oder gar für einen zusätzlichen Nutzen im Vergleich zur Verhaltenstherapie. Ob etwa „Counseling“ als Verfahren zur Behandlung von psychischen Störungen mit Krankheitswert angesehen werden kann, bedarf zumindest der Klärung.

- In der modernen Psychotherapieforschung wurden auf Anregung der American Psychological Association (APA) Kriterien für „empirically validated treatments“ entwickelt (s. Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001). Als Kriterien gelten
 1. Zumindest zwei Kontrollgruppenstudien mit einem Nachweis der Effektivität, wobei
 - A. Die Überlegenheit gegenüber Placebo oder einem Alternativ-Treatment vorliegen muss.
 - B. Das Verfahren muss sich als äquivalent mit einem bewährten Treatment herausstellen, ODER
 2. Es muss eine ganze Reihe von Einzelfallexperimenten (N=9) vorliegen, die die Effektivität nachweisen. Diese Experimente müssen
 - A. Ein gutes experimentelles Design aufweisen und
 - B. Einen Vergleich der Intervention mit einem anderen Treatment als in 1. A. vorlegen.Zusätzlich muss erfüllt sein (für 1. und 2.):
 3. Die Untersuchungen müssen mit Behandlungsmanualen durchgeführt sein.
 4. Die Merkmale der Stichprobe müssen spezifiziert sein.
 5. Die Effekte müssen durch zumindest zwei unterschiedliche Untersucher oder Untersuchungsteams nachgewiesen sein.(Chambless & Ollendick, 2001, S. 689).

Es gibt mittlerweile eine umfangreiche Auflistung von Behandlungsverfahren, die die strengen Kriterien „Empirisch Valider Treatments“ erfüllen (s. Dobson & Craig, 1998; Chambless & Ollendick, 2001). Mit wenigen Ausnahmen sind diese der Verhaltenstherapie zuzuordnen. In keiner der Auflistungen von Behandlungsverfahren, die als störungsspezifisch evaluierte Behandlungsverfahren anzusehen sind, findet sich ein Verfahren, das der Gesprächspsychotherapie zuzuordnen wäre. Dabei nehmen Elliott et al. (2004) durchaus Bezug auf die Kriterien der APA bei Chambless & Hollon (1998) –

allerdings mit dem Hinweis, dass sich für die „Experiential Therapies“ bei den strengen Kriterien der APA Probleme ergeben. Als Lösungsvorschlag wird eine Lockerung der strengen methodischen Anforderungen angesprochen (S. 511); allerdings findet sich auch in der Liste von „Probably Efficacious Treatments“ (d. h. bei Lockerung der methodischen Anforderungen) ebenfalls kein einziges Verfahren aus dem Spektrum der GT.

Folgerung: Aus dem Bereich der GT gibt es offenbar keine empirisch wirksamen Therapieverfahren, die anerkannten methodischen Kriterien genügen könnten.

2.4 und 2. 5: keine Stellungnahme

2.6 Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar

- bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?
- hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?
- in Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?

Es wurde bereits oben angeführt, dass für die GT eine wissenschaftliche Anerkennung für lediglich 4 von 12 Indikationsbereichen erfolgt ist. Die Aufnahme der GT in das Spektrum der Verfahren zur Krankenversorgung hätte zur Folge, dass das Verfahren für die Behandlung von Störungsbildern zugelassen wäre, für die eine wissenschaftliche Anerkennung nicht vorliegt – und nicht einmal beantragt wurde (das betrifft insgesamt 8 von 12 Indikationsbereichen). Die Frage nach einer Erweiterung des Behandlungsspektrums beantwortet sich damit selbst.

ANMERKUNG: Einen zusätzlichen Nutzen könnte man durchaus von einem Behandlungsverfahren erwarten, bei dem eine entsprechende Effektivität durch die Richtlinienverfahren bis dato nicht gegeben ist. Ein klares Beispiel wäre die Neuropsychologie, die spezielle Hilfestellungen bei degenerativen Erkrankungen ebenso zu bieten in der Lage ist wie für traumatische Prozesse. Hier wäre vermutlich ein durchaus augmentativer Effekt und Nutzen zu erwarten. Verwiesen sei nur auf den Antrag der Neuropsychologie beim WBP.

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

- 3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?**

Hierzu wurde bereits in anderen Punkten Stellung bezogen. Verwiesen sei allerdings noch auf die störungsspezifische Übersicht von Nathan & Gorman (2002): „A guide to treatments that work“. Hier werden praktisch alle klinisch relevanten Störungsgruppen aufgelistet, dazu empirisch valide Behandlungsverfahren (inkl. Hinweisen zu relevanten Studien). Auch hier vermisst man einen Hinweis auf Verfahren aus dem Gebiet der GT, sodass man zur Frage auf der Basis vorliegender Studien – die es nicht gibt – nicht begründet Stellung beziehen kann.

In der Übersicht zu den Experiential Psychotherapies (Elliott et al, 2004) werden durchaus Verbesserungen von Patientengruppen im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen oder zur Standardbehandlung in der Versorgung berichtet. Praktisch alle Vergleiche von VT mit GT fallen zu Ungunsten der GT aus:

Für den Vergleich von VT gegenüber Experiential Psychotherapies bei Angststörungen wird selbst in der Übersicht von Elliott et al. (2004, S. 511) eine allgemeine Effektstärke von 0,38 zugunsten der VT berichtet.

Bei Depressionen ergibt sich in derselben Quelle (S. 514) entweder eine deutliche Überlegenheit der VT gegenüber der GT (ES=0,72) oder eine nur geringfügige Überlegenheit der VT (ES=0,13), die allerdings nicht signifikant wird.

Von einem zusätzlichen Nutzen der GT zu sprechen ist deshalb selbst auf der Grundlage der Vergleiche von Elliott et al. (2004) nicht gerechtfertigt.

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

- 4. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren?**

Angesichts der Heterogenität des Verfahrens (s. oben) ist mit durchaus problematischen Konsequenzen für die Wirtschaftlichkeit zu rechnen: Um die Problematik der Heterogenität zu verdeutlichen sei eine Studie angeführt, die bei Elliott et al. (2004) als

Beleg für die Effektivität von „Body Work“ (als Teil des Spektrums der „Experiential Therapies“) angeführt wird (Hershbell, 1998): Der Autor befragte 11 erwachsene Teilnehmer über ihre Erfahrung mit „Gestalt body-oriented interventions“. Die Personen gaben an, die Methoden hätten zu „heightened self-knowledge“ geführt, zusätzlich hätten sie eine „emergence of a new perspective for the future“ festgestellt. Bemerkenswert ist die Schlussfolgerung von Elliott et al.: „These studies offer some support for the benefits of body-oriented methods in psychotherapy.“ (2004, S. 525).

Insgesamt kann man die Befundlage zu „Experiential Therapies“ als durchaus breit und fundiert ansehen; die einzelnen Verfahren haben aber nach unserer Einschätzung nichts mit Krankenversorgung bzw. mit dem zu erwartenden wirtschaftlichen Nutzen bei einem entsprechenden Indikationsbereich zu tun.

Dobson & Craig (1998, S. 20) ziehen hier einen Vergleich zur Pharmakotherapie: Die Entwicklung verschiedener Medikamente für eine spezifische Problemstellung erscheint durchaus sinnvoll, weil dadurch das Spektrum an Behandlungsoptionen breiter wird. In der aktuellen Versorgung sollte allerdings das wirksamste und in direkten Vergleichsuntersuchungen überlegene Treatment ausgewählt werden. Die Implikationen für die GT im Vergleich zu den Richtlinienverfahren liegen auf der Hand.

Fragen zur Qualitätssicherung

Keine Anmerkungen

Ergänzung

Keine Anmerkungen

Fragen zu möglichen Interessenskonflikten

7. Angaben zur Funktion, in der die Stellungnahme abgegeben wird:

Die Stellungnahme wurde im Auftrag des Deutschen Fachverbandes für Verhaltenstherapie e.V. (DVT) von den Hochschullehrern Prof. Hans Reinecker (Bamberg) und Prof. Ulrich Schweiger (Lübeck) verfasst und vom DVT vorgelegt. Der DVT macht sich den Inhalt der Stellungnahme vollumfänglich zu eigen. Die zentrale Argumentation erfolgt allerdings aus der Sicht der Versorgungssituation von Patienten mit krankheitswertigen Störungen im Sinne der RVO.

In der Argumentation wurde immer wieder Bezug zu Studien genommen, die von seiten der GT bzw. der „Experiential Therapies“ vorgelegt wurden.

7.1 Welche der Studien stammen aus verfahrensorientierten, aus verfahrensübergreifenden oder aus verfahrensunabhängigen Einrichtungen?

- (a) Studien zur GT wurden direkt aus dem Verfahren übernommen und kritisch beleuchtet (spez. Elliott et al., 2004).
- (b) Als verfahrenübergreifend sind insbesondere die Studien der APA zu sehen, hier vor allem Chambless et al. (1998) oder Nathan & Gorman (2002).
- (c) Unabhängige Vergleichsstudien sind insbesondere aus den Arbeiten von Grawe (1992) bzw. Grawe et al. (1994) angeführt.

Abschließend sei auf das Minderheitenvotum von Vertretern des Wissenschaftlichen Beirats zum Thema der Wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie verwiesen.

Müller Doris

Dipl.Psych.Doris Müller
Danzigerstr.13
86842 Türkheim
Fon: 08245/689
Fax: 08245/3101
Mail:mueller.d.a@t-online.de
KV Nr.: 70/70830

11.November 04

An den gemeinsamen Bundesausschuss
Gemäß § 91 Abs.5 SGB V Unterausschuss Psychotherapie

Herrn Wiesner

Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

per Mail: gpt@g-ba.de

Betr.: Sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie
Bezug: Fragebogen

Sehr geehrter Herr Wiesner,

aus Ihrem Anschreiben entnehme ich, dass Einzelpersonen nur in „Ausnahmefällen“ zu dem Thema Stellung nehmen sollen. Ich möchte es dennoch tun – also ein Ausnahmefall sein - , da ich die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Interesse der Patienten für dringend geboten halte.

Natürlich kann ich keine umfassende Beantwortung liefern und möchte mich auf Folgendes beschränken:

1. Eine Reihe der Fragen sind bereits vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie erschöpfend behandelt worden, der die Gesprächspsychotherapie mit deutlicher Mehrheit wissenschaftlich anerkannt und das Verfahren als Vertiefungsgebiet in der Psychotherapieausbildung empfohlen hat. Insofern bin ich sehr verwundert, dass dieses Ergebnis einer offiziellen Institution anscheinend nicht für voll genommen wird und eine neue Überprüfung stattfinden soll. Auch die Fragen nach Nutzen, Wirtschaftlichkeit u. Zweckmäßigkeit wurden bereits von den Fachverbänden dem Vorgänger des Gemeinsamen Bundesausschusses, dem Bundesausschuss Ärzte Krankenkassen ausführlich beantwortet.
2. Ich war jahrelang als Ausbilderin und Lehrtherapeutin (im Auftrag der GwG) tätig und habe das Verfahren theoretisch und praktisch vielen Ärzten und Diplompsychologen vermittelt. In jedem Ausbildungsgang war der Vergleich zwischen den verschiedenen therapeutischen Verfahren Thema. Die Materie ist mir also vertraut. Mir ist bis heute nicht bekannt, dass jemals der wissenschaftliche Beweis erbracht worden ist, dass irgend ein psychotherapeutisches Verfahren grundsätzlich einem anderen überlegen ist. Deshalb ist eine Frage nach der Überlegenheit der GPT als Kriterium für eine sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie unzulässig.
3. Gesprächspsychotherapie wird seit Jahrzehnten ambulant und stationär angewandt und es ist längst erwiesen, dass sie im Sinne der Psychotherapierichtlinien ausreichend effektiv, wirtschaftlich und zweckmäßig ist.
4. Zu der Frage 3. „Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder nur unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?“ möchte ich aus meiner über dreißigjährigen Erfahrung als Psychotherapeutin antworten:

Im Laufe meiner Berufstätigkeit wurden mir immer wieder von Kolleginnen und Kollegen Patienten überwiesen, die nach deren Auffassung weder mit dem verhaltenstherapeutischen

noch mit dem psychoanalytischen Arbeitsangebot zurechtkamen. Es handelte sich meist um Patienten oder Patientinnen,

- die zwar litten, aber kaum Problembewusstsein hatten (z.B. Patienten mit Somatisierungsstörungen),
- die zur Psychotherapie „geschickt“ wurden (von Ärzten, von der Krankenkasse), aber großen Widerstand dagegen hatten,
- die, um sich in der therapeutischen Situation sicher zu fühlen, gerade zu Beginn einer Behandlung aktives Mitgehen und Anteilnehmen erleben müssen – ohne Angst auch nur ansatzweise beurteilt zu werden – auch ohne Angst, sie müssten wissen, was sie wollen (z.B. Patienten mit frühen Störungen),
- die Reaktanz zeigen, wenn sie befürchten, dass ihre Selbstbestimmung ansatzweise eingeschränkt werden soll (z.B. durch einen Therapieplan, oder durch die Aufforderung eine bestimmte Position im Raum einzunehmen - wie hinlegen oder bestimmter Stuhl.usw.) (z.B. schwer traumatisierte Patienten, aggressive Patienten).

Neben Überweisungen von Kollegen habe ich auch erlebt, dass Patienten von sich aus die Behandlung bei Kollegen abgebrochen haben, um sich dann - meist mit einer gehörigen Portion Druck seitens des behandelnden Arztes - an mich zu wenden.

Aufgrund meiner gesprächstherapeutischen Berufserfahrung und auch aufgrund meiner Erfahrungen in Fort- und Weiterbildungen in anderen Richtungen (VT, TP, Gestalt, Systemische Familientherapie, Traumatherapie), bin ich fest davon überzeugt, dass das professionelle gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot für viele Patienten einen niedrighwelligeren Zugang zur Psychotherapie erlaubt als die bisherigen Richtlinienverfahren.

Ich hoffe sehr, dass der Unterausschuss alle vorliegenden Stellungnahmen zur Kenntnis nimmt und bezüglich der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie zu einem positiven Bescheid kommt.

Mit freundlichem Gruß Doris Müller

Horlacher Klaus Dieter

Psychologische Praxengemeinschaft • Mühltalstr. 67 • 69121 Heidelberg

~~An den~~ _____

Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 1763

53707 Siegburg

- per E-Mail an: gpt@g-ba.de -

07.11.2006

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir, eine Gruppe von in freier Praxis therapeutisch tätigen Diplom-Psychologinnen und -Psychologen, möchten die Gelegenheit ergreifen, auf Ihre Aufforderung zur Stellungnahme zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GPT) vom 29.09.2004 zu reagieren.

Wir begrüßen, dass die längst überfälligen formalen Schritte zur Anerkennung der GPT nun endlich auf den Weg gebracht werden.

Es ist für uns jedoch in keiner Weise nachvollziehbar, aus welchen Gründen der Gemeinsame Bundesausschuss sich anscheinend gezwungen sieht, mit einem aufwändigen Fragebogen Sachverhalte abzufragen, die längst bekannt sind und auch dem Gemeinsamen Bundesausschuss in schriftlicher Form vorliegen dürften.

Fragen zum Verfahren selbst, zum diagnostischen Vorgehen, zu dessen heilkundlichem Nutzen sowie zur versorgungsrelevanten Notwendigkeit dürften durch die Dokumentation, die dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WB Pth) seit mehr als 2 Jahren vorliegt, und über deren Inhalt auch der Gemeinsame Bundesausschuss informiert sein dürfte, beantwortet sein.

Bezüglich der Fragen zur Wirtschaftlichkeit verweisen wir auf die im Vergleich zur GPT wesentlich längere Therapiedauer in der Psychoanalyse, deren wissenschaftliche Überprüfung durch den WB Pth bislang noch aussteht.

Wir bitten darum, das Verfahren zur sozialrechtlichen Anerkennung der GPT nun zügig zu einem Abschluss zu bringen.

Mit freundlichen Grüßen,

Dipl.-Psych. Klaus Dieter Horlacher Dipl.-Psych. Ralph Micka

Dipl.-Psych. Angelika Richter Dipl.-Psych. Birgitta Schmücker

Pabel Johannes

Praxis für Psychotherapie
Dipl.-Psych. Johannes Pabel
Fachpsychologe der Medizin + Psychologischer Psychotherapeut
Weidenplan 1 06108 Halle Tel. (0345) 2093125 FAX 2093126

Praxis für Psychotherapie Dipl.-Psych. J. Pabel
Weidenplan 1, 06108 Halle, T. (0345) 2093125

An den Gemeinsamen Bundesausschuss
Auf dem Seidenberg 3a
1.4.2. 53721 Siegburg

- per E-Mail über Adresse gpt@g-ba.de -

H.

I. Halle, den 31.10.2004

Gesprächspsychotherapie: Bekanntmachung 1044 A des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 29.09.04

Der in der Bekanntmachung 1044 A des GBA vom 29.09.04 veröffentlichte Fragenkatalog veranlasst mich zu einer persönlichen Stellungnahme, die auf einige mir wichtig erscheinende Aspekte eingeht und nicht den Anspruch hat, detailliert auf alle im Katalog aufgeführten Fragen einzugehen.

Diese Stellungnahme gebe ich als Privatperson ab. Ein Interessenskonflikt könnte vermutet werden gegenüber meiner beruflichen Orientierung als niedergelassener Psychotherapeut, der als Leistungserbringer im Rahmen der GKV mit dem zugelassenen Verfahren der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie arbeitet. Er ist aufzulösen, da ich eine Verbesserung der ambulanten Psychotherapieversorgung für geboten und die Zulassung der Gesprächspsychotherapie neben den bereits anerkannten Richtlinienverfahren für endlich an der Zeit halte.

Ich war seit 1976 im damaligen Gebiet der DDR als Fachpsychologe der Medizin mit einer anerkannten Qualifikation als Gesprächstherapeut sowohl im ambulanten Bereich als auch als Leiter einer Tagesklinik psychotherapeutisch-praktisch und auch im Aus- und Weiterbildungsbereich tätig. Diese Qualifikation bildet eine Grundlage für die Erlangung meiner Approbation als Psychologischer Psychotherapeut nach den Übergangsregelungen des PTG. Seit 1994 besitze ich die Zulassung als Leistungserbringer für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die ich im Rahmen der Übergangsregelungen durch Nachqualifikation erworben habe. Seit 2001 bin ich in eigener Niederlassung tätig.

Die Tatsache, dass die gesprächspsychotherapeutische Qualifikation bereits als Grundlage für die genannte Approbation anerkannt worden ist und die Feststellung der Wissenschaftlichkeit entspr. § 11 PTG erfolgt ist, hat zumindest im Ansatz dem Stellenwert der Gesprächspsychotherapie in der Gesundheitsversorgung Rechnung getragen. In massivem Kontrast dazu steht, dass eine Aufnahme des

Behandlungsverfahrens in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfolgte. Dies halte ich gesundheitspolitisch für sehr bedenklich. Letztlich haben die beteiligten Entscheidungsgremien damit in Kauf genommen, dass der beklagte Versorgungsengpass mit Psychotherapie insbesondere in den neuen Bundesländern weiterhin bestehen bleibt, indem ein gut eingeführtes, erprobtes und effizientes Versorgungspotenzial ausgeschlossen und damit zunichte gemacht wurde. Ich halte es für dringend erforderlich, diese Einschränkung aufzuheben. Es entstehen jährlich erhebliche Mehrkosten durch Unterlassung, Fehlbehandlungen oder zumindest Behandlungen mit unzureichender „Passung“, wenn ein Mangel an Behandlungsplätzen in Kauf genommen und auf die nötige und herstellbare Diversivität des Behandlungsangebotes weiterhin verzichtet wird.

Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie, wie sie unter 4. angefragt sind, werden in erster Hinsicht anhand der vorliegenden komparativen Studien beantwortet. Auch über die voraussichtliche Dauer der Behandlungen werden bereits Angaben gemacht. Danach ist zu erwarten, dass eine große Zahl von Patienten mit schweren Beeinträchtigungen, einschließlich Persönlichkeitsstörungen, erreicht und bei ihnen mit im Durchschnitt mittleren bis kurzen Behandlungsdauern nachhaltige Wirkungen erzielt werden. Die Diskussion geht dabei eindeutig in die Richtung, dass nicht ein Psychotherapieverfahren durch ein anderes, wirtschaftlicheres ersetzt werden soll, sondern dass mehr und andere Patienten von Psychotherapie profitieren können, als dies mit den bisher zugelassenen Verfahren möglich ist.

Die Frage nach Belegen zur Wirtschaftlichkeit spricht jedoch aus meiner Sicht eine weitere zentrale Problematik an: Ich habe den Eindruck, es wird still vorausgesetzt, dass bereits eine Vielzahl von Patienten ambulant (ich meine speziell Psychotherapiepraxen) mit Gesprächspsychotherapie behandelt worden ist und dies zu den Konditionen der GKV. In Wirklichkeit kann es sich hier nur um Patienten handeln, die freiwillig und ohne Aussicht auf Kostenerstattung (in den neuen Ländern haben sich die Kassen nahezu von Anfang an gegen eine Kostenübernahme bei Gesprächspsychotherapie gesperrt) eine Behandlung mit Gesprächspsychotherapie selbst finanzieren. Dass damit nur ein bestimmter, begrenzter und nicht repräsentativer Teil der Patienten erfasst wird und nicht annähernd die Indikationsspezifika (weiter unten ausgeführt) der Gesprächspsychotherapie abgebildet würde, ist offensichtlich. Das gilt in besonderem Maße für die ostdeutschen Bundesländer. Hier ist der Anteil der selbstzahlenden Patienten (ohne PKV bzw. Beihilfe, da diese sich weitgehend an die Psychotherapierichtlinien anlehnen!) in den Psychotherapiepraxen noch weniger repräsentativ. Unter diesem Aspekt wirkt es etwas grotesk, wenn die Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie gegenüber den Richtlinienverfahren darin zum Ausdruck kommen soll, dass schwer gestörte Patienten trotz wirtschaftlichen Notstandes sie freiwillig bezahlen.

Aus meiner Sicht sind die neuen Bundesländer besonders davon betroffen, dass depressive und Angststörungen sowie Persönlichkeitsstörungen in engster Verflechtung mit sozialen Missständen, sozialpolitischen Entscheidungen und regionalen wirtschaftlichen Fehlschlägen auftreten, so dass Symptomausbruch bzw. Exazerbation der Störung niemals nur individualpsychologisch betrachtet werden dürfen. Deshalb ist aus dieser Sicht auch in Hinblick auf Frage 3 festzustellen: Die Gesprächspsychotherapie bietet hier ein ressourcenorientiertes Herangehen, das auf vorrangige Unterstützung der sog. sanogenetischen Persönlichkeitsanteile der

Patienten abzielt. Sie setzt sich bewusst von einer störungsorientierten Reflexion einerseits und von handlungsorientiertem Vorgehen andererseits ab. Diese Personenzentrierung vermag aus meiner klinischen Erfahrung auch solche Patienten zu erreichen, deren Fähigkeit zur Reflexion und Introspektion (noch) begrenzt ist, deren Selbstwahrnehmung durch massive Selbstunsicherheit verzerrt oder infolge von grenzüberschreitenden, übergriffigen Erfahrungen von massivem Misstrauen gegenüber jeglichem Beziehungsaufbau geprägt ist.

Nicht zuletzt erscheint mir eine Kombination von einzeltherapeutischen und gruppentherapeutischen Angeboten aufgrund der Homogenität des personenzentrierten Ansatzes sehr gut möglich. Erfahrungen aus meiner tagesklinischen Arbeit sprechen für diese Annahme. Es fällt auf, dass die Kombination von Gruppen- und Einzelbehandlung innerhalb der ambulanten Versorgung im Osten Deutschlands deutlich zurückgegangen ist. Dies kann nur zum Teil mit dem Individualisierungsprozess innerhalb der gesellschaftlichen Umwandlung erklärt werden. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass die theoretischen Implikationen der vorhandenen Richtlinienverfahren den Therapeuten Grenzen setzen.

Bezüglich der Eingangsqualifikation der Therapeuten und dem Modus der Qualitätssicherung besteht meinerseits keinerlei Notwendigkeit, grundlegende Abweichungen von der bei den Richtlinienverfahren angewandten Praxis zu erwarten. Die Ausbildungscurricula wurden bereits eingehend von der GwG vorgestellt und sind auch seitens verschiedener Ausbildungsinstitute detailliert konzipiert worden. Dem gegenwärtig praktizierten Gutachterverfahren kann sich die Gesprächspsychotherapie mit Hilfe von Kriterien, die für das spezielle Verfahren auszuformulieren sind, anschließen. Hier sind meines Wissens bereits Vorschläge erarbeitet worden.

Johannes Pabel

Riester Ulrike

Ulrike Rister
Psychologische
Psychotherapeutin
Banggartenweg 4
61273 Wehrheim-Obernain
Telefon 06081-16318
Kontoverbindung:
Bank für Sozialleistungen

Dipl. Psych. U. Rister – Banggartenweg 4 – 61273 Wehrheim

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Unterausschuss „Psychotherapie“

14. November 2004

Stellungnahme zur Überprüfung gem. § 135 Abs. 1 SGB V „Gesprächspsychotherapie“

Sehr geehrte Damen und Herren,

aus meiner Erfahrung als niedergelassene Psychotherapeutin möchte zu oben genannter Überprüfung Stellung nehmen:

Zu 3. Fragen zur medizinischen Notwendigkeit:

In meiner langjährigen Praxis als Verhaltenstherapeutin sind schon viele Patient(inn)en zu mir gekommen, die eine Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch orientierte Therapie wie auch Psychoanalyse bei Kolleg(inn)en abgebrochen hatten. Meine Patient(inn)en nannten folgende Gründe für ihren jeweilige Abbruch:

Patient(inn)en mit tiefenpsychologischer oder analytischer Vorbehandlung gaben als Grund für ihren Therapieabbruch immer wieder die verbale Zurückhaltung des Therapeuten bzw. der Therapeutin an („Der Therapeut hat ja gar nichts gesagt, der schwieg die ganze Stunde, ich weiß gar nicht, was der denkt“). Häufig wurden auch als verletzend erlebte Wahrnehmungen von Deutungen der Therapeut(inn)en als Grund für den Therapieabbruch genannt („Der Therapeut hat gesagt, ich bin wütend auf meinen Mann; der spinnt, ich liebe meinen Mann doch sehr.“ – „Der Therapeut wollte, dass ich mich von meiner Freundin trenne.“ – „Ich hatte Angst, dass ich mich von meinem Mann trennen muss, wenn ich die Therapie weitermache.“) Oder das psychoanalytische Setting wurde abgelehnt („ Da sollte ich mich auf die Couch legen, ich bin aber doch nicht verrückt!“). Mit diesen Beispielen geht es mir nicht darum, andere Therapieverfahren zu kritisieren; in einigen der genannten Fälle kannte ich zufällig die vorherigen Therapeut(inn)en und schätze sie als qualifizierte und verantwortlich arbeitende Kolleginnen und Kollegen. Die angeführten Gründe der Patient(inn)en sind nach meiner Einschätzung, die ich aus der Erfahrung in den bei mir durchgeführten Behandlungen ableite, ein Hinweis darauf, dass diese das verfahrensspezifische Behandlungsangebot nicht für sich nutzen konnten.

Patient(inn)en mit verhaltenstherapeutischer Vorbehandlung fühlten sich in ihrer Vorbehandlung oft nicht richtig verstanden, erlebten die therapeutische „Aufgaben“ als zu anstrengend und den Therapeuten bzw. die Therapeutin als zu direktiv.

Vielen solcher Patient(inn)en könnte ich noch effektiver helfen, wenn ich Gesprächspsychotherapie durchführen dürfte. Das therapeutische Angebot der Gesprächspsychotherapie ist nicht direktiv, der Therapeut bzw. die Therapeutin ist aber auch nicht zurückgenommen und „schweigsam“. Es gibt einen lebendigen Wechsel in der Interaktion Patient(in)-Therapeut(in). Das gesprächstherapeutische Setting geht von grundsätzlicher Akzeptanz und empathischen Verstehens der Patientin und ihres Erlebens durch die Therapeutin aus. Patient(inn)en, die sich in einer tiefenpsychologischen bzw. analytischen Therapie „verloren“ fühlten, käme so das Setting der Gesprächspsychotherapie sehr entgegen.

Zusammenfassend liegt der Wert einer Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie in die vertragliche Versorgung darin, dass Patient(inn)en, die aus den oben angesprochenen Gründen mit den bisherigen Behandlungsangeboten (Richtlinienverfahren) Schwierigkeiten haben, ein angemesseneres therapeutisches Angebot gemacht werden könnte. Daraus ergibt sich die medizinische Notwendigkeit einer Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als neues Richtlinienverfahren.

Zu 4. Fragen der Wirtschaftlichkeit:

Eine Vielzahl von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sind auch als Gesprächspsychotherapeut(inn)en ausgebildet. Wenn diese Kolleg(inn)en auch Gesprächspsychotherapie durchführen dürften, ergäbe sich für die Patient(inn)en grundsätzlich ein verbessertes und effektiveres, da differenziertes Versorgungsangebot, das nicht mit einer Leistungsmengenausweitung bzw. mit Mehrkosten verbunden wäre. Durch eine größere Differenzierung und höhere Passgenauigkeit der therapeutischen Angebote wäre insgesamt eine Entlastung des Gesundheitssystems zu erwarten.

Zu 7. Fragen zu möglichen Interessenkonflikten:

Ich gebe diese Stellungnahme als in eigener Praxis arbeitende Psychotherapeutin ab. Ich arbeite seit 18 Jahren als niedergelassene Psychotherapeutin mit verhaltenstherapeutischer Ausbildung, habe aber auch eine gesprächspsychotherapeutische Ausbildung abgeschlossen. Ich bin Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) sowie im Verband Hessischer Vertragspsychotherapeuten (VHVP).

Ich arbeite gerne als Verhaltenstherapeutin, sehe aber wie oben beschrieben zusätzlichen Nutzen und für mich zusätzliche Wirkungsmöglichkeiten als Therapeutin, wenn die Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren anerkannt wird. Ein wirtschaftlicher Vorteil ist damit für mich nicht verbunden..

Mit freundlichen Grüßen

gez. Ulrike Rister

Oetzel Uta

Uta Oetzel
J. Psycholog. Psychotherapeutin
Psychotherapeutin

Sülzgürtel 25
509937 Köln
0221 – 4303501

Astrid Schillings
Psycholog.

Brüsseler Platz 6
50672 Köln
0221 – 5625770

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
- Herrn Christof Wiesner -
Postfach 1763
53707 Siegburg

Köln, den 15.11.04

Betr.: Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“

Sehr geehrter Herr Wiesner,

Wir sind als Psychologische Psychotherapeutinnen zugelassen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Erwachsenen und sind ausgebildet sowohl in tiefenpsychologisch fundierter wie klientenzentrierter Arbeit.

Wir arbeiten mit Patienten aus den gesetzlichen Krankenkassen nach Richtlinienverfahren sowie mit Privatpatienten, die eine klientenzentrierte Behandlung wünschen.

Zu dem Fragenkatalog können wir – ohne Verallgemeinerung – aus unserer Sicht als Psychotherapeutin Stellung nehmen und beschränken uns dabei auf Frage 3.

Wir sind an der Zulassung der GT als Richtlinienverfahren interessiert, da wir Vorteile für die Versicherten sehen und mit diesem Verfahren arbeiten möchten. Wirtschaftliche Vorteile habe ich dabei nicht.

Stellungnahme zu Frage 3

Meine Erfahrung zeigt, dass Patienten mit präödipler Problematik häufig eine Geschichte von Therapieabbrüchen bzw. von wenig erfolgreichen Therapien sowohl nach der psychoanalytischen wie nach der verhaltenstherapeutischen Methode aufweisen. Von Privatpatienten wissen wir aus eigener sowie aus der Erfahrung von Kollegen, dass diese Patientengruppe mit GT sehr gut zu behandeln ist. Es gibt wenig Abbrüche und eine hohe Erfolgsquote. Es handelt sich dabei durchweg um Störungen mit ausgeprägtem Krankheitswert.

- 2 -

- 2 -

Übertragungsprobleme können von klientenzentrierten Therapeuten flexibler gehandhabt werden.

Symptome und schädigende Verhaltensweisen, die in hohem Maße im Selbstbild verankert sind, erweisen sich bei kognitiver Verhaltenstherapie häufig als kaum zugänglich. Hier ist das klientenzentrierte Vorgehen erfolgreich.

Eine Patientengruppe, für die die GT besonders geeignet ist, sind Patienten mit chronischen und/oder psychosomatischen Erkrankungen, die einer psychotherapeutischen Behandlung, sei es tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Ausrichtung, allgemein skeptisch gegenüber stehen, obwohl sie von ihr profitieren könnten. Hier können nach meiner Erfahrung gute therapeutische Erfolge erzielt werden.

Für weitere Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Uta Oetzel

Astrid Schillings

Berliner Akademie für Psychotherapie

Berliner Akademie für Psychotherapie

Psychotherapeutische Ausbildungen in Zusammenarbeit mit der Humboldt-Universität zu Berlin

Geschäftsführung

Berliner Akademie für Psychotherapie • Glinkastr. 5-7 • 10117 Berlin

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 1763

53707 Siegburg

Rechnungsanschrift:
*Deutsche Psychologen
Akademie GmbH –
Berliner Akademie für
Psychotherapie
Glinkastr. 5-7
10117 Berlin
Steuernummer:
205 / 5712 / 0964*

*Tel.: 030/2091660
Fax: 030/20916617
e-mail: bap@bdp-
verband.org*

8. November 2004

Dokument I

Unterausschuss Psychotherapie Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ Ihre Aufforderung zur Stellungnahme vom 6.10.2004 im BAnz

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu Ihrem Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ nimmt die Berliner Akademie für Psychotherapie wie folgt Stellung.

Unter der Trägerschaft des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (BDP) werden in Berlin seit 1993 in Kooperation mit der Humboldt-Universität zu Berlin Diplom-PsychologInnen in einem methodenübergreifenden Ausbildungsprogramm mit den Schwerpunkten Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie, bis 1995 auch mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie ausgebildet. Diese Funktion nimmt jetzt die Berliner Akademie für Psychotherapie wahr, indem sie postgraduale Psychotherapieausbildung für Psychologische PsychotherapeutInnen auch in Kooperation mit weiteren Psychologischen Instituten der Berliner Universitäten auf der Grundlage des PsychThG in den psychotherapeutischen Richtlinienverfahren realisiert. Die Berliner Akademie für Psychotherapie ist Mitglied des UniTh-Verbandes, eines Zusammenschlusses von Universitäten, die in der Psychotherapeutenausbildung tätig sind.

Viele Absolventen des Diplom-Studienganges Psychologie (Klinische Psychologie) der Universitäten Berlins und des Landes Brandenburg sind daran interessiert, eine Ausbildung im Schwerpunktverfahren Gesprächspsychotherapie zu absolvieren. Einer solchen Ausbildung steht von berufsrechtlicher Seite inzwischen nichts mehr im Wege. Die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie ist den AusbildungsinteressentInnen jedoch nur anzuraten und sinnvoll, wenn auch ihre sozialrechtliche Anerkennung und die Aufnahme in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt. Anders können die Vorschriften des PsychThG, eine genügend große Anzahl von PatientInnen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern für die

Ausbildungspsychotherapien zu garantieren, nicht erfüllt werden. Zudem würde den AusbildungsinteressentInnen eine berufliche Existenzgrundlage fehlen, solange sie keine Möglichkeit haben, ihre Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen.

Die Berliner Akademie für Psychotherapie ist sehr daran interessiert, vielen an einer Ausbildung im Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie interessierten und bereits wartenden AusbildungskandidatInnen zu einer tragfähigen beruflichen Existenz zu verhelfen und fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, die sozialrechtliche Anerkennung des wissenschaftlich anerkannten Verfahrens Gesprächspsychotherapie nicht weiter zu blockieren.

Im Auftrag der Akademieleitung der Berliner Akademie für Psychotherapie

Dr. Heike Bernhardt
Prof. Dr. Inge Frohburg
Prof. Dr. Thomas Fydrich
Dr. Günter Gödde
Dr. Wolfgang Hegener

Dr. Monika Hoffmann
Dr. Günter Koch
Prof. Dr. Eva Jaeggi
Dr. Verena Nell
Prof. Dr. Günter Zurhorst

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Günter Koch
Geschäftsführer

Haimerl Christian

16/11/2004 13:11 0407207468

Dipl.-Psych. Christian Haimerl – Psychologischer Psychotherapeut
Hauptstraße 8 - 21465 Wentorf - Tel. 040-72976655

Dipl.-Psych. C. Haimerl, Hauptstr. 8, 21465 Wentorf

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 1763

53707 Siegburg

| Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I | | | | | | |
|--|------------|---------------|------------------|-----|-------|---------|
| Eingang: 16. Nov. 2004 | | | | | | |
| Original | H. Valsby | | | | | |
| Kopie | C. Haimerl | | | | | |
| Vorsitzender | GF | StSt Recht | StSt Methodik | P/C | Verw. | Abt. II |

Wentorf, den 12.11.2004

Kassenzulassung der Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe Ihren Fragebogen zur Anerkennung der GPT erhalten. Zunächst muss ich sagen, dass ich über den Inhalt der meisten Fragen erstaunt bin,- beziehen sie sich doch auf Inhalte, zu denen schon der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie Stellung genommen hat. Die GPT ist durch diesen Beirat als wissenschaftlich anerkannt worden, so dass nach meinem Dafürhalten einige Ihrer Fragen gegenstandslos geworden sind.

Die Frage nach einer „Überlegenheit“ der GPT gegenüber den Richtlinienverfahren kann ich nur so beantworten, dass keines der Verfahren prinzipiell überlegen ist. Eher geht es doch um die Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Aus meiner 14-jährigen psychotherapeutischen Tätigkeit kann ich aber sagen, dass die GPT prinzipiell sehr effektiv wirkt. Es ist nicht so, dass sie nur bei bestimmten Störungen anwendbar wäre,- vielmehr ist meine Erfahrung, dass sie bei Patienten mit gutem Introspektionsvermögen besonders effektiv ist, -bei eigentlich allen Störungsbildern und Diagnosen. Da ich über eine tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Ausbildung verfüge, kann ich aus Erfahrung sagen, dass sich die GPT sehr gut mit diesen beiden Richtlinienverfahren innerhalb der kassenärztlichen Versorgung

16/11/2004 13:11 0407207468

ergänzen würde. Die Verhaltenstherapie z.B. wirkt bei gleichen Störungsbildern höchst unterschiedlich,- einige Patienten können sofort davon profitieren, bei anderen kommt die VT nur mangelhaft zur Wirkung. Bei anderen Patienten mit niedrigerem Introspektionsvermögen wäre dagegen manchmal eine VT der GPT vorzuziehen.

Ich kann auf zahlreiche Patienten zurückblicken, die mit dem klientenzentrierten Therapieansatz sehr hohe und relativ schnelle Erfolge hatten, gleichzeitig wäre bei ihnen nach meiner Einschätzung sowohl TP als auch VT nicht die optimale Methode gewesen.



Stellungnahme der LPPKJP-Hessen für den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie

Am 6.10.04 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Bundesanzeiger das Bundesaussschusses das Beratungsthema zur Überprüfung gem. § 135 Abs. 1 SGB V – hier: "Gesprächspsychotherapie" bekannt gegeben.

Der Vorstand und die Delegiertenversammlung der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuteninnen und –therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –therapeuten Hessen nehmen zu den Fragen des Katalogs für Stellungnahmen für die Gesprächspsychotherapie aus den Gruppen 1-5 wie folgt Stellung:

Fragen zum Verfahren

1. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?

Die Frage ist durch die berufsrechtliche Verankerung der Gesprächspsychotherapie als durch die zuständigen Landesbehörden bundeseinheitlich anerkanntes wissenschaftliches Verfahren zur vertieften Psychotherapeuten-Ausbildung abschließend geklärt. Zur Frage des Theoriesystems und der Behandlungsstrategie wird auf das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie verwiesen, das maßgeblich für die Entscheidung der Landesbehörden war.

1.1. Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?

Die Gesprächspsychotherapie wird seit Jahrzehnten ambulant und stationär erfolgreich von zahlreichen PsychotherapeutInnen angewendet. Die Versorgung kann gewährleistet werden durch Psychotherapeuten, die in Gesprächspsychotherapie ausgebildet und nach § 12 PsychThG approbiert worden sind. Bis zur Verfügbarkeit von Psychotherapeuten mit vertiefter Ausbildung in Gesprächspsychotherapie entspr. § 8 Abs.3 Nr.1 PsychThG und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Schwerpunktweiterbildung in Gesprächspsychotherapie stehen also Ärzte und Psychotherapeuten zur Verfügung, die auf hohem Niveau gesprächspsychotherapeutisch qualifiziert sind. (Auf die gutachtlichen Ausführungen des Wissenschaftlichen Beirates zur Qualität der Ausbildung nach den Richtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie wird verwiesen.)

Ausbildungsgänge für die vertiefte Ausbildung sind in mehreren Bundesländern in Vorbereitung bzw. werden Ende des Jahres beginnen (Hamburg).

1.2. Über welche Qualifikation / Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?

Die Qualifikationsanforderungen zum Fachkundenachweis sind für alle Verfahren einheitlich gesetzlich geregelt (§ 95c SGB V).

Zur Einführung der Gesprächspsychotherapie in die vertragliche Versorgung müssen Übergangsregelungen getroffen werden. Naheliegend ist es, dazu die Qualifikation, die nach den Richtlinien der GwG erworben wurde, zugrunde zu legen (s. Gutachten des wissenschaftlichen Beirates zur Qualität der GwG-Ausbildung).

Es wird vorgeschlagen, zu den Regelungen im Einzelnen die Bundespsychotherapeutenkammer und den Beratenden Fachausschuss bei der KBV einzubeziehen.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt Bl. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

Soweit die Frage auf einen quantifizierbaren Überlegenheitsnachweis abstellt, der eines der bisher für die vertragliche Versorgung zugelassenen Verfahren überflüssig machen würde, ist darauf hinzuweisen, dass die Psychotherapie-Forschung unabhängig von der Forscher-Ausrichtung solche Nachweise bis heute nicht führen kann. Die Forderung nach einem evidenzbasierten Nachweis besserer Wirksamkeit gegenüber anderen Verfahren stellt ein grundsätzlich von keinem Verfahren erfüllbares Kriterium dar. Vielmehr zeigen die Ergebnisse der Forschung, dass von einer vergleichbaren Wirksamkeit aller wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren auszugehen ist.

Als wissenschaftlich gesichert kann aber angesehen werden, dass die „Passung“ Störungsbild/ Persönlichkeit des Patienten, Psychotherapieverfahren, Person des Psychotherapeuten für den Heilerfolg wesentlich ist (so auch Faber/Haarstrick, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien). Die Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren entspricht dem gesetzlichen Gebot, für die Versicherten eine Leistungserbringer-Vielfalt bereit zu stellen und den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

Insofern stellt die Erweiterung der bisherigen psychotherapeutischen Versorgung durch psychodynamische und behaviorale Verfahren um ein Verfahren der humanistischen Psychotherapie eine neue Konzeptualisierung von Therapieprozessen dar, mit deren Hilfe Patienten und entsprechend ausgebildete Psychotherapeuten über einen alternativen Verstehenszugang Behandlungsabläufe gestalten können. Den Versicherten werden eine alternative Behandlungsmethodik und ein andersartiges Behandlungsangebot zur Wahl gestellt.

Diese Wahlmöglichkeit für die Patienten erhöht die Chancen zu einer einzelfallgerechten „Passung“ mit verbesserter Behandlungsprognose.

2.1. Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

Der Stand der Wissenschaft lässt keine gesicherten Aussagen über Qualitätsunterschiede und differenzielle Indikationen der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren zu (siehe auch Faber/Haarstrick, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien).

Darüber hinaus muss festgestellt werden, dass in den Psychotherapierichtlinien an keiner Stelle eine Überlegenheit eines weiteren Verfahrens über bestehende Psychotherapieverfahren gefordert wird.

Neue Verfahren sollen hinreichend erprobt, wissenschaftlich begründet, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie sollen über ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung und Behandlungsmethoden verfügen, die in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind.

Der GKII (Gesprächskreis II), in dem alle Fachrichtungen der Psychotherapie in Deutschland vertreten sind, hat dazu in seinem Schreiben vom 12.März 2004 an den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung genommen.

Die LPPKJP Hessen macht die dortigen Ausführungen zum Bestandteil ihrer Stellungnahme zu dieser Frage und fügt das Schreiben als Anlage bei.¹

1

Die LPPKJP erinnert in diesem Zusammenhang auch an das Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.02-2003 (B 1 KR 18/01 R), das sich noch auf den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bezieht: „Dabei hat der Bundesausschuss entgegen einem häufig anzutreffenden Missverständnis nicht selbst über den medizinischen Nutzen der Methode zu urteilen. Seine Aufgabe ist es vielmehr, sich einen Überblick über die veröffentlichte Literatur und die Meinung der einschlägigen Fachkreise zu verschaffen und danach festzustellen, ob ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens über die Qualität und Wirksamkeit der in Rede stehenden Behandlungsweise besteht“.

2.2. Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

Die Abgrenzung der Verfahren ist im psychotherapeutischen Berufs- und Ausbildungsrecht bereits geklärt und durch das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Gesprächspsychotherapie belegt.

2.3. Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?

Siehe Kommentar unter 2.1. und 2.2.

Ergänzend: Im Bereich der Psychotherapie liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor, welche Behandlungsverfahren für welche Patienten besser oder schlechter geeignet sind. Entscheidend ist die richtige „Passung“ (s.o.). Zur sachgerechten psychotherapeutischen Versorgung sind alle geeigneten – also wissenschaftlich begründeten, erprobten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen- Verfahren notwendig, um den Versicherten die für sie im Einzelfall passende Behandlung zu ermöglichen.

2.4. Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?

Siehe Kommentar zu unter 2.3.

2.5. Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?

s. oben zu 2.4.

2.6. Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?

Hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?

Im Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?

Siehe Kommentar unter 2, 2.1,

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Die medizinische Notwendigkeit lässt sich nicht auf die Frage reduzieren, ob die bisherigen Versorgungsangebote defizitär sind. Vielmehr geht es um eine Differenzierung des Behandlungsangebots. Die Gesprächspsychotherapie ist ein den bisher in der Versorgung praktizierten Verfahren vergleichbar wirksames Verfahren und wird in der stationären und ambulanten Versorgung von den Versicherten nachgefragt.

Insoweit wird auf die Ausführungen unter 2.1 zur Bedeutung der „Passung“ verwiesen.

Erste empirische Untersuchungen, mit denen die Frage zu 3.1 beantwortet werden kann liegen vor (Frohburg 2003 und Eckert et.al. 2004) Danach ist belegt, dass Patienten, die mit einem der Richtlinienverfahren erfolglos behandelt wurden, nachfolgend mit Gesprächspsychotherapie erfolgreich behandelt wurden.

Unter dem Aspekt der „Passung“ ist davon auszugehen, dass das auch umgekehrt gilt, also ggf. mit GT erfolglos behandelte Patienten mit einem der bisher in der vertraglichen Versorgung zugelassenen Verfahren erfolgreich behandelt werden können. Die Untersuchungsergebnisse stützen die Aussage, dass durch methodische Vielfalt die Versorgung verbessert werden kann.

Weitere empirische Untersuchungen zur Behandlungseffektivität durch den Wechsel des Psychotherapieverfahrens liegen derzeit noch nicht vor.

Der medizinische Nutzen liegt daher vor allem in der Diversifizierung der Behandlungsmöglichkeiten, in der Ausweitung der wissenschaftlichen Anwendungsforschung, der verfahrensübergreifenden Anstrengung um Weiterentwicklungen der Psychotherapie in Theorie und Praxis.

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

4.1. Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer / -frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

Es sei grundsätzlich darauf verwiesen, dass durch die Zulassung der GT zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung keine Mengenausweitung zu erwarten ist, da sich die Anzahl zugelassener Psychotherapeuten nicht erhöhen wird. Auch eine Mengenausweitung durch mehr Behandlungsfälle pro Therapeut ist nicht zu erwarten, da die Kollegen bereits jetzt voll ausgelastet sind und freie Kapazitäten – ersichtlich aus den langen Wartezeiten für Patienten – nicht zur Verfügung stehen.

Gesprächspsychotherapie gehört zu den Psychotherapieverfahren, die im Vergleich zur Psychoanalyse im Mittel eine wesentlich kürzere Behandlungsdauer erfordern; im Vergleich zu tiefenpsychologisch-fundierte Verfahren und der Verhaltenstherapie sind die Behandlungsumfänge – jeweils in Abhängigkeit von den individuellen Gegebenheiten der Patienten und der Schwere der Störung – in etwa gleich lang.

Ergänzende Bemerkungen

Die LPPKJP Hessen schließt sich der Stellungnahme des 4. Deutschen Psychotherapeutentages vom 09.10.04 an, in der die zuständigen Entscheidungsgremien dazu aufgefordert werden, „noch in diesem Jahr die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten.“

Anlage

Stellungnahme des GK II

Literaturliste

Universität Regensburg, Medizinische Psychologie

Prof. Dr. med. Dipl. - Psych. G.- W. Speierer

UNIVERSITÄT REGENSBURG
Medizinische Psychologie

93040 Regensburg
Postfach
Tel.: 0941/9433114
Fax.: 0941/9433127

Email: gert.speierer@biologie.uni-regensburg.de
Internet: <http://www.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer>

An den Unterausschuss
"Psychotherapie"
des Gemeinsamen Bundesausschuss
Postfach 1763
53707 Siegburg
per E-Mail: christof.wiesner@g-ba.de

Gesprächspsychotherapie

17.11.04

Zur Bekanntmachung des gemeinsamen Bundesausschusses über das Beratungsthema "Gesprächspsychotherapie" des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nehme ich wie folgt Stellung:

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie gem. § 11 PsychThG hat im Mai 2002 die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie festgestellt. Er hat diese als Schwerpunktverfahren im Rahmen der Psychotherapieausbildung zur Anerkennung empfohlen. Er hat Prüfkriterien verwendet, die den Anforderungen der BUB-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses weitestgehend entsprechen. Von daher und insbesondere nach einer nochmaligen über zweijährigen Prüfungsphase, in der vom Ausschuss keine sachlichen Gründe benannt wurden, die einer sofortigen sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie weiterhin im Wege stünden, ist die Gesprächspsychotherapie ohne eine nochmalige Beantwortung der gegenüber dem Ausschuss bereits zureichend beantworteten dafür legitimen und relevanten Fragen in 2002 und 2004 durch die drei Fachverbände GwG, ÄGG & DPGG und ohne die Beantwortung von neuen und meines Erachtens nicht legitimen Fragen in vollem Umfang im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien leistungsrechtlich anzuerkennen.

Denn in der Gesetzesbegründung ist dazu ausgeführt (A. Allgemeiner Teil, II, Punkt 9): "Gerade im Rahmen der beruflichen Definition psychotherapeutischer Tätigkeiten ist es nicht angezeigt, Verfahren auszugrenzen. Ihre *wissenschaftliche Anerkennung bleibt indes Voraussetzung für die anerkannte Ausübung von Psychotherapie*, um zu verhindern, dass die Befugnis zur Ausübung von Psychotherapie missbraucht wird."

Nach dem Willen des Gesetzgebers ist die wissenschaftliche Anerkennung die Voraussetzung für die anerkannte, d.h. auch sozialrechtliche Ausübung von Psychotherapie im Rahmen eines bestimmten Verfahrens. Nicht weniger, aber auch nicht mehr.

Die Fragen des Bundesausschusses nach dem zusätzlichen Nutzen der Gesprächspsychotherapie als vermeintliche Voraussetzung ihrer sozialrechtlichen Anerkennung erweitern meines Erachtens in unzulässiger Weise die vom Gesetzgeber definierte Anerkennungsvoraussetzung, die mit der wissenschaftlichen Anerkennung durch den wissenschaftliche Beirat PsychThG. voll erfüllt ist und der der Bundesausschuss auch nicht widersprochen hat.

Zu den nicht legitimen Fragen, etwa denen nach der Quantifizierung des zusätzlichen Nutzens der Gesprächspsychotherapie gegenüber den beiden jetzigen Richtlinienverfahren lehne ich daher eine Stellungnahme ab. Eine für die Praxis valide Antwort dazu verbietet sich auch aus dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis dazu nicht nur was die Gesprächspsychotherapie, sondern erst recht was die Psychoanalytische Therapie, die tiefenpsychologisch orientierte Therapie und auch die Mehrzahl der Anwendungsbereiche der Verhaltenstherapie anbetrifft.

Dennoch stellt die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie einen zusätzlichen Nutzen für die psychotherapeutische Versorgung der Patientinnen und Patienten dar. Denn ein neben den tiefenpsychologisch begründeten und verhaltenstherapeutischen Verfahren eigenständig theoretisch begründetes, praktisch in jahrzehntelanger auch kassenrechtlicher Versorgung bewährtes, im ambulanten wie stationären Bereich erprobtes und gleichwohl den wissenschaftlichen Effektivitätskriterien des WBP Stand haltendes Psychotherapieverfahren ergänzt, diversifiziert und optimiert dieselbe, wie es vom Gesetzgeber im Psychotherapeutengesetz auch beabsichtigt ist.

In zahllosen Einzelfällen hat sich die Gesprächspsychotherapie in ambulanten und stationären settings als heilsame therapeutische Alternative bei Patientinnen und Patienten gezeigt, die mit den alten Richtlinienverfahren nicht oder nicht erfolgreich behandelt werden konnten.

Die aus Ihrer Theorie abgeleiteten, mit ihrer Methode mobilisierten und entwickelten und in der Prozess- wie Ergebnisevaluation nachgewiesenen Spezifika sind erstens ihre speziellen Qualitäten der Gestaltung und Arbeit in der therapeutischen Beziehung zusammen mit der Arbeit an den durch die jeweiligen Störungen bedingten Behandlungszielen, zweitens die Vergrößerung der Patientenautonomie, die Verbesserung des Zugangs zu und die bessere Nutzung von persönlichen Ressourcen, die Verringerung pathogener und die Zunahme gesunder sozialer Erfahrungen neben der Verringerung bzw. des Verschwindens von krankheitsspezifischer Symptomatik. Drittens wurden in Evaluationstudien soweit Katamnesen vorliegen, überwiegend nach Therapieende weitere Verbesserungen in den untersuchten Erfolgsmerkmalen beobachtet.

Die in jahrzehntelanger Erfahrung entwickelten Aus- Weiter- und Fortbildungsmethoden der Gesprächspsychotherapie entsprechen hinsichtlich ihrer Struktur- Prozess und

Ergebnisqualität modernen Anforderungen der Qualitätssicherung. Sie werden außer von Kinder- und Jugendlichen Therapeuten, Suchttherapeuten und psychologischen Psychotherapeuten auch gerade von Ärztinnen und Ärzten, die nicht ausschließlich in der psychotherapeutischen Versorgung tätig sind, gerne gewählt und erfolgreich beendet. Diese Erfahrungen entstammen der Zeit als die Gesprächspsychotherapie über die Kostenerstattung auch RVO-kassenrechtlich und privat sowie über Beihilfeverordnungen abgerechnet werden konnte.

Ich gebe diese Stellungnahme ab als Professor für Medizinische Psychologie an der Universität Regensburg und Leiter der entsprechenden Abteilung und bin insoweit nicht an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt.

Ich war im Wiss. Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG von dessen Einsetzung 1998 bis 2003 tätig.

Ich bin Mitbegründer der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG e.V.) und der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (Ägg e.V.), Klientenzentrierter Psychotherapeut, Ausbilder in Gesprächspsychotherapie der "(GwG)" und der "(ÄGG)"; sowie von der Bayerischen Landesärztekammer ermächtigt zur Weiterbildung und Fortbildung von Ärzten in Gesprächspsychotherapie. Veröffentlichungen u.a.: Dimensionen des Erlebens in Selbsterfahrungsgruppen (1976; Göttingen, Hogrefe), Das Patientenorientierte Gespräch (1985; München, Causa), Das Differentielle Inkongruenzmodell (DIM): Handbuch der Gesprächspsychotherapie als Inkongruenzbehandlung (1994; Heidelberg, Asanger); weitere wiss. Arbeitsgebiete und Veröffentlichungen s. Homepage: <http://www.biologie.uni-regensburg.de/med.psychologie/speierer>

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Gert-W. Speierer

Lux Edith und Karlheinz
Karlheinz Lux
Psychologischer Psychotherapeut
Pädagoge M.A.

Schulstr. 10
38527 Meine
Telefon: 05304/932507

K. Lux Schulstr. 10 38527 Meine

Gemeinsamer Bundesausschuss
Geschäftsführung
Auf dem Seidenberg 3a

53721 Siegburg

Meine, 15.11.04

Stellungnahme zum Fragenkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“

1.5.

1.6.

Sehr geehrte Damen und Herren,

im folgenden möchte ich zu einigen der Fragen im Fragenkatalog Stellung nehmen. Da ich als niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut arbeite, möchte ich mich dabei auf die Fragen beschränken, auf die ich aus meiner Praxis Antworten geben kann. Zu den Fragen, die die wissenschaftliche Begründung des Verfahrens und seine Abgrenzung von anderen psychotherapeutischen Ansätzen betreffen, liegen dem G-BA sicherlich mehr als genug Stellungnahmen aus berufenerem Munde vor.

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt Bl. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

Durch die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie (GT) in den Katalog der Richtlinien-Verfahren wäre eine Verbesserung der Patientenversorgung gegeben, weil dieser psychotherapeutische Ansatz im Unterschied zu anderen besonderes Gewicht auf die reale und aktuelle therapeutische Beziehung als Feld der gemeinsamen Arbeit von Behandler und Patient legt. Damit lässt sich nach meiner Erfahrung (über 25 Jahre stationäre und ambulante Psychotherapie mit unterschiedlichen Patientengruppen) in vielen Fällen (s. u.) eine gute Passung zwischen den Ressourcen und Defiziten des Patienten einerseits und dem therapeutischen Angebot andererseits erreichen.

Die Ausbildung der Gesprächspsychotherapeuten, die in den Richtlinien der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e. V. (GwG) festgelegt ist, ist jetzt schon sehr anspruchsvoll und gewährleistet eine besonders hohe Qualität.

- 2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der GT bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

Ich gebe hier nur einige Beispiele für Krankheitsbilder, bei denen nach meiner Erfahrung die GT einen guten Zugang bietet.

Anpassungsstörungen und Traumatisierungen (ICD 10: F43.x); Beispiel 1: Der 18-jährige Patient klagte über Schlafstörungen, Konzentrationsmängel, Antriebsarmut und Magenschmerzen, seit vor 2 Monaten sein 7 Jahre älterer Bruder bei einem Unfall mit dem Motorrad ums Leben kam. Die Eltern seien schon dabei, das Zimmer des Bruders auszuräumen und anderweitig zu nutzen, berichtete er. In einer Kurztherapie mit GT konnte die Idealisierung des Bruders herausgearbeitet und problematisiert werden, seine Schuld an dem Unfall durch überhöhte Geschwindigkeit und Überholen an unübersichtlicher Stelle konnte benannt werden. Das Verhalten der Eltern wurde als Ausweichen vor dem Trauerprozess verstanden, den aber der Patient nicht mit ihnen vermeiden wollte. Seine eigene Weise zu trauern wurde gestützt. Die Symptome verschwanden nach wenigen Sitzungen. Entscheidendes Agens des Prozesses war die unbedingte Wertschätzung und das empathische Verstehen für das vorsichtige Ertasten der eigenen Empfindungen und Bewertungen durch den Patienten.

Beispiel 2: Die 40-jährige Patientin ist mehrfach traumatisiert. Als 6-jährige wurde sie zusammen mit der älteren Schwester vom Großvater zu sexuellen Handlungen gezwungen, später erfuhr sie über einige Jahre hinweg zunehmend Gewalthandlungen durch den Ehemann, der eine paranoide Psychose entwickelte. 2 Jahre vor Aufnahme der Behandlung wurde sie von einem Unbekannten von ihrem Fahrrad gezerrt und vergewaltigt. Sie klagte über Antriebsarmut, zwanghafte Suizidgedanken, agoraphobische Symptome, über eine Bulimie und über dissoziative Fluchtreaktionen. Die letzte dieser Reaktionen, in deren Verlauf sie schwer gestürzt war und sich mehrere Bänderrisse zugezogen hatte, ohne sich selbst an die Flucht oder den Sturz erinnern zu können, war der Anlass für die Therapieanfrage. 2 frühere Therapieversuche (VT) waren von der Patientin jeweils nach einigen Sitzungen abgebrochen worden. In einer Langzeittherapie mit GT wurde behutsam, aber kontinuierlich auf die Ressourcen der Patientin rekurriert, was mühsam genug war, da sie ein vorwiegend negativ besetztes Selbstbild hatte. Auch die reale Beziehung zum von ihr gewählten männlichen Therapeuten incl. der damit verbundenen Empfindungen und inneren Bewertungen war immer wieder Thema, wobei es besonders auf das Bemühen um Echtheit und Kongruenz in der Therapiebeziehung ankam. Es gelang, sie so weit zu stabilisieren, dass die Suizidgedanken deutlich abnahmen, dass sie eine schwere gesundheitliche Krise (Bypass-Op.) ohne erneute Verschlechterung der psychischen Situation meistern konnte, dass sie sich einen stützenden Freundeskreis aufbauen/erhalten und sich in geeigneter Weise um den halbwüchsigen Sohn kümmern konnte. Es bestand zuletzt weiter eine agoraphobische Symptomatik, außerdem die Bulimie, beides allerdings deutlich gemildert. Wichtig für den relativen bisherigen Therapieerfolg war, dass das negative Selbstkonzept der Patientin grundsätzlich respektiert und in seiner Bedeutung für ihren inneren Bezugsrahmen erforscht, das heißt als ein von ihr entwickeltes psychisches Mittel zum Selbsterhalt gewürdigt wurde.

Somatoforme Störungen (ICD10: F.45.x); Beispiel: Der 52-jährige Patient wurde vom Hausarzt überwiesen, weil sich für die geklagten Beschwerden (starke Schwindelgefühle, Druck auf der Brust, Kopf- und Nackenschmerzen) trotz intensiver Diagnostik keine somatische Ursache finden ließ. Er war deswegen seit einigen Wochen unfähig, seine Arbeit als Dipl.-Ing. und Abteilungsleiter

auszuüben. Der Patient befolgte eher die Anweisung seines Arztes als dass er eine Psychotherapie selbst für geboten hielt; er glaubte zunächst weiterhin eher an eine verborgene somatische Ursache. In einer GT mit 20 Sitzungen wurde mit Erfolg versucht, die dem Patienten möglichen Zugänge zu seinen Beschwerden zu finden und zu stärken, also seinen eigenen inneren Bezugsrahmen zu nutzen. Es zeigte sich, dass er von einem gemeinsamen Forschungs- und Diskussionsprozess profitieren konnte, der von der Möglichkeit einer psychischen Bedingtheit der Symptome als Arbeitshypothese ausging. Er fand so einige akute und einige chronische Bedingungen heraus, die seine Probleme - vermittelt über psychische Prozesse - beeinflussen; er entdeckte, dass es ihm sehr auf die Wahrung seiner Selbstwertgefühle ankam (dass er also einen Rückzug aus dem schärfsten Tagesgeschäft aushalten kann, wenn er das als bewusste Maßnahme begreift und vertritt, auch den Jüngeren mal eine Chance zu lassen) u. a. m. Auf diese Weise gelang es ihm, seine i. w. selbst gestellten beruflichen Anforderungen konstruktiv zu verändern, optische Wahrnehmungsprobleme bei der Benutzung einer Gleitsichtbrille ernst zu nehmen, wieder für einen ausreichenden Ausgleich durch Sport zu sorgen, den Zahnersatz, für den er sich schämte, endlich gründlich verbessern zu lassen usw. Die Symptome verringerten sich wesentlich. Entscheidend für den Erfolg der Behandlung war das Bemühen, ihn bei seinen eigenen Verständnismöglichkeiten für mögliche psychische Prozesse „abzuholen“, also das Bemühen um wertschätzende Empathie bei reduzierten Symbolisierungsmöglichkeiten für inneres Empfinden.

Persönlichkeitsstörungen (ICD 10: F60.x); Beispiel: Der zu Therapiebeginn 33-jährige Patient war in den letzten 4 Jahren mehrfach stationär psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt worden, zuletzt 12 Wochen in einer Universitätsklinik. Grund war zuerst eine psychische Dekompensation mit wahnartigen Symptomen, später schwere depressive Verstimmungen und Angst mit Suizidgedanken. Er hatte wegen der Erkrankung ein Jurastudium abbrechen müssen, arbeitete derzeit als Lkw-Fahrer, machte später eine Umschulung zum Industriekaufmann. Auch während der Therapie wurde noch einmal eine stationäre Behandlung notwendig, außerdem traten vorübergehend hypochondrische Ängste vor einer Infektion mit HIV auf, obwohl der Patient sich keinerlei Risiko ausgesetzt hatte. In einer Langzeit-GT wurde zunächst darauf aufgebaut, die Realitätsprüfung des Patienten zu stützen, indem seine Wahrnehmungen und die Bedeutung, die er ihnen gab, erforscht und empathisch nachvollzogen wurden. Sehr wichtig dabei war das Bemühen des Therapeuten um Echtheit und Kongruenz, um so ein glaubhaftes Gegengewicht gegen verzerrte Wahrnehmungsinhalte des Patienten zu bieten. Inzwischen hat sich die psychische Lage des Patienten so weit entspannt, dass seine weitere Entwicklung in einer weitmaschigeren Frequenz begleitet und gefördert werden kann. Jetzt stehen unbedingte Wertschätzung und Empathie im Vordergrund. Seine Selbstwahrnehmungsfähigkeiten sind inzwischen ausreichend entwickelt, so dass er in schwierigen Situationen auf sein Empfinden vertrauen kann. Er ist wesentlich besser sozial integriert (Sportverein, Freundeskreis) und hält seine Arbeitslosigkeit aus, bemüht sich um berufliches Fortkommen durch weitere Qualifizierung in dem erlernten Beruf.

2.3 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?

Nach meiner Erfahrung profitieren besonders Patienten von der GT,

- die ein Krankheitsbild bieten, das von multiplen Störungen geprägt ist,
- die sich selbst und ihre Symptomatik nicht oder kaum oder verzerrt verstehen,
- deren Wahrnehmung innerer Prozesse aktuell gestört ist und/oder
- die keine guten Symbolisierungsmöglichkeiten dafür haben.

Diese Patienten profitieren von einem Therapieverfahren, das ihnen gezielt bei der besseren Wahrnehmung und Äußerung ihres seelischen und körperlichen Erlebens hilft, das ihren inneren Bezugsrahmen wertschätzend aufzugreifen sucht. Patienten, die unter isolierten Störungen leiden und eine direktivere Hilfe suchen, die auch über ausreichende Symbolisierungsfähigkeiten verfügen, sind offenbar auch mit einer (kognitiven) Verhaltenstherapie gut zu behandeln.

2.5 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?

Da das Ziel der GT nicht die Aufdeckung und Durcharbeitung seelischer Konfliktlagen ist, sondern die Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Selbstempathie, bietet sie gegenüber den tiefenpsychologisch begründeten Verfahren den Vorteil, dass sie sowohl Patienten erreicht, deren Introspektionsfähigkeit begrenzt und deren Kontaktaufnahme beeinträchtigt ist, als auch Patienten versorgen kann, denen mit einer relativ kurzen Intervention geholfen werden kann, indem eine akute Verunsicherung des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung korrigiert wird.

2.4 Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren?

Grundsätzlich finde ich, wenn ich die Publikationen der Fachorgane und Fachzeitschriften verfolge, dass insbesondere im Bereich der VT, aber auch in den tiefenpsychologisch fundierten Verfahren schon lange nicht mehr von der VT oder der Psychoanalyse die Rede sein kann. Das hat seinen Grund in der Anpassung der Verfahren an die Notwendigkeiten der Krankheitsbilder und der gesundheitspolitischen Landschaft. Da das Kriterium für medizinische und psychotherapeutische Verfahren laut SGB ist, dass sie „ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig“ sind und da die GT schon lange mehrfach nachgewiesen hat, dass sie diese Bedingungen erfüllt, bin ich sicher, dass die überfällige Anerkennung der GT als Richtlinienverfahren eine feinere Anpassung der Therapiemethodik an die Erfordernisse des Einzelfalles ermöglichen wird.

4.1 Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer/-frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

Ich halte es nicht für angemessen, hier Durchschnittsangaben zu machen, die höchstens für hochgradig manualisierte Therapieansätze sinnvoll erscheinen. Aus meinen Erfahrungen, die ich in den o. a. Beispielen exemplarisch zu schildern versucht habe, geht hervor, dass ich die GT sowohl für extrem kurze wie auch für sehr lange Therapieverläufe für geeignet halte – je nach Störungsbild und Persönlichkeit des jeweiligen Patienten.

7. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.

Ich bin in eigener Praxis niedergelassener Psychologischer Psychotherapeut, seit 1999 zugelassen von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Einzelnen und Gruppen und zuvor schon seit 1992 im Delegations- und Erstattungsverfahren tätig. Dazu habe ich eine Ausbildung in Gesprächspsychotherapie (Zertifikat). Einen Interessenkonflikt sehe ich nicht, denn durch die Zulassung der Gesprächstherapie als Therapieverfahren der Regelversorgung würde die Bedarfsplanung als gesetzlicher Auftrag der Kven ja nicht außer Kraft gesetzt, die Anzahl der Vertragsbehandler, mit denen ich mir den Honorartopf der Krankenkassen teilen muss, würde sich nicht erhöhen

Mit freundlichen Grüßen

Karlheinz Lux
Psychologischer Psychotherapeut
KV-Nr. 07 70 240

Finke Jobst
Dr. med. Jobst Finke
Facharzt für Neurol. – Psychiat.
Und Psychother. Medizin
Weiterbildung u. Supervision

Hagelkreuz 16.
45134 Essen
0201-4395353
jobst.finke@uni-essen.de

15.11.04

Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie

An den Unterausschuß “Psychotherapie”
Des Gemeinsamen Bundesausschusses
Postfach 1763
53707 Siegburg

e-mail: <gpt@g-ba.de>

Fragen zum Verfahren

9. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert? Eine Beantwortung dieser Frage sehe ich im Kontext meiner Stellungnahme weniger als meine Aufgabe an. Ich gehe auch davon aus, dass von anderer Seite dem G-BA Materialien eingereicht wurden, in denen auch diese Frage behandelt wurde.
- 1.1 Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden? Hier dürften sich formal keine wesentlichen Änderungen gegenüber den Regelungen bei den bisherigen Richtlinienverfahren ergeben.
- 1.2 Über welche Qualifikation / Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen? Soweit es sich um Ärzte handelt, müssen sie den Zusatztitel “Psychotherapie” bzw. die Gebietsbezeichnung “Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie” vorweisen, dies jeweils mit dem Hauptfach Gesprächspsychotherapie (GPT), wie das ja inzwischen auch von der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vorgesehen ist.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

10. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt Bl. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar? Ja. Eine Verbesserung der Versorgung ist schon durch die größere Vielfalt des Angebotes und damit durch die größere Chance einer möglichst optimalen Passung zwischen Patient und Verfahren gegeben.

- 2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar? Auf der Basis der gegenwärtigen Studienlage kann bekanntlich die eindeutige Überlegenheit bei einem bestimmten Krankheitsbild von keinem Therapieverfahren festgestellt werden. Dies hat mit verschiedenen methodischen Problemen, u.a. auch mit dem Umstand zu tun, dass für das Ansprechen auf ein Verfahren neben Charakteristika des Krankheitsbildes in hohem Maße auch Merkmale der Persönlichkeit des Patienten verantwortlich sind. Ein weiteres Problem für eine valide Beantwortung dieser Frage stellen die Rahmenbedingungen dar (hier u.a. das Problem der sogen. Forscherloyalität), in denen gegenwärtig Psychotherapieforschung in der Regel vollzogen wird.
- 2.2 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden? Eine Beantwortung dieser Frage sehe ich in meinem Kontext nicht als Aufgabe an. Sie dürfte von anderer Seite schon erfüllt worden sein.
- 2.3 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung? Nach meiner auch sehr langjährigen ambulanten Erfahrung lassen sich Patienten mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen nicht selten nur schwer für eine konsequente Durchführung der Verhaltenstherapie gewinnen. Dies sind z.B. wenig frustrationstolerante Patienten etwa im Rahmen einer Borderline-Störung, einer Dystymie oder einer abhängigen Persönlichkeit. Gleiches gilt für Patienten mit einem überhöhten Autonomie-Bedürfnis etwa im Rahmen einer narzisstischen Störung. Dies trifft z.T. auch auf mißtrauisch-ängstliche oder sonstwie kontaktgestörte Patienten (z.B. im Rahmen einer paranoiden Persönlichkeitsstörung) zu, die aber dennoch ein, wenn auch verdecktes, Bedürfnis nach Aussprache haben und auch eine haltgebende Beziehung benötigen. Bei all diesen Patienten bedeutet die Möglichkeit, die Gesprächspsychotherapie einsetzen zu können, einen zusätzlichen Nutzen.
- 2.4 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden? Siehe hierzu 2.2
- 2.5 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung? Für viele der unter 2.3 genannten Patienten ist grundsätzlich die Tiefenpsychologie bzw. die psychoanalytisch orientierte Therapie eine gute Alternative. Ich musste aber die Erfahrung machen (an eigenen Patienten aber auch in der Zuweisungspraxis gegenüber anderen Kollegen), dass dies dann nicht gilt, wenn die eigentlich zu einer Klärung ihrer ursächlich wirksamen Probleme und Konflikte vorgesehenen Patienten ein höheres Maß an Ängstlichkeit, Selbstunsicherheit, Kontaktabwehr, Mißtrauen oder depressiv-abhängiger Passivität aufwiesen. Für diese Patienten war offensichtlich die eher von Abstinenz und Neutralität geprägte Atmosphäre und das dem Deutungsparadigma folgende Therapeutenverhalten in der psychoanalytisch orientierten Therapie eine zu hohe Hürde, um sich in die Klärungsarbeit einlassen zu können. Jedenfalls bekundeten sie, sofern sie dann einer Gesprächspsychotherapie zugewiesen wurden, in diesem Arrangement eine deutlich höhere Zufriedenheit, zeigten mehr Möglichkeit zur Mitarbeit und schlossen die Gesprächspsychotherapie meist auch mit vergleichsweise gutem Ergebnis ab. Als von der KV Nordrhein seit 1975 zur Psychotherapie ermächtigter Arzt habe ich es insofern öfter bedauert, im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie bei "Kassenpatienten" mit den oben genannten Charakteristika keine Gesprächspsychotherapie durchführen zu können.
- 2.6 Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar
- bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?
 - hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?
 - in Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?
- 10.7 Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

Die Untersuchungen an der Essener Klinik arbeiteten meist mit Katamnese-Zeiträumen von einem Jahr. Bemerkenswert war, dass es in diesem Jahr nach Beendigung der stationären Gesprächspsychotherapie meist noch zu deutlichen Nachbesserungen kam. In anderen Untersuchungen zur Gesprächspsychotherapie wurde auch mit z.T. erheblich längeren Katamnesen gearbeitet.- Ich gehe davon aus, dass all diese Untersuchungen dem Bundesausschuss bereits von anderer Seite vorgelegt wurden, so dass ich sie hier nicht noch einmal aufliste.

K. Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang? Diese Frage wurde im Wesentlichen schon unter 2.3 und 2.5 beantwortet. Zu ergänzen wäre, dass ich als langjähriger Oberarzt der psychotherapeutischen Einrichtung der Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Essen im stationären Setting vergleichbare Erfahrungen machen konnte. In dieser Einrichtung kamen, z.T. bedingt durch die unterschiedliche Herkunft der dort arbeitenden Kollegen, psychoanalytisch orientierte, verhaltenstherapeutische und gesprächspsychotherapeutische Verfahren zum Einsatz. Gerade durch die hier unmittelbar gegebenen alternativen Möglichkeiten kam der zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie bei den oben skizzierten Patienten-Gruppen sehr gut zum Vorschein.- Ein großer Teil der zur stationären Psychotherapie aufgenommenen Patienten hatte vorher eine ambulante Psychotherapie durchlaufen, meistens eine tiefenschologische, seltener eine Verhaltenstherapie, in sehr seltenen Fällen auch eine Gesprächspsychotherapie.

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

4. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren?
 - 4.1 Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer / -frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

Fragen zur Qualitätssicherung

5. Welche Vorgaben werden von den Vertretern der Gesprächspsychotherapie zu Maßnahmen der Qualitätssicherung, und zur Dokumentation der Behandlung gemacht?

Ergänzung

6. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden? Ein hier erwähnenswerter Aspekt ist die ärztliche Weiterbildung. An der Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Essen wird die Gesprächspsychotherapie seit 1980 als Zweitverfahren (für Zusatztitel "Psychotherapie" und seit 1995 für Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie) durchgeführt. Die Resonanz der weiterzubildenden Kollegen war meist überaus positiv. Sehr häufig wurde geäußert, dass man die gesprächspsychotherapeutischen Behandlungskonzepte als hilfreich und weiterführend bei vielen Störungsformen, insbesondere wenn diese durch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale kompliziert sind, ansehe. Dieses Weiterbildungselement wurde von fast allen Kollegen als bedeutsame Erweiterung und Vertiefung der eigenen therapeutischen Kompetenz erlebt.

1.7. Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

7. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. als Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ih-

rer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen. Ich bin Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie für Neurologie und Psychotherapie. Ich bin ermächtigter Weiterbilder der ÄK Nordrhein für das Fach Psychotherapie. Ich bin Mitglied der AÄGP, der ÄGG (hier auch im Vorstand) und ich bin Mitglied, Dozent und Supervisor im tiefenpsychologischen Weiterbildungsinstitut "ÄAG Rhein/Ruhr", Sitz Düsseldorf. Bis zu meinem kürzlich erfolgten Ruhestand war ich Oberarzt und Weiterbildungsbeauftragter der Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Essen, an der verfahrensübergreifend gearbeitet wurde. Seit 1975 war ich bis zu meinem Ruhestand von der KV Nordrhein für Psychotherapie (Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie) ermächtigter Arzt.

7.1 Welche der Studien stammen aus verfahrensorientierten, aus verfahrensübergreifenden oder aus verfahrensunabhängigen Einrichtungen?

Die Studien aus der Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Essen, die u.a. die hohe Wirksamkeit der GPT bei verschiedenen Krankheitsbildern belegen konnten, wurden meines Wissens von anderer Seite dem Bundesausschuss bereits vorgelegt. Diese Studien stammen aus einer verfahrensübergreifenden Einrichtung.

Dr. med. Jobst Finke

Petersen Johann Christian

L. Dipl.-Psych. Henriette Petersen

Psychologische Psychotherapeutin
Elbchaussee 548 – 22587 Hamburg-Blankenese – Telefon 040/ 86 76 97 – Fax 86 48 87

M.

N.

O.

P. Gemeinsamer Bundesausschuß

z.Hd. Herrn Christof Wiesner
Postfach 17 63

53707 Siegburg

Hamburg, den 16.11.2004

**Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein Beratungsthema zur
Überprüfung gem. § 135 Abs. 1 SGB V
Hier: „Gesprächspsychotherapie“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Konsens mit meinen Fachverbänden (GwG und DPGG) möchte ich als seit 1979 erfolgreich tätige Psychotherapeutin mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie eine Stellungnahme abgeben.

Ich beziehe mich dabei auf die Fragen 3. und 6. und lege Ihnen exemplarisch drei Kurzdokumentationen über Patientinnen vor, die erst nach gescheiterten Richtlinienverfahren durch die dann von mir durchgeführte Gesprächspsychotherapie Linderung bzw. Heilung ihrer psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankung erfuhren.

Es gibt keine Überlegenheit eines wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahrens, sondern verschiedene Patienten (eventuell sogar mit der gleichen Störung) profitieren unterschiedlich gut von einem bestimmten Verfahren – was dem einen hilft, verfehlt eventuell bei einem anderen seine Wirkung (Äquivalenzparadox).

Insofern ist ihr Fragenkatalog wissenschaftlich einengend formuliert und bezieht bedauerlicherweise empirisch abgesicherte Erkenntnisse nicht mit ein.

Wie meine Kurzdokumentationen zeigen, könnte die jeweils passende Psychotherapie aus dem Kanon der wissenschaftlich anerkannten Verfahren helfen, Kosten zu sparen und Patienten würden rascher und effektiver Heilung erfahren.

Mit freundlichen Grüßen

Q. Henriette Petersen

Anlagen

Psychotherapeutenkammer Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Herr Dr. jur. R Hess
Auf dem Seidenberg 3 a

Berlin, 17.11.2004

53721 Siegburg

Stellungnahme **der**
Psychotherapeutenkammer **Berlin** **zum** **Fragenkatalog** **bzgl.**
krankenversicherungsrechtlicher Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin hat den Fragenkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bewertung der Gesprächspsychotherapie zur Kenntnis genommen und nimmt dazu aus seiner Verantwortung, die beruflichen Belange der Kammerangehörigen unter Beachtung der Interessen der Allgemeinheit wahrzunehmen (§ 4 Abs. 1 Berliner KammerG), Stellung.

Da dem Vorstand bereits die Stellungnahmen der Vorstände der Psychotherapeutenkammern Niedersachsen, Baden-Württemberg⁵ und Hessen vorliegen und er sich diesen Stellungnahmen in ihren wesentlichen Inhalten anschließen kann, sollen im Folgenden lediglich einige Punkte zu den Fragen 2, 3, 4, 5 und 6 des Fragenkatalogs ergänzt werden.

Zu 2. und 3. (Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu Verhaltenstherapie und psychoanalytischen Verfahren und medizinische Notwendigkeit):

Die Psychotherapieforschung hat inzwischen überzeugend nachgewiesen, dass es keine globale Überlegenheit eines der wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren gegenüber den anderen gibt (vgl. z. B. Ahn & Wampold, 2001; Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004; Lambert & Ogles, 2004). Es gibt aber qualitative Unterschiede zwischen den Verfahren, und deshalb sind bestimmte Patientinnen und Patienten durch bestimmte Verfahren besser erreichbar bzw. ansprechbar. So weiß man z. B., dass Patienten mit einem ausgeprägten Bedürfnis nach Autonomie besonders gut durch die Gesprächspsychotherapie ansprechbar sind (vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 723). Die Ansprechbarkeit oder Aufnahmebereitschaft des Patienten spielt nicht nur im Hinblick auf seine „compliance“, sondern auch im Hinblick auf den Therapieerfolg eine zentrale Rolle.

Auch die Ergebnisse der „Wirkfaktorenforschung“ sprechen dafür, die Gesprächspsychotherapie in die Patientenversorgung einzubeziehen: Indem sie auf die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Eigenkompetenzen und Ressourcen des Patienten setzt, hat sie ihren Schwerpunkt bei den für den Therapieerfolg am stärksten verantwortlichen Wirkfaktoren (vgl. z. B. Miller, Duncan & Hubble, 1997; Wampold, 2001). Die konsequente

⁵ Rein vorsorglich sei allerdings hier darauf hingewiesen, dass die Psychotherapeutenkammer Berlin zur Rolle des WB im Anerkennungsprozess eines Verfahrens eine ggü. der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg differenziertere Position vertritt. Hierbei kann der Beirat als fachliches Beratungsgremium durch die Landesbehörden und die Kammern herangezogen werden. Er hat dabei aber auch nach einschlägigen Rechtsgutachten (z. B. das im Auftrag der GWG durch Herrn Prof. Redeker/Köln erstellte) die Aufgabe, die wissenschaftliche Begründetheit nach dem Stand des wissenschaftlichen Diskurses festzustellen, nicht aber eigene, hiervon unabhängige Kriterien der Anerkennung außerhalb des wissenschaftlichen Diskurses aufzustellen. Unabhängig davon ist die positive Bewertung der GPT durch den WB als ein wichtiger Baustein der nun zu vollziehenden sozialrechtlichen Anerkennung zu werten.

Ressourcenorientierung – anders ausgedrückt: das Setzen auf den aktiven Beitrag des Patienten zum Therapieerfolg - macht verständlich, warum die durch gesprächspsychotherapeutische Behandlungen erreichten Veränderungen sehr stabil sind, und dass es im Anschluss an eine Gesprächspsychotherapie sogar „Späteffekte“ geben kann, die über die bei Abschluss der Therapie erreichten Verbesserungen noch hinausgehen (Frohburg, 2004).

Auch die Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Hessen – der wir uns diesbezüglich explizit anschließen – weist in diesem Zusammenhang auf das Bedürfnis eines differenzierten Behandlungsangebots und die Bedeutung des Begriffs „Passung“ hin.

Zu 4. (Fragen der Wirtschaftlichkeit)

Die Psychotherapeutenkammer Berlin geht davon aus, dass mit der Zulassung der Gesprächspsychotherapie kein zusätzlicher Bedarf geschaffen wird (keine Mengenausweitung), sondern sich lediglich eine andere Verteilung zwischen den Verfahren ergibt.

Hinsichtlich der Verhandlungsdauer/-frequenz wird davon ausgegangen, dass sie je nach dem Grad der Störung der Patienten ähnlich wie bei tiefenpsychologisch-fundierte Verfahren und der Verhaltenstherapie liegen werden.

Zu 5. (Fragen zur Qualitätssicherung)

In der Gesprächspsychotherapie war die Verpflichtung zur „lebenslangen“ berufsbegleitenden Supervision schon längst vor ihrer gesetzlichen Verankerung als Berufspflicht von Psychotherapeuten und in ethischen Richtlinien selbstverständlicher Anspruch. Ebenso selbstverständlich sind Eingangs- und Verlaufsdiagnostik, Prozess- und Erfolgskontrollen mit Hilfe von Stundenbögen und Instrumenten der Veränderungsmessung sowie die Aufzeichnung der psychotherapeutischen Sitzungen auf Audio- oder Videoband. Die Gesprächspsychotherapie kann daher neben den bisherigen Richtlinienverfahren Psychoanalyse und Verhaltenstherapie durchaus auch als ein wichtiger und wesentlicher Vorreiter für die Etablierung qualitätssichernder Maßnahmen im Bereich der Psychotherapie angesehen werden.

Zu 6. (Ergänzung/Zusätzliche Aspekte)

Zur Bewertung psychotherapeutischer Verfahren ist neben dem Kriterium der Wirksamkeit und der empirischen Evidenz für die Wirkfaktoren u. a. auch das Kriterium der Praxisbewährung zu berücksichtigen. Neben der auffallend hohen Bereitschaft von Praktikern, Patienten einer gesprächspsychotherapeutischen Behandlung zuzuweisen, ist hier auch auf Einstellungsvoraussetzungen für Psychologinnen und Psychologen hinzuweisen. Eine Analyse von Stellenangeboten im Juli 2001 zeigt, dass sich von den geforderten psychotherapeutischen Zusatzausbildungen, die Arbeitgeber von den Bewerbern erwarten, 19% auf Psychotherapie allgemein (ohne Differenzierung) beziehen, 18% auf Suchttherapie und je 17% auf Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie (Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit, 2001, S.23). Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin erkennt darin sowohl einen Beleg für die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in der Fachwelt, als auch dafür, dass die Gesprächspsychotherapie für eine qualifizierte psychotherapeutische Versorgung unverzichtbar bleibt.

In diesem Zusammenhang weist die Psychotherapeutenkammer Berlin darauf hin, dass die Gesprächspsychotherapie sich über viele Jahre bereits in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bewährt hat: Im Rahmen der so genannten „TK-Regelung“ zwischen dem Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) und der Techniker-Krankenkasse sowie im Rahmen der „Empfehlungsvereinbarung“ des Deutschen

Psychotherapeutenverbandes (DPTV) mit den Spitzenverbänden der Betriebskrankenkassen- und Innungskrankenkassen war die Gesprächspsychotherapie in der ambulanten Versorgung umfangreich zur Anwendung gekommen.

Den in Gesprächspsychotherapie qualifizierten Psychotherapeuten der neuen Bundesländer wurde 1989 seitens des (damaligen) Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen der Weg geöffnet, ihre Gesprächspsychotherapie-Qualifikation unter der Abr.-Ziff. „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ in die ambulante Versorgung einzubringen.

Abschließend möchte die Berliner Psychotherapeutenkammer auf die von ihr mitgetragene Stellungnahme des 4. Deutschen Psychotherapeutentages vom 09.10.04 hinweisen, in der die zuständigen Entscheidungsgremien dazu aufgefordert werden, *„noch in diesem Jahr die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten.“*

Mit freundlichen Grüßen



Heinrich Bertram
Vizepräsident

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.



Stellungnahme zum Beratungsthema Gesprächspsychotherapie

Fragen zum Verfahren

1. **Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?**

Der wissenschaftliche Beirat nach § 11 PsychThG hat in seinem Gutachten 1999 und 2002 festgestellt, dass es sich bei der Gesprächspsychotherapie (im folgenden: GT) um ein theoretisch fundiertes und praktisch wirksames Therapieverfahren handelt und sie deshalb zur vertieften Ausbildung entsprechend dem in Deutschland zum 01.01.1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz empfohlen. Die GT ist ein von anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren abgrenzbares Verfahren, in dem bundeseinheitlich die vertiefte Ausbildung nach § 8 Abs. 1 PsychThG stattfinden kann. Die zuständigen Behörden haben die Verfahrensbeschreibung des Gutachtens zu Grunde gelegt, dass der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie am 30.09.1999 verabschiedet hat.

1.1 **Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?**

Die GT wird seit Jahrzehnten ambulant und stationär angewendet (s. auch Gutachten des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie vom 30.09.1999), Anträge auf Kostenerstattung wurden vor Inkrafttreten des PsychThG regelmäßig von den Medizinischen Diensten der Krankenkassen begutachtet.

An einer Stichprobe von 3.635 untersuchten klinischen Psychologen, die im Erstattungsverfahren vor in Kraft treten des Psychotherapeutengesetzes 1999 arbeiteten und mit den Krankenkassen abrechneten, wurden Art und Umfang der Weiterbildung in psychotherapeutischen Verfahren untersucht (**Kindler, Tönnis & Wilker, 1997**). Die GT stellte sich dabei mit 55,1 % als das weitverbreitetste Verfahren heraus.

Nach dem Umfang der absolvierten Weiterbildungsstunden befragt, ergab sich ein durchschnittlicher Weiterbildungsumfang von 511 Stunden, und es wurden während der gesamten Aus-, Weiter- und Fortbildungszeit Kenntnisse in 3-4 verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren erworben.

Wurden nur die außeruniversitären curricularen Weiterbildungen in psychotherapeutischen Verfahren berücksichtigt, so gaben 37,6 % der Befragten eine Weiterbildung in GT an. Dabei betrug 58 % der außeruniversitären Weiterbildung einen Umfang von bis zu 499 Stunden, 43 % einen Umfang von 500 Stunden und mehr, 14 % einen Umfang von rund 1.000 Stunden und mehr sowie 5 % einen Umfang von 1.500 Stunden und mehr.

Von den Befragten gaben 49,9 % an, selbständig psychotherapeutisch tätig zu sein (operationalisiert durch einen Zeitanteil von mind. 75 % hauptberuflicher psychotherapeutischer Tätigkeit). Es ist davon auszugehen, dass diese Personen mehrheitlich eine Approbation als Psychologische Psychotherapeuten erhalten haben und in der Regel über eine Arztregistereintragung verfügen.

Es kann daher davon ausgegangen werden, dass eine ausreichende Anzahl hochqualifizierter Behandler mit Weiterbildung zum Gesprächspsychotherapeuten schon heute zur Verfügung stehen.

In der gleichen Erhebung wurde der Umfang der unterschiedlichen

Begutachtungssysteme, nach denen die Krankenkassen die beantragten Therapiestunden bewilligten, gefragt. Demnach wurde in 21,9 % der medizinische Dienst der Krankenkassen, in 19,7 % direkte Kurzberichte an die Krankenkassen, in 19,6 % innerhalb des ärztlichen Systems begutachtet.

Nach **Drießen (1996)** war entsprechend einer Umfrage unter ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein die GT nach der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie das am häufigsten angewendete Therapieverfahren.

Butollo, Piesbergen und Höfling (1996) belegten in einer Untersuchung an 243 psychotherapeutisch tätigen Psychologen in Bayern, dass die Mehrzahl der Psychotherapeuten gesprächspsychotherapeutische (humanistische) Verfahren einsetzte.

Von den befragten Psychotherapeuten gaben rd. 54 % an, eine postgraduierte Weiterbildung in GT erhalten zu haben. Die Ausbildung dauerte durchschnittlich 72 Monate mit 1.218 Stunden.

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen hat 1997 eine Veröffentlichung unter 1.100 Psychotherapeuten, die im Kostenerstattungsverfahren arbeiten, veröffentlicht (**BDP 1997**). Untersucht wurden 6.788 Kostenerstattungsanträge, von denen 4,74 % abgelehnt wurden. Die Notwendigkeitsbescheinigungen/Bewilligungen wurden in 60,62% der Fälle von einem Arzt mit Psychotherapie-Titel und in 36,9% von einem Arzt ohne Psychotherapie-Titel erstellt.

1.2 Über welche Qualifikation/Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?

Die Ausbildung in GT hat in Deutschland eine über 40jährige Tradition. Sie erfolgte im Rahmen der klinischen Fachausbildung über die psychologischen Universitätsinstitute und im Rahmen von postgradualen- und Weiterbildungen. Entsprechende Curricula existieren seit Langem und sind hinsichtlich ihrer Methodik und ihrer Ergebnisse mehrfach Gegenstand besonderer Ausbildungsforschung gewesen (**Birtsch und Tscheulin, 1980; Frohburg 1988**). Die aktuellen Curricula entsprechen den vom Bundesministerium für Gesundheit erlassenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV) und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV) vom 18.12.1998.

Seit 2003 sieht die Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer Facharzt-Weiterbildungen (Psychiatrie und Psychotherapie) vor, für die GT als psychotherapeutisches Schwerpunktverfahren gewählt werden kann.

Ausbildungsstätten für Psychotherapeuten haben in mehreren Bundesländern Anträge auf staatliche Anerkennung zur vertieften Ausbildung in GT gestellt. Nach der Empfehlung des wissenschaftlichen Beirates zur Zulassung der GT als Verfahren der vertieften Ausbildung wurden positive Vorbescheide erteilt, so dass kurzfristig entsprechende Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden können.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die GT im Vergleich zu den in Abschnitt BI 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

Die Aufnahme der GT in den Leistungskatalog der GKV bedeutet eine Erweiterung und Verbesserung des vertragsärztlichen Versorgungsangebots. Durch die erweiterte Wahlmöglichkeit für Patienten, Therapeuten und Überweiser wird die Qualität der Versorgung verbessert und nicht nur deren Effektivität, sondern auch ihre Effizienz erhöht. Dies entspricht sowohl den individuellen Bedürfnissen psychisch Kranker als auch den ökonomischen Interessen der Versichertengemeinschaft.

Die fachliche Erweiterung der Therapiemöglichkeiten für den Indikationsbereich der Psychotherapie-Richtlinien auf die GT bedeutet insgesamt eine Verbesserung der Patientenversorgung aus der erweiterten Möglichkeit der Einzelfall gerechten Passung.

Strotzka hat Psychotherapie definiert als „ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglich zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptom-minimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“ (1975).

In der Psychotherapieforschung der vergangenen Jahre hat sich ein allgemeines Modell von Psychotherapie (Orlinsky & Howard, 1988) durchzusetzen begonnen. Danach entscheiden über den Erfolg einer Psychotherapie 4 Passungen, die Therapieverfahren, Störungsbild des Patienten, Person des Therapeuten und Person des Patienten berücksichtigen.

Baumann (1996) hat darauf hingewiesen, dass „ein Überschreiten des Schuldenkens (...) für die wissenschaftliche und berufliche Weiterentwicklung der Psychotherapie dringend notwendig“ ist. Dem gegenüber kann das herkömmliche Schuldenken als eher kontraproduktiv und ekklesial organisiert bezeichnet werden (**Petzold, 1995**). Psychotherapeuten mit „schmaler Interventionskompetenz“ (Baumann, 1996) führen zu einer schlechteren Versorgung.

Ähnlich haben **Weinberger (1995)** und **Grawe (1995)** Therapieverfahren-übergreifende Faktoren der Wirksamkeit von Psychotherapie identifiziert. Weinberger nannte die therapeutische Beziehung, Erfolgserwartung, Konfrontation mit dem Problem, kognitive Kontrolle über das Problem und Erfolgs- bzw. Misserfolgs-Attribution durch den Patienten. Grawe nannte Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und motivationale Klärung.

Gleichwohl ergibt sich aus dem Vergleich der GT mit den Richtlinienverfahren, dass die GT ein eigenes Indikations- und Effektivitätsspektrum aufweist.

„Auswertungen von empirischen Untersuchungen mit differenzierten quantitativen und qualitativen Vergleichen der Effekte von psychodynamisch, verhaltens-therapeutisch und gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten führten zu unterschiedlichen Ergebnissen: In einigen Studien fanden sich keine Indikations- und Effektivitätsunterschiede (beispielsweise in den Meta-Analysen von **Smith u.a., 1980**, im Vanderbilt-Projekt von **Strupp, 1993**), in anderen Studien ließen sie sich eindeutig ermitteln. So wurde gezeigt, dass unabhängig von bestimmten Diagnosen GT unter indikativem Aspekt besser als psychodynamische und verhaltenstherapeutische Verfahren geeignet ist für

- Patienten mit wechselnden somatischen Beschwerden
- Patienten mit diffusen Ängsten und Depressionen ohne identifizierbare Auslöser bzw. Verstärker und ohne erkennbaren inneren Konflikt
- Patienten mit geringem Selbstbewusstsein und sozialen Rückzugstendenzen
- Patienten mit ausgeprägtem Bedürfnis nach Autonomie, internaler Orientierung und hoher Reaktanzbereitschaft (u. a. **Zielke, 1979, Grawe u. a., 1990, Beutler u. a., 1991, Grawe, 1992, Sachse, 1999**).“ **Frohburg (2004)**

2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der GT bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

Eckert, Frohburg und Kriz (2004) befragten Patienten, die bei Mehrfachbehandlung zunächst eines der Richtlinienverfahren und später eine GT absolvierten. Die Patienten wurden gefragt, ob sie die GT besser nutzen konnten als die vorangegangenen Psychotherapien und mit welchen Bedingungen dies ggf. in Zusammenhang zu bringen ist. Die Datenauswertung ergab, dass die Patienten ihre GT für sich persönlich nicht nur als effektiv, sondern zum gleichen Verhältnis zu der vorangegangenen Richtlinien-Psychotherapie jeweils auch als effektiver und damit zufriedenstellender beurteilten. Das steht damit in Zusammenhang, dass sie die Zielsetzungen und die Prozessbedingungen der GT, nicht aber die der jeweiligen Richtlinien-Psychotherapie als zu ihnen passend, ihren Erwartungen, ihren Bedürfnissen und ihrer Person entsprechend aufgreifen und das gesprächs-psychotherapeutische Beziehungsangebot in besonderer Weise annehmen und für sich nutzen konnten.

Die Untersuchungsergebnisse belegen, dass sowohl die Behandlungsergebnisse als auch der Wechsel zu einem anderen Therapieverfahren von den „Passungen von Patient(in) und Therapeut(in)“ bestimmt werden, die in dem bereits erwähnten „Allgemeinen Modell der Psychotherapie“ von Orlinsky & Howard beschrieben sind. GT hat die Möglichkeit, „Passungen“ herzustellen, die von den bereits etablierten psychotherapeutischen Richtlinien-Verfahren nicht in gleicher Weise erreicht werden konnten.

„Die GT ist bei gegebener Psychotherapie-Indikation in besonderem Maße erfolgversprechend für Patienten, die im Zusammenhang mit vergleichbaren psychischen und/oder psychosomatischen Störungen krankheitswertige Schwierigkeiten in der Gestaltung von Beziehungen aufweisen, die durch das für die GT charakteristische Beziehungsangebot überwunden werden sollen.

Die Ergebnisse der Studien von **Frohburg 2003b** und **Eckert u. a. 2004** bestätigen bisherige Ergebnisse aus empirischen Vergleichsstudien, nach denen eine Indikation für GT besonders bei solchen Patienten besteht,

- die einerseits nicht für ein systematisches Training und/oder systematische kognitive Analysen im Rahmen einer Verhaltenstherapie zu gewinnen sind und
- die andererseits für eine Psychoanalyse oder eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eine zu hohe ‚Abwehr‘ haben.

Da persönliche Erwartungen an das Behandlungsangebot und die daraus abgeleitete individuelle Inanspruchnahme-Bereitschaft sowie Therapiemotivation bekanntlich in besonders engen Zusammenhang mit späteren Therapieergebnissen stehen, dürften diese empirischen Befunde zur verfahrensspezifischen Inanspruchnahme-Bereitschaft der Patienten von besonderer Bedeutung sein.

Fragt man erfahrene Psychotherapeuten unterschiedlicher Provenienz nach ihren praktischen klinischen Erfahrungen zur verfahrensspezifischen Indikation und Effektivität der GT, so ergibt sich z. T. in Übereinstimmung mit empirischen Einzelbefunden, dass sie als das bevorzugte, am ehesten erfolgversprechende Verfahren sehen wird

- bei ängstlich-selbstunsicheren, bei misstrauisch-kontaktabwehrenden, sowie bei narzisstisch gestörten Patienten und bei solchen mit ausgeprägtem Autonomiebedürfnis,
- bei Störungen, bei denen die genannten Persönlichkeitsmerkmale eine besondere Rolle spielen, also ängstlich-vermeidende, paranoide, schizoide und narzisstische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F 60.6, 60.0-1, 60.8).

- bei bestimmten Achse 1-Störungen wie generalisierten (chronifizierten) Angststörungen, bei mittelschweren bis schweren depressiven Störungen, schizophrenen Störungen, posttraumatischen Belastungsstörungen sowie bei diffusen Anpassungsstörungen vor allem in Form von Sinnkrisen, in konflikthafter Entscheidungssituationen und bei situations- und tätigkeitsunspezifischen Regulationsstörungen des affektiven Erlebens (ICD-10 F41.1, 32.1-2/33.1-2, 20, 43. 1-2)

- bei schwer gestörten Patienten mit wechselnden somatischen Beschwerden.

Zudem haben Untersuchungen gezeigt, dass indiaktionskomponente Überweiser bei gegebener Wahlmöglichkeit einem Viertel bis gar der Hälfte ihrer Patienten eine GT empfehlen würden (47 % bei **Eckert u. a. , 1997**, 30 % bei **Frohburg, 1995** bzw. 25 % bei **Blaser, 1977**). Sie halten sie eher als eine psychoanalytische, tiefenpsychologisch orientierte oder verhaltenstherapeutische Behandlung geeignet für den nicht unerheblichen Anteil ihrer Patienten, die weder eine umschriebene Symptomatik mit identifizierbaren Auslösern bzw. Verstärkern noch einen psychodynamisch erklärbaren inneren Konflikt aufweisen (**Blaser, 1977**). (**Frohburg 2004**)

2.2 Wie kann die GT von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

s. Pkt. 1

2.3 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?

Neben der wissenschaftlich nachgewiesenen Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Verfahrens ist die Passung zwischen Patient, Therapeut, Indikation und Therapieverfahren entscheidend. Zur sachgerechten psychotherapeutischen Versorgung sind alle geeigneten Verfahren heranzuziehen, damit dem Versicherten das für ihn im Einzelfall passende Verfahren eingesetzt werden kann. In der Befragung von 243 bayerischen Psychotherapeuten gaben 65,5% an, innerhalb einer laufenden Therapie das therapeutische Verfahren zu wechseln (**Butollo, Piesbergen und Höfling, 1996**).

“Im Unterschied zur Verhaltenstherapie bewirkt GT einen Anstieg der internalen Kontrollerwartungen ihrer Patienten. GT behandelte Patienten orientieren sich zudem bei der Bewertung ihrer Veränderungen nicht nur an der Reduktion ihrer Symptomatik, sondern sie bringen ihre psychischen Störungen und deren Reduktion in stärkerem Maße als verhaltenstherapeutisch behandelte Patienten mit ihren (sozialen) Lebensbedingungen in Zusammenhang (u. a. **Grawe & Plog, 1976, Sachse, 1999**). Die Studie zu Grawe & Plog (1976) zeigte, dass GT und Verhaltenstherapie (speziell Flooding und Habituationstraining) im Vergleich zur Kontrollgruppe die phobischen Symptome in hochsignifikanter Weise reduzierten und gleichzeitig verfahrensabhängig qualitativ unterschiedliche Wirkungen hervorbrachten: gesprächspsychotherapeutisch behandelte Patienten sahen ihre Phobie bei Therapieende in stärkerem Maße in Zusammenhang mit ihren Lebensbedingungen und gewannen zusätzlich eine Entscheidungs- und Wahlfreiheit. Bei verhaltenstherapeutische behandelten Patienten korrelierte die Veränderung der Befindlichkeit ausschließlich mit der Veränderung der phobischen Symptomatik. Ferner erzielt die GT ihre Wirkung vornehmlich bei den Patienten, die am Erkennen von Zusammenhängen zwischen ihrem Krankheitszustand und ihren persönlichen Lebensbedingungen interessiert waren, während Verhaltenstherapie besonders erfolgreich bei Patienten mit starken Phobien und ausgeprägtem Leidensdruck war.“ (**Frohburg 2004**)

2.4 Wie kann die GT von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?

s. Pkt. 1

2.5 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?

“Im Unterschied zu psychodynamischen Psychotherapien bewirkt GT, dass Veränderungen von den Patienten über verbesserte Kontakt- und Beziehungsfähigkeit definiert werden, während psychodynamisch behandelte Patienten sich gebessert fühlen, wenn sie an Einsicht, innerer Autonomie und äußerer Unabhängigkeit gewonnen haben (vgl. Hamburger Kurztherapie-Vergleichsprojekt: u. a. **Meyer, 1981, Meyer & Wirth, 1988, Eckert & Biermann-Ratjen, 1985**).“ **Frohburg (2004)**

2.6 Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar

- **bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?**

siehe Pkt. 2, 2.1, 2.3 und 2.5

- **hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?**

siehe Pkt. 4.1

- **im Hinblick auf die Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?**

siehe Punkt 2

2.7 Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

“Auch Langzeitwirkungen von GT sind mehrfach untersucht worden. In einer kürzlich veröffentlichten Literaturrecherche von **Frohburg (2003a)** ließen sich 40 Studien ermitteln, die Angaben von annähernd 2000 ehemaligen Patienten enthalten. Diese Studien belegen positive Langzeiteffekte mit unterschiedlichen Messkriterien und -instrumenten für Patienten aus unterschiedlichen nach ICD bzw. DSM klassifizierten Indikationsbereichen und unter unterschiedlichen Behandlungsbedingungen. Das bedeutet, dass die bei Therapieende registrierten Veränderungen in den krankheitswertigen psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen der Patienten in der Regel auch langfristig erhalten geblieben sind. In 20 % der Studien handelt es sich dabei um über ein Jahr hinausgehende katamnestische Beobachtungen.

In jeder zweiten dieser Katamnesestudien konnte zudem festgestellt werden, dass über die unmittelbar nach Abschluss der Therapie festgestellten positiven Veränderungen hinausgehend im Katamnesezeitraum weitere Verbesserungen eingetreten sind. Es kann demnach auf Grund der empirischen Befundlage auch längere Zeit nach einer GT mit prolongierten Veränderungsprozessen im Erleben und Verhalten der Patienten und damit mit zusätzlichen positiven Therapieeffekten i. S. von ‚Späteffekten‘ gerechnet werden.

Auswertungen von empirischen Untersuchungen mit globalen quantitativen Vergleichen der Effekte von psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch und gesprächspsychotherapeutisch behandelten Patienten haben [zwar] ergeben, dass alle Verfahren in etwa gleichem Ausmaß wirksam sind. Im Hinblick auf die üblichen diagnostischen symptom- und syndromorientierten Klassifikationssysteme und auf die gängigen, demografischen Daten und unter Verwendung von Gruppen-Mittelwerten und Effektstärken ließen sich keine für die klinische Praxis wesentlichen verfahrensabhängigen Unterschiede und damit auch keine für die GT spezifischen Indikationen und Effekte ermitteln. Gegenwärtig gibt es keine gesicherten Erkenntnisse darüber, welches Psychotherapieverfahren bei Patienten mit bestimmten Störungen summa summarum ‚besser‘ oder ‚am besten‘ ist (u. a. Luborsky u. a., 1975: „Everybody has won, all must have prizes“).

Die vorliegenden komparativen Katamnesestudien allerdings belegen auch bei Verwendung globaler Kriterien ‚Späteffekte‘ als besonderes verfahrensspezifisches Charakteristikum gesprächspsychotherapeutisch behandelter Patienten und dokumentieren damit einen besonderen Vorteil in der Nachhaltigkeit gesprächspsychotherapeutisch induzierter Effekte im Vergleich zu denen aus

psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Behandlungen (**Frohburg, 2003a**).“
Frohburg (2004)

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

4. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der GT im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren?

“Aus der Praxis der GT lassen sich für den ambulanten Bereich mittlere Behandlungszeiten von 25 – 70 Stunden ermitteln (**Biermann-Ratjen u. a., 2003**). Ambulante GT wären damit in finanzieller Hinsicht kostengünstiger als Psychoanalysen und in etwa gleich aufwendig wie tiefenpsychologische Psychotherapien und Verhaltenstherapien.

Klinische Erfahrungen und empirische Effektivitätsstudien deuten darauf hin, dass die ökonomisch relevante Quote der Behandlungsfehlschläge durch vorzeitigen Therapieabbruch bei ca. 20 % und durch unzureichende Behandlungsergebnisse bei ca. 25 % liegt (**Grawe u. a., 1994, Lambert u. a., 2002**). Zwischen 30 und 45 % (**Brockmann u. a., 2002, Frohburg, 2003b**) aller ambulant behandelten GKV-Patienten haben bereits eine oder mehrere Psychotherapien absolviert und wechseln bei einem erneuten Behandlungsversuch den Therapeuten und/oder das Therapieverfahren. Ergänzend dazu teilen **Schütte u. a. (2003)** mit, dass in 11 % der Fälle, in denen Patienten nicht in eine Psychotherapie aufgenommen wurden, die ‚persönliche Passung‘ nicht gegeben war:

Es ist davon auszugehen, dass in allen Gruppen Patienten sind, denen auf Grund verbesserter ‚Passungen‘ mit GT geholfen werden kann und dass dadurch die Häufigkeit von kostenintensiven Mehrfachbehandlungen, Therapieabbrüchen und evtl. Chronifizierungen durch auf Grund ungünstiger Erfahrungen nicht wieder aufgenommene Psychotherapien reduziert werden kann.“ **Frohburg (2004)**

4.1 Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer / -frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

Aus der Praxis der GT lassen sich für den ambulanten Bereich mittlere Behandlungszeiten von 25 – 70 Stunden ermitteln (**Biermann-Ratjen u. a., 2003**).

Fragen zur Qualitätssicherung

5. Welche Vorgaben werden von den Vertretern der GT zu Maßnahmen der Qualitätssicherung, und zur Dokumentation der Behandlung gemacht?

Frohburg (2004) schreibt hierzu:

“Die Prozessqualität von GT kann über Ratings zu wesentlichen effektdeterminierenden Merkmalen kontrolliert und optimiert werden. Zu erwartende Erfolge bzw. Misserfolge einer können mittels verschiedener Klienten-Erfahrungsbögen aus den Reaktionen der Patienten auf spezifische GT Situationen bereits nach der ersten Therapiesitzung vorausgesagt werden (**Biermann-Ratjen u. a., 2003**).

Die Verpflichtung zur regelmäßigen kollegialen Supervision während der gesamten Dauer der Berufsausübung gehört seit Jahrzehnten zu den Regularien der die GT in Deutschland vertretenden Fachverbände und ist damit traditioneller Qualitätsstandard für

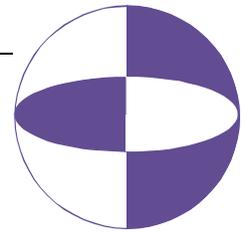
die heilkundlich tätigen Gesprächspsychotherapeuten. In konzeptioneller Hinsicht sind gerade von der GT wesentliche Impulse für das Verständnis und für die Praxis kompetenter Fallsupervision im gesamten psychotherapeutischen bzw. psychosozialen Bereich ausgegangen (**Auckenthaler, 1995**).“

7. Angaben zur Institution

Präsidentin des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V. (BDP), Frau Dipl.-Psych. Gertraud Richardt, Hauptgeschäftsführer des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e. V., Herr Dipl.-Psych. Armin Traute.

Der BDP vertritt rund 9.000 Approbierte Psychologen mit unterschiedlichem Weiterbildungshintergrund. Darunter befinden sich auch Psychologen, die aufgrund der vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als wissenschaftlich anerkannten Verfahren keine Zulassung zur Abrechnung mit den Krankenkassen erhalten haben. Die überwiegende Mehrheit der niedergelassenen Approbierten Psychologen behandelt nach einem der 3 Richtlinien-Verfahren.

Der BDP besitzt als 100%iger Eigentümer ein Ausbildungsinstitut für Psychotherapie in Berlin, an dem angehende Therapeuten in den 3 Richtlinien-Verfahren ausgebildet werden. Sollte die GT als Richtlinien-Verfahren anerkannt werden, würde der BDP sein Ausbildungsangebot entsprechend erweitern.



Schüling Michael

Dipl.-Psych. Michael Schüling - Vor der Kikelborch 2 - 38162 Gardessen

Gemeinsamer Bewertungsausschuss
Unterausschuss Psychotherapie
Postfach 1763
53707 Siegburg

Psychotherapeutische Praxis

Dipl.-Psych. Michael Schüling

Psychologischer Psychotherapeut

Gesprächspsychotherapie/GwG

Verhaltenstherapie

Hypnose

Vor der Kikelborch 2

38162 Gardessen

Fon 05306/3475

Fax 05306/932 132

E-Mail Michael.Schueling@t-online.de



16.11.04

Stellungnahme zu Punkt 3 des Fragenkatalogs zur Gesprächspsychotherapie



Sehr geehrte Damen und Herren,

die Frage nach der Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie kann ich wissenschaftlich nicht beantworten. Allerdings wird in der aktuellen Psychotherapieforschung dieses Problem auf den drei Dimensionen Patient, Verfahren und Therapeut dargestellt.

Meiner Erfahrung nach sprechen manche Patienten auf die Gesprächspsychotherapie besser als auf die Verhaltenstherapie an. Manche Menschen reagieren auf Empathie, Kongruenz unbedingte Wertschätzung mit ausgeprägter Introspektion und selbst gesteuerten positiven Veränderungen im Sinne ihrer Therapieziele. Die gleichen Patienten reagierten mit Widerstand auf ein direktives und standardisiertes Vorgehen wie etwa bei einer kognitiven Verhaltenstherapie.

Wenn in solchen Fällen eine Gesprächspsychotherapie durchgeführt werden könnte, würde das die Behandlungsdauer verkürzen und die Effekte verstärken, weil die Compliance des Patienten gegeben wäre.

Mit freundlichem Gruß

Michael Schüling

Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen



1.7.1.

1.7.2. Stellungnahme der BAGP zum Fragenkatalog des G-BA, bzgl. einer Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse

Vermerk zur Stellungnahme

Grundsätzlich zum Procedere kann festgestellt werden, dass sich der Fragenkatalog des G-BA nicht eignet, um aus Patientenperspektive Stellung zu beziehen; viel mehr richtet er sich sehr gezielt an Leistungserbringer. Die BAGP beschränkt sich somit auf eine allgemein gehaltene Kommentierung und verzichtet auf eine differenzierte Bezugnahme.

Die BAGP unterstützt eine Aufnahme der Gesprächspsychotherapie als Regelleistung der psychotherapeutischen Versorgung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

Begründung

- Im Sinne einer **freien Arztwahl und der grundsätzlich postulierten ärztlichen Therapiefreiheit** sollte es KlientInnen ermöglicht werden, den Therapeuten ihres Vertrauens in Anspruch zu nehmen. Dieser bietet bei entsprechender Qualifikation das jeweils geeignete Verfahren zur Therapie an.
- Anerkanntermaßen ist die **therapeutische Beziehung** als maßgeblicher, gewichtiger Faktor der Psychotherapie zu betrachten. Dieser therapeutischen Relevanz der Arzt-Patienten-Beziehung sollte auch in Form einer Ausweitung der methodischen Angebote Rechnung getragen werden.
- Eine vielfach festgestellte **mangelhafte Versorgungskapazität** (u.a. PTG-Gutachten) psychisch Kranker, die wir durch unsere Erfahrungen in der praktischen Beratung bestätigen können, könnte durch die Zulassung neuer, qualitativ gleichwertiger Verfahren prinzipiell ausgeglichen werden. Wartezeiten auf einen Therapieplatz und die damit verbundene Gefahr einer Chronifizierung im Falle einer akuten Erkrankung, können verringert werden.

Anmerkungen zum Verfahren

Der Fragekatalog des G-BA zur Bewertung der Gesprächspsychotherapie als anererkennungsfähige Leistung der gesetzlichen Krankenkassen erweckt den Eindruck, dass die Gesprächspsychotherapie letztlich einen zusätzlichen Nutzen für die Versorgung psychische Kranker erbringen müsse, eine Überlegenheit anderer Therapieverfahren dar zu stellen hat und somit qualitativ bessere Ergebnisse zu erbringen habe als die bisher anerkannten Verfahren. Im Sinne der oben angeführten Punkte scheint es dagegen angemessen, eine gleichwertige Ergebnisqualität der Methode „Gesprächspsychotherapie“ als Maßstab anzusetzen, orientiert an dem Grundsatz, dass eine Leistung „ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig“ sein müsse, um als erstattungsfähig angesehen werden zu können. Eine durchaus erwünschte qualitative Nachweislichkeit des Therapieverfahrens dürfte durch die

Orientierung an einer Durchführung nach „anerkannten, dem Stand der medizinischen Wissenschaft anerkannten“ Methode sichergestellt sein.

Eine Bewertung der vorgelegten Studien zur Gesprächspsychotherapie erfolgt seitens der Leistungserbringerbank im G-BA durch Richtlinientherapeuten. Die vorgegebene Neutralität sei hier in Frage gestellt. Vom Grundsatz her könnte dies bedeuten, dass „neue“ Therapieformen eine höhere Schwelle zur Anerkennung haben, was nicht zu akzeptieren wäre.

Nürnberg, 15. November 04

Anja Link, Dipl.-Sozialpädagogin, PatientInnenstelle Nürnberg

Systemischen Gesellschaft & Gesellschaft für Systemische Therapie

Systemische Gesellschaft

SG

**Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und
Familientherapie**

DGSF

Gemeinsame Stellungnahme

zum

„Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie“

des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

vom Oktober 2004

Die Vorstände der „Systemischen Gesellschaft“ (SG) und der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie“ (DGSF) nehmen zu den Fragen des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesprächspsychotherapie wie folgt Stellung:

Fragen 1 – 1.2: Bei der Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie zu dem Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie in der Gesprächspsychotherapie hinreichend Stellung genommen, so dass sich eine weitere Erörterung erübrigt. Die Gesprächspsychotherapie ist deshalb von den zuständigen Landesbehörden bundeseinheitlich als eigenständiges Psychotherapieverfahren neben den Richtlinienverfahren für die vertiefte Ausbildung anerkannt worden.

Für die Qualifikation von Psychotherapeuten zur Leistungserbringung in der vertraglichen Versorgung, dementsprechend auch für Gesprächspsychotherapeuten, sind die gesetzlichen Bestimmungen (§ 95c SGB V) maßgebend. Danach setzt der Fachkundenachweis die vertiefte Ausbildung in einem von dem Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannten Behandlungsverfahren voraus. Für eine Übergangszeit werden Übergangsregelungen unter Berücksichtigung der anerkannt

hohen Standards der bisherigen Ausbildung zum Gesprächstherapeuten nach den Richtlinien der GwG erforderlich werden.

Fragen 2 – 2.7 und 3: Unter den hier aufgeführten Punkten wird nach einem „Zusatznutzen“ der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den im Rahmen der Psychotherapierichtlinien bereits anerkannten Verfahren gefragt. Dabei bleibt allerdings offen, worauf sich diese Fragen gründen. Denn sie werden weder durch die gesetzlichen Vorgaben des § 135 Abs. 1 SGB V, noch durch die BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, noch durch die einschlägige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts abgedeckt.

In diesem Zusammenhang sei auf das Schreiben des Gesprächskreises II der Psychotherapieverbände vom 12.03.2004 an den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Herrn Dr. Hess, verwiesen, das die SG und die DGSF als Mitglieder des GKII mit getragen haben. In dem Schreiben des GKII wird u. a. ausgeführt:

„Im Hinblick auf die vorzunehmende Überprüfung erlauben wir uns den Hinweis auf Abschnitt B.I.3. der Psychotherapie-Richtlinien, insbesondere auf Ziff. 3.3. Danach können andere Verfahren in der vertragsärztlichen Versorgung Anwendung finden, wenn damit u. a. eine ‚Erweiterung oder Verbesserung‘ der Versorgung einhergeht. Weitergehende, gesetzlich nicht vorgesehene Anforderungen stellen eine Übermaßforderung dar. Dies gilt insbesondere für den Nachweis eines ‚zusätzlichen‘ Nutzens im Sinne besserer Wirksamkeit gegenüber den bisherigen Richtlinienverfahren, der sich auch aus § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V nicht ableiten lässt. Aus fachlicher Sicht könnte überdies ein „Zusatznutzen“ nach dem Stand der Psychotherapieforschung objektiv nicht erbracht werden.“

Wie angeführt basieren auch aus fachlicher Sicht die Fragen auf unzutreffenden Vorstellungen. Denn die internationale Psychotherapieforschung hat bislang keine zuverlässigen Daten zur differenziellen Indikation von Psychotherapieverfahren beigebracht. Dementsprechend liegen auch für die derzeit bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren keine derartigen Nachweise vor. Und selbstverständlich ist es weder rechtlich noch fachlich vertretbar, an „neue“ Psychotherapieverfahren höhere Anforderungen zu stellen, als sie die bereits zugelassenen Verfahren erfüllen können.

Abgesehen davon liegen generelle Hinweise dafür vor, dass durch eine qualitativ fundierte fachliche Erweiterung des Versorgungsangebotes die Chance steigt, eine für den Erfolg der Psychotherapie entscheidende

Verbesserung der Passung zwischen Psychotherapieverfahren, Störungsbild, Person des Patienten bzw. der Patientin und Person des Therapeuten bzw. der Therapeutin zu erreichen. Insofern könnte die Einbeziehung auch der Gesprächspsychotherapie dem gesetzlichen Gebot der Vielfalt der Leistungserbringer (§ 2 Abs.3 SGB V) und den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker dadurch Rechnung (§§ 27, 70, 92. SGB V) tragen, dass sie mit ihrer spezifischen Behandlungsmethodik die verfahrens- und patientenbezogene Differenzialindikation erweitert.

Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass der Nutzen von Psychotherapieverfahren für die Versicherten kaum wahrgenommen und weiterentwickelt werden kann, wenn deren Anwendungsmöglichkeit in der Versorgung gesetzlich Krankensicherter nicht gesichert ist. Die Vorstände der SG und der DGSF fordern deshalb die zuständigen Entscheidungsgremien des Gemeinsamen Bundesausschusses dazu auf, noch in diesem Jahr die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten.

Köln, den 17.11.2004
PD. Dr. Arist von Schlippe
1. Vorsitzender der
Systemischen Gesellschaft

Dr. Wilhelm Rotthaus
1. Vorsitzender der Deutschen
Gesellschaft für Systemische Therapie
und Familientherapie

Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

LPK LandesPsychotherapeutenKammer · Rheinland Pfalz

Körperschaft des öffentlichen Rechts

LPK · Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30 · 55130 Mainz

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herr Dr. R. Hess, Vorsitzender
Auf dem Seidenberg 3a

53721 Siegburg

Ihr Zeichen:
Ihre E-Mail vom:
Unser Zeichen:
Unsere Nachricht vom:

Ansprechpartner: Herr Kappauf,
Frau Heinrich
Telefon: 06131-5703813
Telefax: 06131-5700663
E-Mail: service@lpk-rlp.de
www.lpk-rlp.de

Datum: 17.11.2004



Stellungnahme zum Fragenkatalog des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur krankensicherungsrechtlichen Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

der Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat sich in den letzten zwei Jahren bereits mehrfach für ein zügiges Verfahren zur vollen leistungsrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der GKV eingesetzt.

Zum Fragenkatalog des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses schließt sich der Vorstand vollinhaltlich der Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen vom 08.11.2004 an.

Mit freundlichen Grüßen


Alfred Kappauf
Präsident

Präsident: Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Alfred Kappauf

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Geschäftsstelle Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 30 55130 Mainz | Tel. 0 61 31 - 5 70 38 13 Fax: 0 61 31 - 5 70 0 6 6 3 e-mail: service@lpk-rlp.de www.lpk-rlp.de | Telefonische Sprechzeiten Mo. - Fr. 10.00 - 12.30 Uhr und zusätzlich Di. u. Do. 14.00 - 16.00 Uhr | Deutsche Apotheker- und Ärztebank Mainz Kto.-Nr.: 528 33 37 BLZ: 550 608 31 | Dresdner Bank Kto.-Nr.: 023 5722 700 BLZ: 550 800 65 |
|---|--|--|--|--|

Universität Hamburg, Institut für Psychotherapie

R. Fragen zum Verfahren

1. *Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?*

Die Gesprächspsychotherapie als Heilbehandlung fokussiert auf solche gestörte Selbstregulationsprozesse, die durch Inkongruenzen ausgelöst oder aufrecht erhalten werden und zur Ausbildung von krankheitswertigen Symptomen und Verhaltensmustern führen. Pathogene Inkongruenzen als Behandlungsfokus der Gesprächspsychotherapie entstehen durch einen jeweils spezifischen Mangel in der Übereinstimmung von Prozessen der organismischen Erfahrung und der Selbstwahrnehmung sowie von verinnerlichten Werten und dem Selbstkonzept.

Wesentlich für die Ätiologie psychischer Störungen sind dabei die für die unterschiedlichen Krankheitsbilder spezifischen pathogenen Formen der Inkongruenz. Diese ergeben sich aus dysfunktionalen Wechselwirkungen zwischen organismischen Erfahrungen, internen Repräsentationen signifikanter biografischer Erfahrungen, pathogenen Symbolisierungsprozessen aktueller Lebensereignisse und spezifischen Belastungsfaktoren. Das allgemeine Behandlungsziel einer Gesprächspsychotherapie besteht in der Linderung bzw. Aufhebung der Symptomatik infolge einer Reduktion bzw. Aufhebung von Inkongruenzen.

Dazu ist die Entwicklung einer spezifischen therapeutischen Beziehung erforderlich, die durch Empathie, Unbedingte Wertschätzung und Selbstkongruenz gekennzeichnet ist und die nach bestimmten Indikationsregeln mit störungs-, person- und prozessspezifischen Interventionen und Techniken verbunden wird.

1.1 *Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?*

Gesprächspsychotherapeuten waren und sind in der vertragsärztlichen Versorgung in erheblichem Umfang tätig, in der Vergangenheit durch Sonderregelungen (u.a. Erstattungsverfahren gem. TK-Regelung, BKK-IKK-Vereinbarungen), heute nach wie vor auf der Grundlage von § 13.3 SGBV oder sie wurden über Nachqualifikationen in anderen Richtlinienverfahren zugelassen. Wir schätzen, dass die letztgenannte Gruppe überwiegend in ihr ursprünglich gewähltes und erlerntes Verfahren zurückkehren würde, so dass eine breite Anwendung der Gesprächspsychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zeitnah nach Zulassung des Verfahrens gewährleistet wäre.

1.2 *Über welche Qualifikationen/Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?*

In vielen Bundesländern sind bei Einführung des PsychThG Psychologen mit einer vom Fachverband GwG e.V. anerkannten Ausbildung in Gesprächspsychotherapie approbiert worden, wenn sie die weiteren Kriterien der Übergangsregelung ebenfalls erfüllt hatten. Für neue Ausbildungen in GPT gilt die PsychTh-APrV. **Am Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg wurde ein entsprechender Studiengang mit der Vertiefung auch in GPT eingerichtet, der gem. PsychThG von der zuständigen Landesbehörde anerkannt wurde.** Dieser Studiengang basiert auf den curricularen (Muster-)Ausbildungsgängen, die von den Fachverbänden für eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt GPT entwickelt wurden. Vergleichbare Weiterbildungsgänge für Ärzte im Rahmen von Facharztausbildungen sind in Arbeit.

1.8. Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I.1 genannten Verfahren nachweisbar?

Ja, und zwar für Patienten, die

1. wegen fehlender Ansprechbarkeit auf die bisherigen Richtlinienverfahren von diesen nicht oder nicht ausreichend profitieren können und
2. die die Indikationskriterien der Richtlinienverfahren nicht erfüllen können, (z.B. eingeschränkte Möglichkeiten/Bereitschaft, sich inneren Konflikten zuzuwenden und damit auseinanderzusetzen, oder es können die spezifischen Auslöser für das pathologische Verhalten bzw. die pathologische Symptomatik nicht identifiziert und damit verändert werden).

Neben klinischen Erfahrungen, die das bestätigen, gibt es für die Gesprächspsychotherapie auch eine neuere Zusammenstellung von Studien (Frohburg (3)), die das belegen sowie zwei Studien über Patienten, die nach einer nicht zweckmäßigen Behandlung in einem Richtlinienverfahren ihre Behandlung in einer Gesprächspsychotherapie erfolgreich abgeschlossen haben (Frohburg (5), Eckert et al. (2)).

2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar ?

Nein. Stand der internationalen Psychotherapieforschung ist, dass es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den wissenschaftlich untersuchten Psychotherapieverfahren bezüglich ihrer Wirksamkeit gibt (Lambert u. Ogles (6)). Vergleichende Therapieforschung und Metaanalysen belegen, dass dieses sog. Äquivalenzparadox auch auf die Gesprächspsychotherapie zutrifft (Elliott (7), Elliott et al. (8)).

Die Frage nach einer Überlegenheit eines Verfahren bei einer bestimmten psychischen Störung wird heute nicht mehr gestellt und untersucht, weil der Erfolg einer Therapie nicht nur von der Störung, sondern auch von dem Störungsmodell des Therapeuten, der Person des Therapeuten und der Person des Patienten abhängen.

Ferner kommen Überlegenheitsangaben zu jedweder Behandlung ohne gleichzeitige Aussagen über das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten zu ziemlich irreführende Aussagen. Wenn das Verfahren A bei einer bestimmten Störung X eine Erfolgsquote von 80% aufweist, aber 70% der Patienten mit der Störung X diese Behandlung für sich ablehnen, etwa weil sie ihnen zu gefährlich erscheint, dann ist diese Behandlung weniger erfolgreich als die Behandlung B, der sich 10% versagen und die nur eine Erfolgsquote von 40% aufweist: Im Fall A profitieren 24, im Fall B 36 % der Patienten.

2.2 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

Sowohl die zugrunde liegende Persönlichkeitstheorie als auch die Therapietheorie der beiden Verfahren unterscheiden sich in vielfacher Hinsicht. Diese Unterschiede können hier nicht in allen Einzelheiten dargelegt werden. Dazu wird auf gängige Lehrbücher der Psychotherapie verwiesen, z.B. Kriz (9), Reimer et al. (10) oder die 3. Auflage des Lehrbuches von Senf & Broda (11).

Einer der Hauptunterschiede zwischen Behaviorismus und der Humanistischen Psychologie liegt in den Annahmen über das Wesen des Menschen. Die Gesprächspsychotherapie ist einer phänomenologisch-existenzialphilosophischen Position verpflichtet, bei der das "Wesen des Menschen" ins Zentrum gerückt und von daher versucht wird, die konkrete Situation des therapeutischen Handelns und die dort beobachtbaren Vorgängen zu verstehen und theoretisch zu rekonstruieren. Damit wird die Verankerung menschlichen Leidens und dessen

therapeutischer Veränderung in den bio-physischen Lebensprozessen und der Stellenwert auch reiz-reaktionsbedingter Lernzusammenhänge keineswegs negiert. Aber als mindestens eben so bedeutsam für den Menschen - im Gegensatz zum nicht-menschlichen Bio-Organismus - ist der Aspekt, dass der Mensch als reflexives Wesen seine Existenz und sein Dasein in dieser Welt sinnhaft definieren kann und muss.

2.3 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie in der ambulanten Versorgung?

Diese Frage wurde bereits unter Frage 2 beantwortet.

2.4 *Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?*

Auch zwischen diesen beiden Grundorientierungen sind die Unterschiede in den persönlichkeits-theoretischen und therapietheoretischen Annahmen erheblich und in der gebotenen Ausführlichkeit hier nicht darstellbar. Auch hierzu wird auf die zahlreichen einschlägigen Lehrbücher verwiesen. Beispielfhaft herausgestellt seien daher nur folgende Unterschiede.

- ein an der Existenzphilosophie orientiertes *philosophisches* Menschenbild
- die Phänomenologie als wissenschaftliche Erkenntnismethode
- die Wahrung des Prinzips der "Sparsamkeit" bei den theoretischen Postulaten: Das einzige von Rogers für die Entwicklung eines Selbstkonzepts (= Selbst) als notwendig postulierte Bedürfnis ist „need for positive regard“ (Bedürfnis nach positiver Beachtung)
- den Verzicht auf die Annahme spezifischer biologisch determinierter Vorgänge (etwa einer Triebtheorie) als Hauptfaktoren in der *psychischen* Entwicklung von Menschen
- die Aufgabe des psychoanalytischen Strukturmodells. Stattdessen wird ein im Prinzip offenes psychisches Systems postuliert: das Selbst bzw. Selbstkonzept.

2.5 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie in der ambulanten Versorgung?

Diese Frage wurde bereits unter Frage 2 beantwortet.

2.6 *Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar*

a) *bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?*

Es erfolgt keine Erweiterung des Indikationsspektrums bezüglich bestimmter Störungsbilder, sondern es können Patienten psychotherapeutisch erreicht werden, für die das therapeutische Angebot der bisherigen Richtlinienverfahren nicht angemessen oder zweckmäßig ist. Das Indikationsspektrum für Psychotherapie wird also bezüglich der Passung „Therapieverfahren Gesprächspsychotherapie – Patient“ erweitert.

b) *hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?*

Mit einer generellen Verkürzung der Behandlungsdauer durch Gesprächspsychotherapie ist nicht zu rechnen. Sie ist zwar ursprünglich als eine Kurztherapie im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse angetreten, ihre Behandlungszeiten sind denen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sehr ähnlich.

Die Gesprächspsychotherapie verfügt über störungs- und personbezogene Modelle von Behandlungen mit unterschiedlich langer Behandlungsdauer, z.B. über ein

kurztherapeutisches Konzept bei Anpassungsstörungen. Im Übrigen gilt auch hier, dass empirische Untersuchungen zum Vergleich von Behandlungszeiten in der internationalen Psychotherapieforschung für alle Verfahren weitgehend fehlen.

c) *Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?*

Es können Katamnesen bis zu einem Zeitraum von 12 Jahren nachgewiesen werden. Die Ergebnisse (z.B. Frohburg 2003) lassen durchgängig erkennen, dass Gesprächspsychotherapie eine Langzeitwirkung entfaltet: Im Durchschnitt kann der „Therapiegewinn“ zum Katamnesezeitpunkt gehalten werden oder es kommt zu weiteren Besserungen in der Symptomatik.

3. Gibt es Patienten, die mit Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder nur unzulänglich behandelt werden, aber von einer Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Diese Frage wurde mit den Ausführungen zu Frage 2 bereits bejaht. Es sei noch einmal der Hinweis erlaubt, dass diese Frage – auch wenn sie für den Bereich der Wirksamkeit und Zulassung von Arzneimitteln durchaus sinnvoll ist - hinter den Stand der internationalen Psychotherapieforschung zurückfällt und in dieser Form nicht mehr gestellt werden sollte: Es gibt bisher keine Verfahren, die durchgängig anderen Verfahren in ihrer Wirksamkeit „überlegen“ sind. Der Stand der empirischen Therapieforschung wird durch das Allgemeine Modell von Psychotherapie von Orlinsky und Howard (s. Orlinsky 2004) repräsentiert. Dieses international anerkannte Modell stellt heraus, dass der Therapieerfolg von mindestens 4 Passungen abhängt, die sich zwischen den vier wichtigsten eine Psychotherapie konstituierenden Faktoren einstellen: Die Passungen „Patient-Therapeut“, „Störungsbild-Behandlungsmodell“, „Störungsbild-Person Therapeut“ und „Behandlungsmodell-Person Patient“.

1.9. Fragen zur Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Auf Ausführungen zu den Fragen 4 und 5 verzichten wir, da diese durch die geschäftspsychotherapeutischen Fachverbände und Psychotherapeutenkammern beantwortet werden und wir vermutlich keine neuen Aspekte dazu beitragen können.

1.10. Ergänzung

Die Vertreter des Verfahrens sind seit seiner Begründung durch Carl Rogers der Selbstverpflichtung nachweislich nachgekommen, das Verfahren und seine Anwendung in der klinischen Praxis einer wissenschaftlichen Erforschung zu unterziehen und es auf der Grundlage dieser wissenschaftlichen und vielfältig publizierten Ergebnisse ständig weiter zu entwickeln. Lange bevor die Kriterien der evidence based medicine zum Standard erhoben wurden, wurden für die GPT empirische Studien zu ihren Wirkfaktoren publiziert. Zur objektiven Überprüfung der Beobachtungsdaten und wurden geschäftspsychotherapeutische Behandlungen von Beginn an auf Tonträger aufgezeichnet – eine wissenschaftliche Methodik, mit der sich die GPT auch heute noch von anderen auch Richtlinienverfahren unterscheidet. Gesprächspsychotherapie ist an vielen deutschen Universitäten in Lehre und Forschung nach wie vor gut vertreten, obwohl die Forschung durch die Nichteinbindung in die gesetzliche Krankenversicherung benachteiligt wurde.

Auch die in geschäftspsychotherapeutischen Fachverbänden organisierten Psychotherapeuten haben sich verpflichtet, sich einer „lebenslangen“ Supervision ihrer geschäftspsychotherapeutischen Tätigkeit zu unterziehen.

1.11. Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

7. Wir geben diese Stellungnahme als Einrichtung der Universität Hamburg zur Aus- und Weiterbildung im Bereich Psychotherapie für Ärzte und Psychologen ab.

Das Institut für Psychotherapie (IfP) ist eine gemeinsame Einrichtung der Fachbereiche Psychologie und Medizin der Universität Hamburg. Es ist dreizügig geplant. Bereits eingerichtet ist der Ausbildungsschwerpunkt „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“. Seit Oktober liegt die Anerkennung der Gesundheitsbehörde für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie vor. Der Schwerpunkt VT ist im Aufbau.

Eine sozialrechtliche Anerkennung wird von Fachbereichen Medizin und Psychologie mit Nachdruck gewünscht. Sie weisen auf die Ungleichbehandlung von Absolventen hin, die sich für Gesprächspsychotherapie als Vertiefungsverfahren entscheiden möchten, aber bisher durch die fehlende sozialrechtliche Anerkennung eine ungünstigere Berufsperspektive haben.

7.1 Die aufgeführten Einzelstudien stammen u.W. aus verfahrensunabhängigen Einrichtungen. Sie sind an Universitäten geplant und durchgeführt worden. Ob unter den Studien, die in die Metaanalysen eingegangen sind, welche sind, die aus verfahrensorientierten Einrichtungen stammen, entzieht sich unserer Kenntnis.

gez. Prof. Dr. Rainer Richter
Geschäftsführender Direktor des IfP

Universität Hamburg, Psychologisches Institut III

Prof. Dr. Reinhold Schwab
in Vertretung des Arbeitsbereichs Gesprächspsychotherapie
am Psychologischen Institut III der Universität Hamburg

Stellungnahme für den Gemeinsamen Bundesausschuss zum Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie

Angesichts vieler zu erwartender Stellungnahmen von übergeordneten Verbänden möchte ich mich auf wenige Anmerkungen zum Fragebogen beschränken, die mir bzw. uns besonders wichtig erscheinen. Immerhin sind wir als der bereits 1965 – also vor rund 40 Jahren - von Prof. Dr. Reinhard Tausch gegründete „Arbeitsbereich Gesprächspsychotherapie“ diejenige universitäre Institution, die sich von Anfang an intensiv um die Förderung der Gesprächspsychotherapie in Forschung und Lehre gekümmert und verdient gemacht hat (zusammenfassend dargestellt in Langer, 2002; vgl. auch Schwab et al., 2003).

Zu den Fragen des Katalogs:

Wir schließen uns ohne Einschränkung den Ausführungen an, die das *Institut für Psychotherapie an der Universität Hamburg* (Prof. Dr. Rainer Richter) für den Bundesausschuss vorgelegt hat. Sie repräsentieren voll unsere eigenen wissenschaftlichen Erkenntnisse und auch langjährigen praktischen Erfahrungen als Gesprächspsychotherapeuten.

Ergänzend/unterstreichend hierzu möchte ich feststellen:

Seit vielen Jahren werden am Fachbereich Psychologie unserer Universität den Studierenden - neben Kursen zur Verhaltenstherapie und Seminaren zu psychoanalytisch begründeten Verfahren - regelmäßig Veranstaltungen zu den theoretischen und praktischen Grundlagen der Gesprächspsychotherapie angeboten. Sehr viele unserer Studiumsabsolventen, die den Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten anstreben, würden sich gern zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie ausbilden lassen. Jedoch entscheiden sich viele Interessenten wegen der bislang fehlenden sozialrechtlichen Anerkennung dieses Verfahrens für eine Ausbildung in einem der sozialrechtlich anerkannten Verfahren, obwohl das dem eigentlichen Interesse und der Begabung der Betroffenen nicht voll entspricht.

Ansonsten bin ich überzeugt, dass die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie nicht zu einer nennenswerten Erhöhung der Kosten führen würde. Sie würde viel mehr dazu führen, dass viele unserer Patienten künftig eine ihrer persönlichen Wesensart eher entsprechende Psychotherapie erhalten könnten. Im Zuge damit dürfte die Zahl von Therapiewechslern eher abnehmen.

gez. Prof. Dr. Reinhold Schwab

Prof. Dr. Reinhold Schwab
Psychologisches Institut III der Universität Hamburg

Literatur zur Stellungnahme zum Fragenkatalog „Gesprächspsychotherapie“

| | | |
|---|-----|---|
| 1 | AU: | Langer I (Hg.) |
| | TI: | Menschlichkeit und Wissenschaft: Festschrift zum 80. Geburtstag von Reinhard Tausch |
| | SO: | Köln: GwG-Verlag. 2001 |
| 2 | AU: | Schwab R; Eckert J; Höger D |
| | TI: | Zur Situation der Gesprächspsychotherapie (GPT) in Forschung und Lehre in Deutschland |
| | SO: | Person; 7; 101-114 /2003/ |
| | | |
| | | |

Schmitz Ulrich M.

Diplom-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut
Ulrich M. Schmitz
Burgunder Strasse 16
50677 Köln
0221 2401269

Gemeinsamer Bundesausschuß
Postfach 1763

53707 Siegburg

Fragenkatalog für Stellungnahmen
zur Gesprächspsychotherapie

Köln, den 17.11.04

Sehr geehrter Bundesausschuß,

ich möchte mich als Praktiker nicht anhand Ihres Fragebogens, sondern in freien Worten zur o.g. Sache einlassen. Ihr Fragenkatalog entspricht einer wissenschaftlichen Position, auf der sich ein Praxisbezug nicht darstellen lässt.

Ich bin zugelassen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie nach den Übergangsregelungen des PsychThG. Ich bin überdies seit 1994 Gesprächspsychotherapeut.

Quantitätspflicht, Qualitätsanspruch, Formzwänge sowie die psychische und soziale Situation der heutigen Menschen erfordern ein modernes, bewegliches und Fall angemessenes Therapiekonzept.

Die Menschen sind heutzutage in ganz besonderem Maße eingebunden in komplexe soziale Zusammenhänge. Gesellschaftliche Richt-Werte wie Ordnung, Sauberkeit, Disziplin etc. sind Werten wie Selbstständigkeit, Kreativität, soziales Miteinander usw. gewichen. Je komplexer das Leben geworden ist, umso weniger gibt unsere Gesellschaft dem Einzelnen Halt und Richtung. Mit Blick auf die Kinderbücher wird dies noch einmal ganz anders deutlich. Während es bei alten Kinderbüchern z.B. um Gehorsam

und Treue ging, so geht es heute in Kinderbüchern um Mut, Eigenständigkeit, um die Kraft, auch mal gegen den Strom zu schwimmen.

Die Menschen sind zwar aufgeklärter, haben x Fernsehprogramme zur Information, was aber eine große Verunsicherung mit sich bringt, weil die Infos nicht aus einer Hand sind, sie sind komplex, teilweise gegenläufig.

Es gehört ein erheblich größeres Maß an Durchsetzung dazu, sich zu entscheiden. Gleichzeitig aber in dieser hohen gesellschaftlichen Komplexität managt z.B. die heutige Frau Beruf, Kinder, Weiblichkeit, Ehe, Stammfamilie uva.

Und es sind ja meist Frauen und Männer, die in unsere Praxen kommen, die einen sehr komplexen Lebensalltag meistern, aber ein Symptom entwickelt haben, was wichtige Teile oder das Ganze zu gefährden droht. In der Regel geht es um die Korrektur des Selbstbildes, respektive von bedeutsamen Teilen. Der Themenkatalog, den die Menschen in die Therapien hinein tragen ist ungleich mannigfacher als noch zu Freuds Zeiten.

Für dieses geänderte Aufgabenfeld ist ein therapeutischer Bezugsrahmen nötig, der beweglich genug ist, um sich mit den Alltagsphänomenen auseinandersetzen zu können. Andererseits soll dieser Bezugsrahmen methodisch in die Lage versetzen, bei den Patienten eine Selbstreflexion aufzubauen und zu entwickeln, anhand derer sie mit sich ins Reine kommen und eine veränderte, gesündere Lebensrealität verwirklichen können. Ziel dieser Entwicklung ist das Überflüssigwerden des Symptoms und das Überwinden der Störungsstruktur.

Von ganz besonderer Bedeutung ist eine strukturierte therapeutische Verfassung, innerhalb derer eine Unmittelbarkeit zwischen Therapeut und Patient möglich ist. Tiefenpsychologische Behandlung hört in der Deutung der neurotischen Strukturbilder, der Gegenübertragung auf, wo diese Unmittelbarkeit anfängt. Diese Unmittelbarkeit im Kontakt ist aber genau der Erfahrungsbereich, innerhalb derer der Patient für sich wichtige korrigierende Erfahrungen sammelt, eine Orientierung aufbaut, die Basis für eine größere Sicherheit und Autonomie in unserer sehr komplexen, individualisierten Welt erstellt.

Die Gesprächspsychotherapie liefert für diesen Erfahrungsbereich als einzige Therapie den theoretischen Bezugsrahmen, weil sie in

herausgehobenem Maß die Therapeut – Patient - Beziehung im Hinblick auf einen konstruktiven Therapieverlauf entwickelt.

Ich erinnere mich gerne an die junge Frau, die mit einer Borderlinesymptomatik zu mir kam, verkrachtes Elternhaus, keine Ausbildung, Drogenerfahrung. Sie stellte sich als eine Frau heraus, die aus einer Identitätsverunsicherung die psychiatrische Diagnose Borderline so adaptiert hatte, dass es ihr eine Identität gab. Im Laufe der langen Behandlung erarbeiteten wir die malignen Strukturen, was ihr half sich zu verstehen. Vor allem war es aber der Kontakt zu mir, meiner Konstanz, mein Vertrauen in sie, die Erfahrung z.B. meines Vaterwerdens (lässt sich in der Praxisorganisation ja nicht verschweigen), Stabilität, eben die Elemente der unmittelbaren zwischenmenschlichen Erfahrung, die ihr verhalfen, sich neu zu ordnen. Sie hat jetzt Familie, holt ihr Abitur nach, ist Klassensprecherin und lebt ein psychisch eigenständiges Leben.

Ich denke auch an den jungen Mann, der gerade in den Probatorischen Sitzungen zu mir kommt. Er hat Schlafstörungen als Symptom. Er versucht alles zu optimieren, seine Doktorarbeit, seine Karriere, die Kurven, die er mit dem Motorrad fährt. Er hat sich mich als Behandler ausgesucht, weil ich bekannt bin und Erfolge habe. Er sucht die provokante Reibung mit mir, wobei mir immer deutlicher geworden ist, dass sich im Hintergrund eine Zwangsstörung verbirgt, in der der Vater eine große Rolle spielt. Die Deutung alleine reicht nicht. Er braucht das Einlassen von mir als Mensch und Profi, dass es nicht um einen aseptischen Eingriff geht, sondern um das Ernstnehmen seiner Seele und die Bereitschaft, sich auf einen neuen Weg einzulassen, ohne genau zu wissen, wohin er führt. Ich bin ganz gespannt, ob die Therapieauftragsklärung, die bevorsteht, gelingt. Mir ist jedenfalls klar, dass ich den Auftrag zur Seelenoptimierung nicht annehmen würde, weil ich es für unverantwortbar halte.

Es sind sicherlich beides Male Fälle, wie sie so oder ähnlich jeder Behandler kennt. Aber nur im gesprächstherapeutischen Setting finde ich das Rüstzeug, hier geordnet mit um zu gehen, zum Beispiel durch ein offenes und klares Wort dem Patienten gegenüber von mir als Profi - Mensch.

Zusammenfassend bietet der Ansatz der Gesprächspsychotherapie insbesondere über die drei Punkte Phänomenologischer Ansatz, Therapeut-Patient-Beziehung und prozesshaftes Verstehen der Behandlung eine ganz

besondere Eigenheit, die dringend notwendig ist in den sonst eher naturwissenschaftlichen und erklärenden Therapieformen.

Ich verbleibe mit den besten Grüßen



Ulrich M. Schmitz



Brito Santos-Dodt de Mareke
Psychotherapeutische Praxis
Dipl.-Psych. Mareke de Brito Santos-Dodt
Psychologische Psychotherapeutin

Schröderstr. 46a - 69120 Heidelberg
Fon 06221-401338 Fax 06221-404395

1.11.1. Santos-Dodt – Schröderstr. 46a – 69120 Heidelberg

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Unterausschuss „Psychotherapie“
53721 Siegburg

Per eMail: gpt@g-ba.de

17. November 2004

Stellungnahme zum Fragenkatalog zur krankensicherungsrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Einzelperson mit langjähriger Berufserfahrung in der ambulanten Versorgung (Universitäre Beratungsstelle und niedergelassen in eigener Praxis) schließe ich mich zunächst inhaltlich der Stellungnahme der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg vom 11.11.2004 an.

Ergänzend scheint mir der Hinweis erforderlich, dass die Fragen nach dem Nutzen, der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Gesprächspsychotherapie als Verfahren gem. B 1.3 der Psychotherapierichtlinien, die der Unterausschuss Psychotherapie mit Schreiben vom 2. Februar 2004 gestellt hatte, von den drei Fachgesellschaften, der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) und der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) im März 2004 beantwortet wurden. Diese Antworten liegen Ihnen vor!

Ich möchte daher lediglich 3 Punkte weiter ausführen:

1. Nach meinen Erfahrungen ist die Gesprächspsychotherapie besonders geeignet für Patienten, die sich selbst mit Ihrer Störung nicht verstehen, zunächst deshalb kaum klare Worte haben für ihr psychisches und körperliches Erleben und folglich auch kein klares Therapieziel formulieren können. Diese Patienten können mit der Gesprächspsychotherapie direkt angesprochen werden und gewinnen einen verstehenden Zugang zu sich selbst. In der Theorie der Gesprächspsychotherapie wird dies als die Bearbeitung der erlebten Inkongruenz formuliert; durch den verstehenden Zugang wird die Entwicklung zur Symptomfreiheit hin ermöglicht.
2. Die Gesprächspsychotherapie kommt seit rund 30 Jahren in der ambulanten wie in der stationären Versorgung zur Anwendung. Für Gesprächspsychotherapeuten ist es selbstverständlicher Bestandteil ihrer Berufsausübung, dass sie Testverfahren einsetzen, die eigens entwickelten Instrumente zur Prüfung und Sicherung der Prozessqualität benutzen (Therapiestunden-Begleitbögen), und einer kollegialen Interventionsgruppe angehören.

3. Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg hat unter ihren rund 4000 approbierten Mitgliedern 300 Gesprächspsychotherapeuten, die in Institutionen tätig sind und/oder in freier Niederlassung, z.Tl. mit Kassenzulassung in anderen Verfahren arbeiten.

Ich würde es daher begrüßen, wenn nun endlich auch kassenrechtlich nachvollzogen würde, was in der „scientific community“ , also in der internationalen Fachöffentlichkeit schon längst unumstritten ist.

Diese Stellungnahme gebe ich als Privatperson ab, möchte jedoch auch erläutern, dass ich als Gesprächspsychotherapeutin (GwG) mit Kassenzulassung für Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, ein eigenes Interesse daran habe, auch den GKV-Patienten Gesprächspsychotherapie anbieten zu können. Ich bin berufspolitisch in der GwG engagiert (GwG-Regionenvertreterin Rhein-Neckar) und wurde u.a. deshalb in den Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg gewählt. Interessenkonflikte kann ich für mich nicht erkennen, denn ich verstehe meinen berufspolitischen Auftrag als eine therapieschulenübergreifende Aufgabe.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Mareke de Brito Santos-Dodt

Fuhrmann Eberhard

An den gemeinsamen Bundesausschuss
Gemäß § 91 Abs.5 SGB V Unterausschuss Psychotherapie

Herrn Wiesner

Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Sehr geehrter Herr Wiesner,

ich danke Ihnen für die Zusendung des Fragebogens zur GPT .

Das bisherige Verfahren zur Zulassung der Gesprächspsychotherapie imponiert dem unbefangenen Betrachter als ein bislang erfolgreicher Versuch, die Zulassung eines neuen Verfahrens und damit eines weiteren Mitbewerbers um den "sozialrechtlichen Kuchen" neben bisher zugelassenen Psychotherapieverfahren ad ultimo zu verschleppen.

Damit wird dem Geist des 1999 in Kraft getretenen PTG, der eine Offenheit für die Zulassung weiterer wissenschaftlich anerkannter und bewährter Verfahren forderte, eklatant widersprochen.

In diesem Kontext erscheint die Aussendung des Fragebogens als ein weiterer Schritt zur Verschleppung der sozialrechtlichen Anerkennung eines wissenschaftlich längst anerkannten und in ca. 35-jähriger Praxis bei GKV-Versicherten in zahlreichen Kliniken (auch in der früheren DDR), Beratungsstellen und privaten Praxen niedergelassener Psychotherapeuten erprobten und bewährten Verfahrens. Das geht zu Lasten der vom Gesetz gewollten Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren für eine optimale psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung.

Ich möchte die Mitglieder des G-BA dazu auffordern, die längst vorliegenden Dokumentationen der GwG, die Stellungnahmen der Landespsychotherapeutenkammern wie der Bundespsychotherapeutenkammer und die vorzügliche Ausarbeitung des "bvpp" vom 12.November 2004 als Antwort auf Ihren Fragebogen der ich mich in vollem Umfang anschließen, angemessen zu würdigen und die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie ohne weitere Blockade-Versuche zu betreiben.

Mit freundlichem Gruß

E. Fuhrmann

Eberhard Fuhrmann
Psychologischer Psychotherapeut
Diplom-Psychologe
Ausbilder für Gesprächspsychotherapie in der GwG Brückenstrasse 47 69120
Heidelberg
06221 40 05 40
e.fuhrmann.hd@t-online.de

Henning Dr. Hans

17. Nov. 2004

Pj

Dr. Hans Henning
Nervenarzt
Facharzt für psychotherapeutische Medizin
Psychoanalyse · Psychotherapie

Reichswaldstraße 39 14.11.04
91052 Erlangen
Tel. (09131) 33347

Unterausschuß Psychotherapie
des gemeinsamen Bundesausschuß
Postfach 1763
53707 Siegburg

| | | | | | | |
|---|------------|---------------|------------------|-----|-------|---------|
| Gemeinsamer Bundesausschuß Abteilung I | | | | | | |
| Eingang: 17. Nov. 2004 | | | | | | |
| Original | M. Wierzy | | | | | |
| Anrede | Fr. Gierke | | | | | |
| Vorsitzende | GF | SfSt Recht | SfSt Methodik | P/O | Verw. | Abt. II |

Betr. Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum Beratungsthema Gesprächspsychotherapie nehme ich wie folgt Stellung:

zu 2.3. Welchen zusätzlichen Nutzen bringt die Gesprächspsychotherapie...?

die Erfahrung aus 30 Jahrenpsychotherapeutischer Praxis zeigt, daß nicht alle verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten in der Lage sind, das verhaltenstherapeutische Angebot ausreichend zu nutzen. Einigen Patienten, die ohne Erfolg mit Verhaltenstherapie behandelt wurden, konnte erst durch Gesprächspsychotherapie geholfen werden.

zu 2.5. Welchen zusätzlichen Nutzen...?

auch Patienten, die eine psychoanalytische Psychotherapie erfolglos abgebrochen hatten, konnte durch Gesprächspsychotherapie geholfen werden.

zu 6. Gibt es zusätzliche Aspekte...?

Die Erfahrungen in der Praxis bestätigen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Forschung, daß sowohl bei Kurz- als auch bei Langzeittherapien das gesprächspsychotherapeutische Vorgehen erfolgreich ist und darüber hinaus von den Patienten als angenehm erlebt wird, so daß es nur selten zu Therabbruch kommt.

zu 7. Bitte geben Sie an...

Ich bin niedergelassener Nervenarzt und Psychotherapeut (seit 1.5.1971), Ausbilder der GwG und der ÄGG, Supervisor für tiefenpsychologische Psychotherapie, von der BLÄK zugelassen als Ausbilder für Autogenes Training und für Gesprächspsychotherapie. Interessenkonflikte bestehen nicht, da ich selbständig und unabhängig bin.

Mit freundlichen Grüßen

H. Henning

Schäfer Sabine



Dipl.-Psych. Sabine Schäfer Tobelwasenweg 10 D-73235 Weilheim/Teck

An den Gemeinsamen Bundesausschuss Postfach 1763

53707 Siegburg

-per E-Mail -

Ihre Zeichen, Ihre Nachricht vom Unser Zeichen, unsere Nachricht vom Telefon, Name

Datum

17.11.2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

in der Bekanntmachung des Bundesministeriums vom 29.09.2004 werden Gesprächspsychotherapie-Sachverständige aus Wissenschaft und Praxis aufgefordert, zur Überprüfung der Gesprächspsychotherapie gem. § 135 Abs. 1 des SGB V Stellungnahmen abzugeben. Als kassenzugelassene Psychotherapeutin für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene und Kinder, als ausgebildete Verhaltenstherapeutin in ambulanter psychotherapeutischer Praxis und als von der GWG ausgebildete Gesprächspsychotherapeutin möchte ich zu diesem Fragenkatalog Stellung nehmen.

STELLUNGNAHME ZUM FRAGENKATALOG ZUR GESPRÄCHSPSYCHOTHERAPIE

FRAGEN ZUM VERFAHREN

1. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?

Die Gesprächspsychotherapie wurde bereits als eigenständiges Psychotherapieverfahren vom wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie neben den bisherigen anerkannten Richtlinienverfahren für

die vertiefte Ausbildung anerkannt. Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie prüfte im Zuge dieses aufwendigen Anerkennungsverfahrens der Gesprächspsychotherapie zur vertieften Ausbildung u.a. das Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategien und stellte dieses Ergebnis in seinem Gutachten ausführlich dar.

1.1 Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?

Die Anwendung der Gesprächspsychotherapie kann in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden:

a) *Im Zuge der berufsrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie wurden und werden be-*

reits an vielen staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten Ausbildungsgänge zum Erwerb der

b) *Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat am 16. Mai 2002 die Gesprächspsychotherapie als "wissenschaftlich anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren" im Sinne des § 1 Abs. 3 Satz 1 PsychThG anerkannt. In diesem Zusammenhang hat er auch u.a. die hohe Qualität der Ausbildung nach den Richtlinien der GwG gewürdigt. Auf dieser Grundlage wurden in der Vergangenheit viele Kolleginnen und Kollegen in Gesprächspsychotherapie ausgebildet und haben auf dieser Grundlage bei der Umsetzung des PsychThG ihre Approbation erworben.*

c) *In der ehemaligen DDR war die Gesprächspsychotherapie bereits in das Gesundheitssystem integriert. Dort ansässige Kolleginnen und Kollegen haben nach dem Diplom im Rahmen der staatlichen Regelung der psychotherapeutischen Weiterbildung durch die Akademie für ärztliche Weiterbildung (in dessen Vorstand paritätisch Ärzte und Psychologen vertreten waren) die Fachkunde zur Ausübung der Gesprächspsychotherapie erwerben können. Die Gesprächspsychotherapie galt in der damaligen DDR als eines der Hauptverfahren, welches in Kliniken und in der ambulanten Psychotherapie angewandt wurde. Es gibt also aus diesem Bereich Deutschlands bereits einen grossen Anteil von Kollegen, die mit einer qualifizierten Ausbildung in der gesetzlichen Gesundheitsversorgung Krankenbehandlung mit dem Psychotherapeutischen Verfahren der Gesprächspsychotherapie durchgeführt haben.*

Nach der Etablierung der Gesprächspsychotherapie als Schwerpunktverfahren im Rahmen der staatlich geregelten Psychotherapieausbildung wird es ausreichend Nachwuchs für die vertragsärztliche Versorgung geben.. Für Kollegen, die bereits eine Ausbildung in Gesprächspsychotherapie vor dem PsychThG absolviert haben, müssen Übergangsregelungen geschaffen werden, die bestehende Qualifikationen anerkennen und Nachqualifikationen regeln.

1.2 Über welche Qualifikation / Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?

Für den Nachweis der Fachkunde in Gesprächspsychotherapie sind die gesetzlichen Bestimmungen des Psychotherapeutengesetzes im SGB V § 95 c massgebend. Es ist anzumerken, dass bei der Begutachtung der Gesprächspsychotherapie durch den wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie die Qualität der Ausbildung gemäss der Ausbildungsbestimmungen der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) betont wurde. Bei der notwendigen Erarbeitung von

Übergangsbestimmungen für die sozialrechtliche Anerkennung der Fachkunde sollte dieser anerkannten Qualität der Ausbildungskriterien der GWG Rechnung getragen werden.

FRAGEN ZUM DIAGNOSTISCHEN UND THERAPEUTISCHEN NUTZEN

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

Ja, mit der Einführung der Gesprächspsychotherapie findet eine Verbesserung der Patientenversorgung statt. Die Verbesserung besteht in der Erweiterung der Auswahl von Psychotherapieverfahren in der gesetzlichen Krankenversorgung, auf welche der Patient und der Therapeut zurückgreifen können. Wie auch im Kommentar der Psychotherapierichtlinien von Faber/Haarstrick festgehalten, ist die „Pas

sung“ von der Patientenpersönlichkeit, dem Verfahren und dem Therapeuten sehr wichtig für den Erfolg einer psychotherapeutischen Krankenbehandlung. Hieraus ergibt sich die Basis jeder Psychotherapie, eine gute therapeutische Beziehung zwischen dem Patienten und dem Psychotherapeuten. Die Güte dieser Beziehung als Grundlage einer Behandlung und ihres Erfolges ist mehrfach wissenschaftlich belegt. Ich kann dies aus eigener Erfahrung betätigen. Im Rahmen der probatorischen Sitzungen habe ich bisher immer feststellen können, dass ein bestimmtes Verfahren von dem Patienten wesentlich besser angenommen werden konnte, weil es mehr seiner Persönlichkeit gerecht wurde. Aufgrund der sozialrechtlichen Zulassungen konnte ich hier meinen Patienten in der kassenärztlichen Versorgung bisher nur die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie anbieten, oder ihn an einen Kollegen mit psychoanalytischer Ausbildung überweisen. Meine Qualifikation als Gesprächspsychotherapeutin stand Patienten als Wahlmöglichkeit im Rahmen der sozialrechtlichen Krankenversorgung nicht zur Verfügung. Die Einführung der Gesprächstherapie in die kassenärztliche Versorgung vergrößert somit das Angebot an den Patienten, die Methode, die ihm am ehesten entspricht für seine Gesundheit in Anspruch zu nehmen und damit seinen Heilungsprozess zu erleichtern.

- 2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

Bei der jetzigen soziarechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie geht es nicht darum, eine Überlegenheit der GPT gegenüber den eingeführten Richtlinienverfahren darzustellen. Es kann bei der sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung eines Verfahrens nur darum gehen, die im SGB V in den Paragraphen zu „Qualität und Wirksamkeit von Leistungen“ nach „allgemein medizinischem Standard“ zu prüfen und zu regeln. Für Psychotherapie gibt es bisher keinen „allgemeinen Standard zur Bewertung der Wirksamkeit von Psychotherapie“ der eine vergleichende wissenschaftliche Überprüfung unterschiedlicher Verfahren untereinander erlauben könnte. Die bereits zugelassenen Verfahren haben sich dieser Prüfung auch nicht stellen müssen, bzw. aufgrund des jetzigen Standes der wissenschaftlichen Forschung nicht stellen können. Deswegen kann eine generelle Überlegenheit eines Psychotherapieverfahrens im Vergleich zu einem anderen bis heute nicht belegt werden.

- 2.2 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

Die Gesprächspsychotherapie ist bereits als eigenständiges Verfahren anerkannt. Damit muss nicht mehr eine Abgrenzung zu anderen Verfahren geprüft werden.

2.3 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?

Jedes zusätzliche Verfahren, welches zur psychotherapeutischen Behandlung wissenschaftlich anerkannt ist, stellt eine Verbesserung der ambulanten (und stationären) Versorgung dar. Die Vielfalt erhöht die Chance der optimalen Passung von Patient, Verfahren und Therapeuten. (siehe auch 2.)

2.4 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?

Siehe 2.2.

2.5 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?

Siehe 2. und 2.3

2.6 Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar

- bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?
- hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?
- in Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?

Siehe 2. und 2.3.

2.7 Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

Wurde bereits nachgewiesen. Siehe 1..

FRAGEN ZUR MEDIZINISCHEN NOTWENDIGKEIT

3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Der gegenwärtige Stand der differentiellen Psychotherapieforschung erlaubt noch keine hinreichend gesicherten Aussagen für die angesprochenen Indikationsfragestellungen.

Siehe auch 2. und 2.1.

FRAGEN ZUR WIRTSCHAFTLICHKEIT

4. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren?

Kann der Patient das Psychotherapeutische Behandlungsverfahren wählen, mit der grösstmöglichen „Passung“, dient dies der Wirtschaftlichkeit der Krankenbehandlung.

2. und 2.1.

4.1 Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer / -frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

Die Bestimmung der Behandlungskontingente, die –dauer und –frequenz sollte analog der

Vorgaben der tiefenpsychologischen Psychotherapie erfolgen.

FRAGEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

5. Welche Vorgaben werden von den Vertretern der Gesprächspsychotherapie zu Maßnahmen der Qualitätssicherung, und zur Dokumentation der Behandlung gemacht?

Es müssen hier die gesetzlichen Regelungen, wie auch bei den anderen sozialrechtlich anerkannte Psychotherapieverfahren eingehalten werden. Zusätzliche oder veränderte Vorgaben bei der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den anderen 3 Richtlinienverfahren entbehren einer wissenschaftlichen Grundlage. Ob ein Psychotherapeut aufgrund seines Arbeitsstiles weitere Massnahmen der Qualitätssicherung einführt, sollte – wie auch bei den anderen Richtlinienverfahren – ihm selbst überlassen werden.

Für die Gesprächspsychotherapie sollte ein eigenes Gutachtersystem eingeführt werden, mit Gutachtern mit einschlägiger Qualifikation.

ERGÄNZUNG

6. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

FRAGEN ZU MÖGLICHEN INTERESSENKONFLIKTEN

7. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. als Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.

Diese Stellungnahme gebe ich als Privatperson ab, die seit langen zwei unterschiedliche Richtlinienverfahren in der ambulanten Praxis anwendet. Ich möchte nicht verschweigen, dass ich ausgebildete Gesprächspsychotherapeutin bin (Abschluss bei der GWG 1994) mich berufspolitisch beim Deutschen Psychotherapeutenverband DPTV engagiere, als auch Delegierte in der Psychotherapeutenkammer Baden-Württembergs bin (hier auch stellvertr. Vorsitzende des AFW-Ausschusses).

Interessenkonflikte kann ich nicht erkennen.

Weilheim/Teck, den 17.11.2004

Dipl.-Psych.

Sabine

Schäfer

Niedersächsisches Landeskrankenhaus

1.12. Dr. Dietrich H. Moshagen
Niedersächsisches Landeskrankenhaus

Arzt für Innere Medizin

38154 Königslutter

Arzt für Psychotherapeutische Medizin

Vor d. Kaiserdom 10

*Von der Ärztekammer Niedersachsen ermächtigt
zur berufsbegleitenden Weiterbildung in
Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie
Gesprächspsychotherapie nach Rogers
Selbsterfahrung, einzeln und in Gruppen
Supervision
Autogenes Training
den 23. 9. 2004*

T.: 05353-901327

*An den
Unterausschuss „Psychotherapie“
des Gemeinsamen Bundesausschusses
53721
Auf dem Seidenberg 3 a*

Siegburg

Per E-mail: gpt@g-ba.de

Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren !

Auf die Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung über das Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ nehme ich zu den vorgelegten Fragen aus dem Fragenkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses wie folgt Stellung. Ich kann mich dabei als nicht wissenschaftlich tätiger Psychotherapeut nur auf meine klinische Erfahrung beziehen und nur die darauf bezogenen Fragen beantworten.

Zu 2.1: Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar ?

Die Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie bei der Mehrzahl psychotherapeutisch behandelbarer Krankheitsbilder ist gegenüber dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer nachgewiesen. Überlegen ist die Gesprächspsychotherapie nach meiner Erfahrung bei leichteren und mittelschweren Depressionen, besonders in Lebenskrisen (nach ICD 10: F 32.0, F32.1, F 43.21) und anderen Anpassungsstörungen (ICD 10: F 43.2), wo Hilfe zur Lösung und Verkräftung aktueller Probleme nötig ist, wo es also nicht um Einüben anderen Verhaltens geht, sondern darum zu verstehen, was passiert ist, und damit fertig zu werden. Die Gesprächspsychotherapie legt im Gegensatz zu den Richtlinienverfahren das Gewicht darauf, den Patienten zur eigenen Bewältigung der auslösenden Konflikte zu befähigen, u. a. indem sie die den Konflikten häufig zugrunde liegende Beziehungsstörung des Patienten bessert. Hier wird also über das, z. B. von der Verhaltenstherapie geleistete hinaus, wichtige Rückfallprophylaxe geleistet.

Den Richtlinienverfahren überlegen ist die Gesprächspsychotherapie auch bei der Behandlung von Patienten, deren Störung vor dem Hintergrund einer ängstlich-unsicheren Persönlichkeitsstruktur (ICD 10: F 60.6, F 60.7, bzw. Z 73,1) steht und die deshalb Schwierigkeiten haben, Vertrauen aufzubauen. Hier haben der Beziehungsaufbau und w. o. ausgeführt die Förderung der Beziehungsfähigkeit einen besonderen Stellenwert und hier liegen u. a. die Stärken der Gesprächspsychotherapie.

Überlegen ist die Gesprächspsychotherapie schließlich bei der Behandlung strukturell schwerer gestörter Patienten, bei denen häufig begleitend Störungen der Impulskontrolle oder Suchttendenzen bestehen (F 60.3) Diese profitieren besonders vom gesprächspsychotherapeutischen Angebot einer akzeptierenden, aber klaren Beziehung, in der darüber hinaus Klärung und Validierung ihrer Emotionen und Motivationen erfolgt, während eine Beschäftigung mit den biographischen Hintergründen der Störung, wie er in der tiefenpsychologisch fundierten Therapie im Vordergrund steht, noch gar nicht möglich ist und die Patienten auch für eine Verhaltenstherapie oft nicht stabil genug sind. (Ausgenommen sind schwere Borderlinestörungen mit schwerer chronischer Traumatisierung in der Biographie und selbstverletzendem Verhalten, die spezielle Vorgehensweisen erfordern)

Zu 2.3: Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung ?

Es gibt eine Reihe Patienten, die aus verschiedenen Gründen für eine Verhaltenstherapie oder eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie nicht geeignet sind, aber von einer Gesprächspsychotherapie profitieren. (s. Punkt 3) Für diese Patientengruppe öffnet die Gesprächspsychotherapie doch noch einen Weg zu der benötigten psychotherapeutischen Hilfe zu kommen.

Aber auch viele Patienten, die von einer Verhaltenstherapie im Prinzip profitieren, haben von einer Gesprächstherapie mehr Nutzen. Dies trifft besonders für Patienten zu, die an weniger umschriebenen und abgegrenzten Symptomen leiden. Da in der Gesprächspsychotherapie das Bemühen des Therapeuten, die Motive, Gefühle und Wünsche des Patienten zu verstehen und damit zu klären, eine entscheidende Rolle spielt, ermöglicht sie dem Patienten, sich über sich selber und seine Schwierigkeiten klarer zu werden und seine Lebensziele zu klären. Vor allem aber ermöglicht die Gesprächspsychotherapie dem Patienten, über die von der Verhaltenstherapie angestrebten Veränderung des Verhaltens hinaus, seine Ziele in Zukunft spezifischer und mit adäquateren Mitteln anzustreben. Auf diese Weise verfügt der Patient bei der nächsten Krise über bessere Lösungsstrategien und wird nicht so schnell wieder ärztliche oder therapeutische Hilfe benötigen.

Zu 2.5: Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung ?

Auch hier gilt, dass die Schwelle für die Aufnahme einer Therapie durch das spezifische akzeptierende, verstehende gesprächspsychotherapeutische

Vorgehen für viele Patienten niedriger ist, als in der tiefenpsychologischen Therapie, sodaß Patienten, die eine Psychotherapie benötigen, aber vor einer tiefenpsychologischen Therapie zurückschrecken, hier doch noch einen Weg zu der benötigten psychotherapeutischen Hilfe finden können.

Ablehnung oder Abbruch einer tiefenpsychologischen Behandlung habe ich z. B. bei Patienten erlebt, denen ein deutendes, sehr abstinentes Therapeutenverhalten zu distanziert war und die sich daraufhin alleingelassen oder sogar abgelehnt fühlten. Den Wunsch mancher Patienten, dass der Therapeut an ihrer Stelle aktiv werden soll, will auch die Gesprächspsychotherapie nicht erfüllen, aber das aktivere, stärker emotionsgetragene Vorgehen der Gesprächspsychotherapie wird von vielen Patienten als enorm entlastend und beruhigend erlebt. Sie können sich eher auf die Therapie einlassen und diese erfolgreich zu Ende führen.

Zu 3: Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder mit psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren ? In welchem Umfang ?

Es gibt eine Reihe von Patienten, die mit Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologisch fundierter Therapie nicht ausreichend behandelbar sind und von einer Gesprächspsychotherapie profitierten. Zu mir kommen, in ambulante oder in stationäre Therapie, nicht selten Patienten, die entweder von tiefenpsychologisch tätigen Therapeuten trotz Indikation für eine Psychotherapie nicht in Therapie genommen wurden oder sich den Anforderungen einer Verhaltenstherapie nicht gewachsen fühlten oder bereits eine ambulante und stationäre verhaltenstherapeutische oder tiefenpsychologische Therapie, häufig auch beides, hinter sich hatten, und dann von einer Gesprächspsychotherapie profitierten. Ihre Zahl dürfte nach meiner Erfahrung bei 10% bis 20% der Patienten, die ambulante Therapie suchen, und bei 20% bis 30% der Patienten, die in stationäre Psychotherapie kommen, liegen.

Es handelt sich dabei um Menschen, die für eine Verhaltenstherapie zu instabil oder nicht ausreichend motiviert sind oder davor Angst haben und die für eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie nicht ausreichend introspektionsbereit oder introspektionsfähig sind, und Patienten, die, wie unter 2.1 ausgeführt, strukturell gestört sind oder bei denen Beziehungsstörungen im Vordergrund stehen, bei denen der Aufbau einer therapeutischen Beziehung also besondere Mühe, Sorgfalt und Zeit erfordert.

Zu 7: Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z. B. als verband, Institution oder Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten ihrer Person, bzw. der Institution für die Sie sprechen.

Ich bin Oberarzt des Sonderbereiches Psychotherapie an einem Landeskrankenhaus. Ich bin von der Ärztekammer Niedersachsen ermächtigt zur Durchführung ambulanter Psychotherapien, behandle also ambulante und stationäre Patienten.

Diese Stellungnahme gebe ich als Privatperson ab. Unser Haus, bzw. dessen Leitung ist nicht auf eine Therapierichtung festgelegt, sodaß kein

Einfluß des Arbeitgebers auf diese Stellungnahme vorliegt.

Mit freundlichen Grüßen

(Dr. D. Moshagen)

Psychotherapeutenkammer Hamburg
Zulassung der Gesprächspsychotherapie
Fragenkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses

Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Hamburg

Fragen zum Verfahren

1. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?

Hierzu wird auf das Gutachten des vom Gesetzgeber mit dem PsychThG eingesetzten Gremiums, des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie sowie auf die einschlägigen Lehrbücher der GPT verwiesen.

1.1. Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?

1.12.1.

Die Gesprächspsychotherapie wird seit Jahrzehnten ambulant und stationär erfolgreich in der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen angewendet. Die Versorgung kann gewährleistet werden durch Psychotherapeuten, die in Gesprächspsychotherapie ausgebildet und in den meisten Bundesländern auf dieser Grundlage nach § 12 PsychThG approbiert worden sind. Bis zur Verfügbarkeit von Psychotherapeuten mit vertiefter Ausbildung in Gesprächspsychotherapie entspr. § 8 Abs.3 Nr.1 PsychThG und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie mit der Schwerpunktweiterbildung in Gesprächspsychotherapie stehen Ärzte und Psychotherapeuten in ausreichender Zahl zur Verfügung, die gesprächspsychotherapeutisch qualifiziert sind.

Am Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg wurde zum WS 04/05 ein Ausbildungsgang mit Vertiefung in GPT eingerichtet und von der zuständigen Landesbehörde anerkannt.

1.2. Über welche Qualifikation / Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?

Die Qualifikationsanforderungen zum Fachkundenachweis sind für alle Verfahren einheitlich gesetzlich geregelt (§ 95c SGB V).

Zur Einführung der Gesprächspsychotherapie in die vertragliche Versorgung müssen Übergangsregelungen getroffen werden. Naheliegend ist es, dazu die Qualifikation, die nach den Richtlinien der Fachgesellschaften erworben wurde, zugrunde zu legen. Die Landespsychotherapeutenkammern sind einzubeziehen.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt Bl. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

Soweit die Frage auf einen quantifizierbaren Überlegenheitsnachweis abstellt, der eines der bisher für die vertragliche Versorgung zugelassenen Verfahren überflüssig machen würde, ist darauf hinzuweisen, dass die internationale Psychotherapie-Forschung solche Nachweise bis heute erbracht hat und aus methodischen Gründen auch nicht erbringen können. Die Forderung nach einem evidenzbasierten Nachweis besserer Wirksamkeit gegenüber anderen Verfahren ist somit in Unkenntnis des aktuellen Internationalen Stands der Psychotherapie aufgestellt. Sie mag etwa für den Arzneimittelsektor gelten, für den Bereich der Psychotherapie kann die Wirksamkeit einer Behandlung hingegen nur unter Berücksichtigung der „Passung“ Störungsbild/ Persönlichkeit des Patienten, Psychotherapieverfahren, Person des Psychotherapeuten beurteilt werden. Hierauf weisen im übrigen auch schon Faber/Haarstrick in ihrem Kommentar der Psychotherapie-Richtlinien hin.

Die Erweiterung der bisherigen psychotherapeutischen Richtlinien-Versorgung um ein Verfahren der humanistischen Psychotherapie stellt eine neue Konzeptualisierung von Therapieprozessen dar, mit deren Hilfe Patienten und entsprechend ausgebildete Psychotherapeuten über alternative Behandlungsmöglichkeiten verfügen. Den Versicherten werden eine alternative Behandlungsmethodik und ein andersartiges Behandlungsangebot zur Wahl gestellt.

Durch diese Wahlmöglichkeit für die Patienten werden die Chancen zu einer einzelfallgerechten „Passung“ mit verbesserter Behandlungsprognose deutlich erhöht.

2.1. Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

Der Stand der Wissenschaft lässt keine gesicherten Aussagen über Qualitätsunterschiede und differenzielle Indikationen der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren zu (s.a. 2 und auch Faber/Haarstrick, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien).

Neue Verfahren sollen hinreichend erprobt, wissenschaftlich begründet, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie sollen über ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung und Behandlungsmethoden verfügen, die in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind.

Der GKII (Gesprächskreis II), in dem alle Fachrichtungen der Psychotherapie in Deutschland vertreten sind, hat dazu in seinem Schreiben vom 12. März 2004 an den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses Stellung genommen.

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg macht die dortigen Ausführungen zum Bestandteil ihrer Stellungnahme zu dieser Frage.

2.2. Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

Die Abgrenzung der Verfahren ist im psychotherapeutischen Berufs- und Ausbildungsrecht bereits geklärt und durch das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Gesprächspsychotherapie belegt.

2.3. Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?

Siehe Kommentar unter 2.1. und 2.2.

Ergänzend: Im Bereich der Psychotherapie liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor, welche Behandlungsverfahren für welche Patienten besser oder schlechter geeignet sind. Entscheidend ist die richtige mehrdimensionale „Passung“ (s.o.). Zur sachgerechten psychotherapeutischen Versorgung sind alle geeigneten – also wissenschaftlich begründeten, erprobten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen - Verfahren notwendig, um den Versicherten die für sie im Einzelfall passende Behandlung zu ermöglichen.

2.4. Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?

Siehe Kommentar zu unter 2.3.

2.5. Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?

s. oben zu 2.4.

2.6. Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums? Hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer? Im Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?

Siehe Kommentar unter 2, 2.1,

3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Die medizinische Notwendigkeit lässt sich nicht auf die Frage reduzieren, ob die bisherigen Versorgungsangebote defizitär sind. Vielmehr geht es um eine Differenzierung des Behandlungsangebots. Die Gesprächspsychotherapie ist ein den bisher in der Versorgung praktizierten Verfahren vergleichbar wirksames Verfahren, hat sich in der Versorgung bewährt und wird in der stationären und ambulanten Versorgung von den Versicherten nachgefragt.

Insoweit wird auf die Ausführungen unter 2.1 zur Bedeutung der „Passung“ verwiesen.

Erste empirische Untersuchungen, mit denen die Frage zu 3.1 beantwortet werden kann liegen vor (Frohburg 2003 und Eckert et.al. 2004) Danach ist belegt, dass Patienten, die mit einem der Richtlinienverfahren erfolglos behandelt wurden, nachfolgend mit Gesprächspsychotherapie erfolgreich behandelt werden konnten.

Unter dem Aspekt der „Passung“ ist davon auszugehen, dass das auch umgekehrt gilt, also ggf. mit GT erfolglos behandelte Patienten mit einem der bisher in der vertraglichen Versorgung zugelassenen Verfahren erfolgreich behandelt werden können. Die Untersuchungsergebnisse stützen die Aussage, dass durch methodische Vielfalt die Versorgung verbessert werden kann.

Weitere empirische Untersuchungen zur Behandlungseffektivität durch den Wechsel des Psychotherapieverfahrens liegen derzeit noch nicht vor.

Der medizinische Nutzen liegt daher vor allem in der Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten vor allem für solche Patienten, die bislang unzureichend behandelt werden konnten.

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

4.1. Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer / -frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

Es sei grundsätzlich darauf verwiesen, dass durch die Zulassung der GT zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung keine bedeutsame Mengenausweitung zu erwarten ist, da sich die Anzahl zugelassener Psychotherapeuten nicht erhöhen wird. Auch eine Mengenausweitung durch mehr Behandlungsfälle pro Therapeut ist nicht zu erwarten, da die Kollegen bereits jetzt voll ausgelastet sind und freie Kapazitäten – ersichtlich aus den langen Wartezeiten für Patienten – nicht zur Verfügung stehen.

Gesprächspsychotherapie gehört zu den Psychotherapieverfahren, die im Vergleich zur Psychoanalyse im Mittel eine wesentlich kürzere Behandlungsdauer erfordern; im Vergleich zu tiefenpsychologisch fundierten Verfahren und der Verhaltenstherapie sind die Behandlungsumfänge – jeweils in Abhängigkeit von den individuellen Gegebenheiten der Patienten und der Schwere der Störung – in etwa gleich lang.

Ergänzende Bemerkungen

Die Psychotherapeutenkammer Hamburg schließt sich der Stellungnahme des 4. Deutschen Psychotherapeutentages vom 09.10.04 an, in der die zuständigen Entscheidungsgremien dazu aufgefordert werden, „noch in diesem Jahr die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten.“

Regionale Arbeitsgruppe der GwG, RAG Nr. 94847

S. Stellungnahme

Zum Fragenkatalog zur Gesprächspsychotherapie

Frage Nr. 3

Stellungnehmende: RAG 94847 (Mitglieder: Beetz-Treumann, Götting, Großkopf, Sieger)

Kontaktadresse: Dr. Evelyn Beetz-Treumann

Am Hang 3

33790 Halle/Westfalen

Die Frage Nr. 3 ist aus unserer Sicht als langjährig praktisch tätige Psychotherapeuten zu bejahen, wenngleich der Nachweis – so wie die Frage gestellt ist – kaum geführt werden kann.

Dass es Patienten/Patientengruppen gibt, die „mit VT oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder nur unzulänglich behandelt werden können“, dürfte wohl kaum zu bestreiten sein.

Dass solche Patienten/Patientengruppen aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren, ist im Bereich der ambulanten Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung nicht nachzuweisen, solange die Gesprächspsychotherapie dort nicht angewendet werden darf.

Es hat sich in Supervisions- und Intervisionsgruppen immer wieder herausgestellt, dass Schwierigkeiten, die zur Nicht-Aufnahme bzw. zum Abbruch einer psychotherapeutischen Behandlung führen/zu führen drohten, in engem Zusammenhang standen mit der Gestaltung des psychotherapeutischen Beziehungsangebots. Es hat sich gezeigt, dass die „klassischen“ Therapeuten-Haltungen, wie sie von der VT einerseits und von den psychoanalytisch begründeten Verfahren andererseits gelehrt und eingeübt werden, von bestimmten Patienten/Patientengruppen nicht als vertrauenerweckend und hilfreich erlebt werden.

Entsprechend ihrem Versorgungsauftrag (und der eigenen ethischen Verpflichtung) haben die Kollegen diese Patienten natürlich nicht abgewiesen (nach dem Motto: indiziert wäre eine GT, aber die müssen Sie selbst bezahlen), sondern haben sich bemüht, ihr Behandlungsangebot dem für sie „schwierigen“ Patienten anzupassen und ihre Kernkompetenz, die individuelle Beziehungsgestaltung nicht zu vergessen.

Mancher Widerstand, psychoanalytisch langwierig angegangen, wäre bei empathischer Einfühlung und Ansprechen der zugrundeliegenden Emotion in wesentlich kürzerem Zeitraum aus der Welt. Der so entlastete Patient kann sich nun auf seine eigenen Problemlösungskompetenzen besinnen.

Es wäre für die Behandler ebenso wie für die betroffenen Patienten entlastend und würde mit Sicherheit kostensparend wirken, wenn in der vertragsärztlichen Versorgung eine gesprächspsychotherapeutische Behandlung angeboten werden könnte.

Psychotherapeutenkammer NRW

18. Nov. 2004



Psychotherapeuten
Kammer NRW

Psychotherapeuten-Kammer NRW - Willstätterstraße 10 - 40549 Düsseldorf

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Herrn Dr. Hess
Auf dem Seidenberg 3a

53721 Siegburg

| | | | | | | | |
|--|------------|---------------|------------------|-----|-------|---------|--|
| Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I | | | | | | | |
| Eingang: 18. Nov. 2004 | | | | | | | |
| Original: | H. Wiesing | | | | | | |
| Kopie: | Fr. Grube | | | | | | |
| Vorsitzender | GF | StSt Recht | StSt Methodik | P/O | Verw. | Abt. II | |

Die Präsidentin

Kontakt: Britta Grupe
Telefon.: 0211-522 847-28
Fax: 0211-522 847-15
E-Mail: b.grupe@ptk-nrw.de
Unser Zeichen: mk/bg

Datum: 17.11.04

Stellungnahme zum Fragenkatalog des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur krankensicherungsrechtlichen Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie

Willstätterstraße 10
40549 Düsseldorf
Telefon 02 11 - 52 28 47 -0
Fax 02 11 - 52 28 47 -15
info@ptk-nrw.de
www.ptk-nrw.de
Apotheker- und Ärztekbank Köln
BLZ 370 606 15
Konto 0005 147 999

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen nimmt zu dem Fragenkatalog des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesprächspsychotherapie wie folgt Stellung:

Zu den Fragen 1 – 1.2: Zu den hier angesprochenen Themen hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie bei der Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie, bei der u. a. auch die Qualität der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten auf der Grundlage der Ausbildungsbestimmungen der Fachgesellschaft GwG gewürdigt wurde, hinreichend Stellung genommen. Die Kammerversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen hat bereits am 26. Juni 2002 die Begutachtung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gewürdigt und vor diesem Hintergrund die umgehende, volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der GKV gefordert und diese Forderung in einer Entschliebung am 12. November 2004 bekräftigt.

Unter Berücksichtigung der anerkannt hohen Standards der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten nach den Kriterien der GwG ergibt sich sachlogisch die Konsequenz, im Rahmen von den erforderlich werdenden krankensicherungsrechtlichen Übergangsbestimmungen zum Nachweis der Fachkunde gem. § 95 c SGB V die Anerkennungskriterien der GwG zugrunde zu legen. Nach Ablauf der Übergangsfrist wird dann wie bei den anderen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren ein erfolgreich absolvierter Abschluss der auf der Grundlage des PsychThG geregelten Ausbildung als Fachkundenachweis anzuerkennen sein.

Körperschaft des öffentlichen Rechts für
Psychologische Psychotherapeutinnen und
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
Präsidentin: Monika Konitzer
Vizepräsident: Dr. Heribert Joisten
Beisitzer: Hans-Peter Hansen, Ferdinand von Boxberg,
Dr. Wolfgang Groeger, Karl-Wilhelm Hofmann,
Karlfried Hebel-Haustedt

Zu den Fragen 2 – 2.7, 3: Die hier angesprochenen Themen heben auf den Nachweis eines „Zusatznutzens“ der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien bereits anerkannten Verfahren ab. Diese Fragen gehen insofern fehl, als sie sich weder auf gesetzlichen Vorgaben gem. § 135 Abs. 1 SGB V noch auf die BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses noch auf die einschlägige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts berufen können. Der Nachweis eines „Zusatznutzens“ ist keine rechtlich zweifelsfrei zu fordernde Voraussetzung für die Anerkennung eines neuen Psychotherapieverfahrens im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien!

● Auch aus fachlicher Sicht gehen die Fragen von unzutreffenden Prämissen aus, da der Stand der internationalen Psychotherapieforschung derzeit über keine belastbare Evidenz zur differentiellen Indikation von Psychotherapieverfahren verfügt, die eine zweifelsfreie Beantwortung ermöglichen könnte. Dementsprechend haben auch die krankensversicherungsrechtlich bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren derartige Nachweise in der Vergangenheit nicht geführt bzw. können sie auch heute noch nicht führen.

▶ Wir halten es weder in rechtlicher noch in fachlicher Hinsicht für vertretbar, bei der Prüfung der Anerkennungsfähigkeit von neuen Psychotherapieverfahren bei fortbestehenden einschlägigen Forschungsdefiziten höhere Nachweisanforderungen zu stellen, als sie von bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren erfüllt wurden bzw. erfüllt werden können.

● **Zu den Fragen 4 und 5:** Hier liegen einschlägige Voten der Fachgesellschaften der Gesprächspsychotherapeuten vor, denen sich der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen vollinhaltlich anschließt.

● **Schlussbemerkung:** Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen geht davon aus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss und damit auch der Unterausschuss Psychotherapie dem Amtsermittlungsgrundsatz Folge leistet und deshalb bereits eine Sichtung der umfangreichen Forschungsliteratur zur Gesprächspsychotherapie vorgenommen hat. Für die Transparenz des Entscheidungsprozesses des Unterausschusses Psychotherapie im Sinne der Nachvollziehbarkeit seiner Entscheidungen wäre es daher sachdienlich, wenn sowohl die Datenbasis als auch die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen, die für die Entscheidungsfindung des Unterausschusses Psychotherapie maßgeblich sind, der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Mit freundlichen Grüßen

M. Konitzer

Monika Konitzer
Präsidentin der
Psychotherapeutenkammer NRW

Westfälische Klinik Hemer

18. Nov. 2004

pr



**Hans-Prinzhorn-Klinik
Westfälische Klinik Hemer**
Psychiatrie ■ Psychotherapie ■ Psychotherapeutische Medizin

Hans-Prinzhorn-Klinik · Postfach 17 65 · 58657 Hemer

Untersuchungsausschuss
„Psychotherapie“
des Gemeinsamen Bundesausschusses
Postfach 1763

53707 Siegburg

**Ihr Fachkrankenhaus im
LWL-PsychiatrieVerbund**

Bochum ■ Dortmund ■ Gütersloh ■ Hamm ■ Hemer ■ Herten ■ Lengerich ■
Lippstadt ■ Marl-Sinsen ■ Marsberg ■ Münster ■ Paderborn ■ Warstein

Allgemeine Psychiatrie I

Chefarzt Dr. med. H.-L. Becker
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
- Psychotherapie -

Sekretariat: Carmen Nolle

Tel.: (0 23 72) 8 61 - 107
Fax: (0 23 72) 8 61 - 100
E-Mail: hans-ludwig.becker@wkp-lwl.org

per Email: christof.wiesner@g-ba.de

Be/cn

Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf die Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über das Beratungsthema
„Gesprächspsychotherapie“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nehme
ich zu den vorgelegten Fragen aus dem Fragenkatalog wie folgt Stellung:

Hemer, 16.11.2004

| | | | | | | | |
|-----------------------------|----|---------------|------------------|-----|-------|---------|--|
| Gemeinsamer Bundesausschuss | | | | | | | |
| Abteilung I | | | | | | | |
| Eingang: 18. Nov. 2004 | | | | | | | |
| Original: | | H. Wiesner | | | | | |
| Kopie: | | Fr. Wiesner | | | | | |
| Vorsitzende: | GF | StSt Recht | StSt Methodik | P/O | Verw. | Abt. II | |

Zu 2.3 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?

In unserer Institutsambulanz als auch in der Akutbehandlung stationär-psychiatrisch-psychotherapeutischer Patienten findet seit vielen Jahren die Gesprächspsychotherapie Anwendung. Ein großer Teil von Patienten wird durch das stringente verhaltenstherapeutische Setting, gerade in der Orientierungsphase, oft nicht erreicht. Eine verstehende, einführende Herangehensweise bei den Patienten findet bedeutend mehr Resonanz als schematisiertes regelhaftes Vorgehen. Gerade das individuelle Vorgehen findet großen Anklang und zeigt eindeutige Erfolge.

Zu 2.5 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?

Hier gilt ähnliches wie im verhaltenstherapeutischen Therapieverfahren. Gerade die analytisch, eher distanzierte und oft abstinente Haltung der Psychoanalyse erreicht nur ganz wenige Patienten.

LWL Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Briefadresse: Postfach 17 65, 58657 Hemer
Lieferadresse: Frönsberger Straße 71, 58675 Hemer
Telefon: (0 23 72) 8 61 - 0
Telefax: (0 23 72) 8 61 - 100
E-Mail: hans-prinzhorn-klinik@wkp-lwl.org
Internet: www.hans-prinzhorn-klinik.de
IK-Nr.: 260 590 914

Konto der "Hans-Prinzhorn-Klinik":
Stadtsparkasse Hemer
BLZ 445 512 10 Konto-Nr. 3 000 296
IK-Nr.: 260 590 914
IBAN: DE29445512100003000296
BIC: WELADED1HEM

H:\Sekretariat\Becker-Privat\Gesprächspsychotherapie-Stellungnahme 11-04.doc

Viele sind von Deutungen, oder Wiedererleben früherer emotionaler Erfahrungen überfordert und man stößt dabei auf großen Widerstand. Da die Gesprächspsychotherapie zunächst im Hier und Jetzt agiert, findet dieses Verfahren eine tiefere Akzeptanz.

Die Patienten fühlen sich von dem stark emotionalisierenden Vorgehen der Gesprächspsychotherapie wesentlich besser verstanden. Dies spiegelt sich insbesondere in der sehr erfolgreichen Behandlung vieler Patienten in der Ambulanz, als auch im stationären Setting wieder. Gerade im ambulanten Bereich können durch dieses Verfahren viele Patienten über einen langen Zeitraum, oft über viele Jahre, gehalten und begleitet werden.

Zu 3. Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Hier gilt das Gleiche, wie in den Fragen 2.3 und 2.5. Eine nicht kleine Patientenanzahl kann aus den o. g. Gründen weder im ambulanten noch im stationären Setting erreicht werden. Sie profitieren außerordentlich und insbesondere in der Akutpsychiatrie bei Kriseninterventionen, z. B. Suizidalität und depressiven Krisen, von der Gesprächspsychotherapie. In eigener Behandlung, als auch bei der Supervision vieler therapeutischer Interventionen konnte ich die Erfahrung machen, dass es gerade durch eine gesprächspsychotherapeutische Haltung und der daraus resultierende Vorgehensweise immer wieder bei den behandelnden Ärzten, als auch bei den Patienten zu befriedigenden Lösungen aktueller therapeutischer, als auch langwieriger Verläufe gekommen ist. Da in der Gesprächspsychotherapie die Echtheit des Therapeuten viel stärker realitätsbezogen ist, findet die Gesprächspsychotherapie auch bei Patienten mit großen Schwierigkeiten, sich auf verhaltenstherapeutische oder analytische Settings einzulassen, starke Resonanz, dies zeigt sich auch bei Angehörigengesprächen. Bei der Gesprächspsychotherapie ist man viel stärker in der aktuellen Situation des Patienten oder seiner Umgebung, als in verhaltenstherapeutisch oder psychoanalytischen Verfahren.

Zu 6. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Hervorheben möchte ich noch einmal die Wirkung der Gesprächspsychotherapie und der gesprächspsychotherapeutischen Haltung auf einer akut psychiatrischen Intensivstation, die geprägt ist von einer verstehenden, einführenden und emphatischen Grundhaltung. Dies wird sowohl beim Pflegepersonal als auch bei den Ärzten und Therapeuten mit entsprechender Überzeugung gepflegt. Dies hat zu einem deutlichen Rückgang von Gewalt und erhöhter Spannung geführt, im Vergleich zu anderen Akutstationen, in denen eine stärker verhaltenstherapeutische oder eine psychoanalytische Grundhaltung vorliegt. Gerade das warmherzige mitgehende, auf den Patienten zugehende mitfühlende Eingehen, führt zu einem Klima, in dem die Patienten sich wohl fühlen, sich angstfrei bewegen können und eine deutliche Reduzierung der Hemmschwelle erleben.

Im Rahmen des Zweitverfahrens konnten viele Ärzte meiner gesprächspsychotherapeutischen Haltung und Ausbildung (25 Jahre) folgen und dies erfolgreich übernehmen.

Zu 7. Bitte gegen Sie an, in welcher Funktion Sie die Stellungnahme abgeben und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten ihrer Person und der Institution, für die Sie sprechen:

Ich war als Oberarzt zunächst fünf Jahre auf einer akut-psychiatrischen Station in einem psychiatrischen großen Krankenhaus, Westfälische Klinik für Psychiatrie Dortmund, anschließend war ich in der selben Einrichtung ca. 12 Jahre als Abteilungsleiter tätig und war beauftragt mit der Leitung der Allgemeinpsychiatrischen Abteilung für einen bestimmten Sektor des Versorgungsgebietes. Seit sieben Jahren bin ich Stellv. Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Allgemeinpsychiatrie I in der Hans-Prinzhorn-Klinik Hemer. Dazu gehören eine große Institutsambulanz sowie eine Tagesklinik. Neben verhaltenstherapeutischen und tiefenpsychologischen Verfahren nimmt gerade die Gesprächspsychotherapie einen großen Raum der Behandlung von akuten Krankheitsbildern, wie Kriseninterventionen, Suizidalität, remittierten Psychosen, Borderline-Störungen, Depressionen und chronifizierten Krankheitsbildern ein.

● Ich hoffe, dass Sie meine 25jährige persönliche Erfahrung, als auch die Erfahrung unserer großen psychiatrischen Klinik, die sehr stark psychotherapeutisch orientiert ist, berücksichtigen und in Ihren Überlegungen zur sozialrechtlichen Akzeptanz des Gesprächspsychotherapeutischen Verfahrens wohlwollend aufnehmen.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. med. H.-L. Becker
Stellv. Ärztlicher Direktor
Chefarzt
Facharzt für Neurologie
und Psychiatrie
- Psychotherapie -

Reinhardt Vera

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss

Geschäftsführung

Auf dem Seidenberg 3a

53721 Siegburg

Sehr geehrte DAMen und Herren,

Zur Fragebogenaktion möchte ich folgende Punkte senden:

1. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum der Fragebogen erneut Fragen enthält, durch deren Beantwortung der wissenschaftliche Beirat gem. §11 PsychThG die wissenschaftliche Anerkennung der GPT bereits mit klarer Mehrheit befürwortet hat.
2. Es werden Nachweise einer „Überlegenheit“ gegenüber den Richtlinienverfahren erfragt, die nach dem jetzigen Stand der Psychotherapieforschung generell nicht erbracht werden können, und dies gilt für jedes der anerkannten Psychotherapieverfahren.
3. Nach den gültigen Psychotherapierichtlinien müssen die Leistungen eines Verfahrens „ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig“ sein, nicht aber „überlegen“.

Mit freundlichem Gruß
Vera Reinhardt
Mitglied der GwG

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin

18. Nov. 2004

18



PSYCHOTHERAPEUTENKAMMER Kurfürstendamm 184 · 10707 Berlin

Kurfürstendamm 184
10707 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Herr Dr. jur. R. Hess
Auf dem Seidenberg 3 a

53721 Siegburg

| | | | | | | |
|--|-----------|--------------|-----------------|-----|-------|---------|
| Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I | | | | | | |
| Eingang: 18. Nov. 2004 | | | | | | |
| Original | H. Wisner | | | | | |
| Kopie | Fr. Grawe | | | | | |
| Vorsitzender | GF | StS Recht | StS Methodik | P/Ö | Verw. | Abt. II |

Tel 030-88 71 40-0
Fax 030-88 71 40-40

Berlin, 17.11.2004

Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Berlin zum Fragenkatalog bzgl. krankensicherungsrechtlicher Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin hat den Fragenkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bewertung der Gesprächspsychotherapie zur Kenntnis genommen und nimmt dazu aus seiner Verantwortung, die beruflichen Belange der Kammerangehörigen unter Beachtung der Interessen der Allgemeinheit wahrzunehmen (§ 4 Abs. 1 Berliner KammerG), Stellung.

Da dem Vorstand bereits die Stellungnahmen der Vorstände der Psychotherapeutenkammern Niedersachsen, Baden-Württemberg¹ und Hessen vorliegen und er sich diesen Stellungnahmen in ihren wesentlichen Inhalten anschließen kann, sollen im Folgenden lediglich einige Punkte zu den Fragen 2, 3, 4, 5 und 6 des Fragenkatalogs ergänzt werden.

Zu 2. und 3. (Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu Verhaltenstherapie und psychoanalytischen Verfahren und medizinische Notwendigkeit):

Die Psychotherapieforschung hat inzwischen überzeugend nachgewiesen, dass es keine globale Überlegenheit eines der wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren gegenüber den anderen gibt (vgl. z. B. Ahn & Wampold, 2001; Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004; Lambert & Ogles, 2004). Es gibt aber qualitative Unterschiede zwischen den Verfahren, und deshalb sind bestimmte Patientinnen und Patienten durch bestimmte Verfahren besser erreichbar bzw. ansprechbar. So weiß man z. B., dass Patienten mit einem ausgeprägten Bedürfnis nach Autonomie besonders gut durch die Gesprächspsychotherapie ansprechbar sind (vgl. Grawe, Donati &

¹ Rein vorsorglich sei allerdings hier darauf hingewiesen, dass die Psychotherapeutenkammer Berlin zur Rolle des WB im Anerkennungsprozess eines Verfahrens eine ggü. der Psychotherapeutenkammer Baden-Württemberg differenziertere Position vertritt. Hierbei kann der Beirat als fachliches Beratungsgremium durch die Landesbehörden und die Kammern herangezogen werden. Er hat dabei aber auch nach einschlägigen Rechtsgutachten (z. B. das im Auftrag der GWG durch Herrn Prof. Redeker/Köln erstellte) die Aufgabe, die wissenschaftliche Begründetheit nach dem Stand des wissenschaftlichen Diskurses festzustellen, nicht aber eigene, hiervon unabhängige Kriterien der Anerkennung außerhalb des wissenschaftlichen Diskurses aufzustellen. Unabhängig davon ist die positive Bewertung der GPT durch den WB als ein wichtiger Baustein der nun zu vollziehenden sozialrechtlichen Anerkennung zu werten.

info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

Bankverbindung Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
Konto 000 517 6859 · BLZ 100 906 03
IBAN DE59 3006 0601 0005 1768 59
BIC (Swift Code) DAAEDED3

Dipl.-Psych. Gisela Borgmann Präsidentin
Dipl.-Psych. Heinrich Bertram Vizepräsident
Dipl.-Psych. Monika Basqué
Dipl.-Psych. Marga Henkel-Gessat
Dipl.-Psych. Michael Schmude
Dipl.-Päd. Christoph Stöblein
Dipl.-Psych. Dr. Manfred Thielen

Bernauer, 1994, S. 723). Die Ansprechbarkeit oder Aufnahmebereitschaft des Patienten spielt nicht nur im Hinblick auf seine „compliance“, sondern auch im Hinblick auf den Therapieerfolg eine zentrale Rolle.

Auch die Ergebnisse der „Wirkfaktorenforschung“ sprechen dafür, die Gesprächspsychotherapie in die Patientenversorgung einzubeziehen: Indem sie auf die Qualität der therapeutischen Beziehung, die Eigenkompetenzen und Ressourcen des Patienten setzt, hat sie ihren Schwerpunkt bei den für den Therapieerfolg am stärksten verantwortlichen Wirkfaktoren (vgl. z. B. Miller, Duncan & Hubble, 1997; Wampold, 2001). Die konsequente Ressourcenorientierung – anders ausgedrückt: das Setzen auf den aktiven Beitrag des Patienten zum Therapieerfolg – macht verständlich, warum die durch geschichtspsychotherapeutische Behandlungen erreichten Veränderungen sehr stabil sind, und dass es im Anschluss an eine Gesprächspsychotherapie sogar „Späteffekte“ geben kann, die über die bei Abschluss der Therapie erreichten Verbesserungen noch hinausgehen (Frohburg, 2004).

Auch die Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Hessen – der wir uns diesbezüglich explizit anschließen – weist in diesem Zusammenhang auf das Bedürfnis eines differenzierten Behandlungsangebots und die Bedeutung des Begriffs „Passung“ hin.

Zu 4. (Fragen der Wirtschaftlichkeit)

Die Psychotherapeutenkammer Berlin geht davon aus, dass mit der Zulassung der Gesprächspsychotherapie kein zusätzlicher Bedarf geschaffen wird (keine Mengenausweitung), sondern sich lediglich eine andere Verteilung zwischen den Verfahren ergibt.

Hinsichtlich der Verhandlungsdauer/-frequenz wird davon ausgegangen, dass sie je nach dem Grad der Störung der Patienten ähnlich wie bei tiefenpsychologisch-fundierte Verfahren und der Verhaltenstherapie liegen werden.

Zu 5. (Fragen zur Qualitätssicherung)

In der Gesprächspsychotherapie war die Verpflichtung zur „lebenslangen“ berufsbegleitenden Supervision schon längst vor ihrer gesetzlichen Verankerung als Berufspflicht von Psychotherapeuten und in ethischen Richtlinien selbstverständlicher Anspruch. Ebenso selbstverständlich sind Eingangs- und Verlaufdiagnostik, Prozess- und Erfolgskontrollen mit Hilfe von Stundenbögen und Instrumenten der Veränderungsmessung sowie die Aufzeichnung der psychotherapeutischen Sitzungen auf Audio- oder Videoband. Die Gesprächspsychotherapie kann daher neben den bisherigen Richtlinienverfahren Psychoanalyse und Verhaltenstherapie durchaus auch als ein wichtiger und wesentlicher Vorreiter für die Etablierung qualitätssichernder Maßnahmen im Bereich der Psychotherapie angesehen werden.

Zu 6. (Ergänzung/Zusätzliche Aspekte)

Zur Bewertung psychotherapeutischer Verfahren ist neben dem Kriterium der Wirksamkeit und der empirischen Evidenz für die Wirkfaktoren u. a. auch das Kriterium der Praxisbewährung zu berücksichtigen. Neben der auffallend hohen Bereitschaft von Praktikern, Patienten einer geschichtspsychotherapeutischen Behandlung zuzuweisen, ist hier auch auf Einstellungsvoraussetzungen für Psychologinnen und Psychologen hinzuweisen. Eine Analyse von Stellenangeboten im Juli 2001 zeigt, dass sich von den geforderten psychotherapeutischen Zusatzausbildungen, die Arbeitgeber von den Bewerbern erwarten, 19% auf Psychotherapie allgemein (ohne Differenzierung) beziehen, 18% auf Suchttherapie und je 17% auf Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie (Zentralstelle für Arbeitsvermittlung der Bundesanstalt für Arbeit, 2001, S.23). Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer Berlin erkennt darin sowohl einen Beleg für die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in der Fachwelt, als auch dafür, dass die Gesprächspsychotherapie für eine qualifizierte psychotherapeutische Versorgung unverzichtbar bleibt.

In diesem Zusammenhang weist die Psychotherapeutenkammer Berlin darauf hin, dass die Gesprächspsychotherapie sich über viele Jahre bereits in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bewährt hat: Im Rahmen der so genannten „TK-Regelung“ zwischen dem Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) und der Techniker-Krankenkasse sowie im Rahmen der „Empfehlungsvereinbarung“ des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV) mit den Spit-

zenverbänden der Betriebskrankenkassen- und Innungskrankenkassen war die Gesprächspsychotherapie in der ambulanten Versorgung umfangreich zur Anwendung gekommen. Den in Gesprächspsychotherapie qualifizierten Psychotherapeuten der neuen Bundesländer wurde 1989 seitens des (damaligen) Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen der Weg geöffnet, ihre Gesprächspsychotherapie-Qualifikation unter der Abr.-Ziff. „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ in die ambulante Versorgung einzubringen.

Abschließend möchte die Berliner Psychotherapeutenkammer auf die von ihr mitgetragene Stellungnahme des 4. Deutschen Psychotherapeutentages vom 09.10.04 hinweisen, in der die zuständigen Entscheidungsgremien dazu aufgefordert werden, *„noch in diesem Jahr die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten.“*

Mit freundlichen Grüßen



Heinrich Bertram
Vizepräsident

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

17

Psychotherapeutenkammer des Saarlandes

18. Nov. 2004

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS



Die Präsidentin
Psychotherapeutenkammer des Saarlandes
Talstraße 32 - 66119 Saarbrücken

| | | | | | | |
|--|-------------|---------------|------------------|-----|-------|---------|
| Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I | | | | | | |
| Eingang: 18. Nov. 2004 | | | | | | |
| Original | H. Wiesner | | | | | |
| Kopie | Fr. Wiesner | | | | | |
| Präsidentin | GF | StSt Recht | StSt Methodik | P/O | Verw. | Abt. II |

Telefonische Sprechzeiten
Mo., Di., Do., Fr. 8.30-12.30 Uhr
und Mi. 14.00-18.00 Uhr

Tel: 0681/9 54 55 56
Fax: 0681/9 54 55 58

kontakt@ptk-saar.de
www.ptk-saar.de

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herrn Dr. Hess
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Kontonummer 583 47 32
Bankleitzahl 590 906 26

Saarbrücken, den 15.11.2004

Stellungnahme zum Fragenkatalog des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur krankensicherungsrechtlichen Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,
der Vorstand der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes nimmt zu dem Fragenkatalog des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesprächspsychotherapie wie folgt Stellung:

Zu den Fragen 1 – 1.2:

Zu den hier angesprochenen Themen hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie bei der Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie, bei der u.a. auch die Qualität der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten auf der Grundlage der Ausbildungsbestimmungen der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) betont wurde, hinreichend Stellung genommen. Der 4. Deutsche Psychotherapeutentag am 9. Oktober 2004 in Stuttgart hat die Begutachtung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gewürdigt und vor diesem Hintergrund die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der GKV gefordert. Unter Berücksichtigung der anerkannt hohen Standards der Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten nach den Kriterien der GwG ergibt sich sachlogisch die Konsequenz, im Rahmen von den erforderlich werdenden krankensicherungsrechtlichen Übergangsbestimmungen zum Nachweis der Fachkunde gem. § 95 c SGB V die Anerkennungskriterien der GwG zugrunde zu legen. Nach Ablauf der Übergangsfrist wird dann wie bei den anderen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Verfahren ein erfolg-

Kammer der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des Saarlandes –
Psychotherapeutenkammer des Saarlandes
Präsidentin: Dipl. Psych. Ilse Rohr Vizepräsident: Dipl. Psych. Bernhard Morsch,
Beisitzerinnen: Dipl. Psych. Irmgard Jochum, Dipl. Psych. Liz Lorenz-Wallacher, Dipl. Psych. Andrea Maas-Tannchen

reich absolvierter Abschluss der auf der Grundlage des PsychThG geregelten Ausbildung als Fachkundenachweis anzuerkennen sein.

Zu den Fragen 2 – 2.7, 3:

Die hier angesprochenen Themen heben auf den Nachweis eines „Zusatznutzens“ der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien bereits anerkannten Verfahren ab. Diese Fragen gehen insofern fehl, als sie sich weder auf gesetzlichen Vorgaben gem. § 135 Abs. 1 SGB V, noch auf die BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, noch auf die einschlägige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts berufen können. Der Nachweis eines „Zusatznutzens“ ist keine rechtlich zweifelsfrei zu fordernde Voraussetzung für die Anerkennung eines neuen Psychotherapieverfahrens im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien!

Auch aus fachlicher Sicht gehen die Fragen von unzutreffenden Prämissen aus, da der Stand der internationalen Psychotherapieforschung derzeit über keine belastbare Evidenz zur differentiellen Indikation von Psychotherapieverfahren verfügt, die eine zweifelsfreie Beantwortung ermöglichen könnte.

Dementsprechend haben auch die krankenversicherungsrechtlich bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren derartige Nachweise in der Vergangenheit nicht geführt bzw. können sie auch heute noch nicht führen.

Wir halten es weder in rechtlicher noch in fachlicher Hinsicht für vertretbar, bei der Prüfung der Anerkennungsfähigkeit von neuen Psychotherapieverfahren bei fortbestehenden einschlägigen Forschungsdefiziten höhere Nachweisforderungen zu stellen, als sie von bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren erfüllt wurden bzw. erfüllt werden können.

Zu den Fragen 4 und 5:

Hier liegen einschlägige Voten der Fachgesellschaften der Gesprächspsychotherapeuten vor, denen sich der Vorstand der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes vollinhaltlich anschließt.

Schlussbemerkung: Der Vorstand der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes geht davon aus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss und damit auch der Unterausschuss Psychotherapie dem Amtsermittlungsgrundsatz Folge leistet und deshalb bereits eine Sichtung der umfangreichen Forschungsliteratur zur Gesprächspsychotherapie vorgenommen hat. Für die Transparenz des Entscheidungsprozesses des Unterausschusses Psychotherapie im Sinne der Nachvollziehbarkeit seiner Entscheidungen wäre es daher sachdienlich, wenn sowohl die Datenbasis als auch die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen, die für die Entscheidungsfindung des Unterausschusses Psychotherapie maßgeblich sind, der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

Mit freundlichen Grüßen



(Präsidentin der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes)

Universität Hamburg, Psychologisches Institut III

17/11/2004 14:30 0711 8178800

Von : Panasonic FAX SYSTEM

0711 8178800

17 Nov. 2004 15:20

13
S1

UNIVERSITÄT HAMBURG

Psychologisches Institut III
Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss „Psychotherapie“
Z. Hd. Herrn Christof Wiesner

53721 Siegburg

Fax 0 22 41 - 93 88 36

| | | | | | | |
|---|-------------|-------|----------|-----|-------|---------|
| Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I | | | | | | |
| Eingang: 17. Nov. 2004 | | | | | | |
| Original | Fr. Gitzner | | | | | |
| Kopie | | | | | | |
| Vorsitzender | GF | StS: | StS: | P/O | Verw. | Abt. II |
| | | Recht | Methodik | | | |

Psychologisches Institut III

Prof. Dr. Reinhard Tausch

Von-Melle-Park 5
20146 Hamburg

Famspreeher: (040) 428 38-53 65
Telefax-Nr. (national) 040 428 38-61 70
(international) 4940 428 38-61 70

Privat: 70599 Stuttgart
Im Asemwald 22/7
Tel. u. Fax (07 11) 8 17 88 00

Datum: 17. November 2004

Sehr geehrter Herr Wiesner,

nach der Rückkehr aus dem Urlaub wollte ich zu dem Fragenkatalog zur Gesprächs-
psychotherapie Stellung nehmen.
Leider bin ich wegen einer fiebrigen Grippe-Infektion kaum dazu gekommen.

Ich bitte vielmals um Verständnis, dass ich Ihnen meine Stellungnahme erst ca. am
26.11. zusenden kann.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

Reinhard Tausch
(Prof. Dr. Reinhard Tausch)

Hohmann Peter

Dr. Peter Hohmann

Psychologischer Psychotherapeut · Supervisor BDP · Ausbilder GwG
35037 Marburg · Am Plan 3 ½ · Telefon (0 64 21) 6 29 29 · Fax (0 64 21) 6 28 29

Marburg, den 16.11.2004

Persönliche Stellungnahme als Praktiker zum Thema `Kassenzulassung der klz. Gesprächspsychotherapie`

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Praktiker, der in drei Psychotherapieverfahren - Verhaltenstherapie (VT) / Gesprächspsychotherapie (GT) / Tiefenpsychologie (TP) - bewandert ist, möchte ich gerne folgende Stellungnahme abgeben:

A. Allgemeine Vorbemerkungen (ggf. zur Frage 6 `Sonstiges` zuordbar)

1. Nach meinem Dafürhalten geht es bei der anstehenden Entscheidung um die Frage, ob eine *"Vielfalt"* unterschiedlicher, jeweils gleichermaßen effektiv-effizienter **Psychotherapieverfahren** als Krankenkassen-Leistung aufgenommen werden soll (und nicht um eine nominalskalierte `Besser-Schlechter`-Zuordnung, s.u.).
 - a. Hierbei spielt m.E.n. zum einen die *"Passung"* in der **Psychotherapie-Beziehung** eine zentrale Rolle. Nach allgemeinem Forschungsstand zu Erfolg & Misserfolg psychotherapeutischer Behandlungen kommt es entscheidend auf die Herstellung einer tragfähigen *Arbeitsbeziehung* auf der Grundlage einer ausreichenden *Deckungsgleichheit* zwischen Patient/inn/en-Erwartung & Psychotherapie-Angebot an. Misserfolge (die nicht nur die jeweiligen Versicherten, sondern auch die Versichertengemeinschaft insgesamt belasten) entstehen vor allem bei Passungs-Verfehlung.
Die *`Zugangsweisen`* der Patient/inn/en sind nun mal individuell unterschiedlich und lassen sich - bei aller Aufklärung - auch nicht beliebig `dehnen` oder `um-motivieren`. Es gibt Patient/inn/en, die eher klärungs- oder eher handlungsorientiert arbeiten wollen, die eher Wert auf ein `dort & damals` oder ein `hier & jetzt` legen, die eher Freiraum oder aber Struktur benötigen etc. und die damit eher auf ein VT- oder GT- oder TP- oder PA-Angebot ansprechen...
Um die Gesamtheit dieser individuell unterschiedlich `ansprechbaren` Patient/inn/en im Rahmen einer stimmigen "Passung" adäquat psychotherapeutisch behandeln zu können, ist eine ausreichende "Vielfalt" der Verfahren(s-schwerpunkte) erforderlich. Von daher sollten *sämtliche `seriösen`* (wissenschaftlich anerkannten) *Verfahren sozialrechtlich zugelassen* werden.
 - b. In diesem Zusammenhang spielt m.E.n. auch die *"Gesundheit"* des **Psychotherapie-Systems** i.S. einer "Nicht-Ausblendung" (mit Auswirkungen auf die einzelnen psychotherapeutischen Behandlungen) eine nicht unerhebliche Rolle.
Nach allgemeiner Auffassung verlangen wir von einer psychotherapeutischen Behandlung, dass sie sich auf die Störungsbilder der Patient/inn/en einlässt, ohne zugleich ihrerseits zu `kränkeln` (ohne - je nach Schwerpunkt - auszublenden, zu agieren, zu

verschwimmen...); die psychotherapeutische Behandlung soll in sich "gesund" gestaltet sein und *keine Realitätsverzerrungen* aufweisen.

Dies gilt dann - folgerichtig - auch für das gesamte *Psychotherapie-System*: es sollte keine (zumindest keine gravierenden) Ausblendungen/Spaltungen/Inkongruenzen/Symptomatiken etc. aufweisen, sondern (ausreichend) "rund" und in sich "gesund" sein.

Unter diesem Blickwinkel wäre es "verzerrend" und letztlich vielleicht sogar auch etwas "ver-rückt" (hier vorsichtshalber mit Bindestrich geschrieben), wenn den Versicherten/PatientInnen, aus welchen Gründen auch immer, aus der Bandbreite der seriösen, wissenschaftlich anerkannten Psychotherapie-Verfahren irgendein Verfahren - u.zw. egal welches - vorenthalten würde.

Wenn bspw. Patient/inn/en im Anschluss an einen Klinikaufenthalt eine fortführende ambulante Psychotherapie aufsuchen und wenn diese Patient/inn/en zuvor (denn in Kliniken ist das ja möglich) ihren Bearbeitungsprozess gesprächspsychotherapeutisch begonnen haben und deshalb nun eine ambulante GT suchen, um dann zu erfahren, dass das `offiziell` gar nicht geht, ist das für die Pat. in aller Regel nicht nach-vollziehbar, z.T. auch sehr verunsichernd und stellt so eine (m.E. überflüssige) Belastung dar.

In diesem Zusammenhang sollte mitbedacht werden, dass es neben der *Patient/in-n/en*-auch eine *Psychotherapeut/inn/en-bezogene Passungsfrage* gibt. Auch die einzelnen Behandler/inn/en weisen unterschiedliche Arten des In-der-Welt-Seins und unterschiedliche Ansatzpunkte auf und lassen sich deshalb in aller Regel in jenem Verfahren ausbilden, das ihnen persönlich entspricht und zu ihnen passt. Dann aber sollten sie dies auch ausüben und (ohne etwaige Umgehung der Richtlinien) vertreten können dürfen.

Kurzum: Eine ausreichende *Verfahrens-Vielfalt* und damit die Kassen-Zulassung *aller* wissenschaftlich anerkannten Verfahren ist auch deshalb erforderlich, um *Kont(r)akt- und Setting-Klarheit* abzusichern.

2. Aus meiner Sicht geht es bei der sozialrechtlichen Entscheidung zur Gesprächspsychotherapie um eine `*Genausowirksam-*` und `*Vielfalts-Passungs-Entscheidung*` (nicht aber um einen `Besser-als-Vergleich`).

Bedauerlicherweise zielen Ihre *Fragen* jedoch teilweise auf ein `Besser-schlechter-als...` (zusätzlicher Nutzen / Überlegenheit im Vergleich zu..) ab, was ich als **rechtlich** bedenklich erachte und zudem auch **inhaltlich** problematisch finde.

- a. Unter **inhaltlichen** Gesichtspunkten bilden nach meiner Einschätzung Ihre Frageformulierungen den Entscheidungsgegenstand nicht ganz sachgerecht ab.

Die Ausgestaltung von Psychotherapieverfahren unterliegt (im Unterschied zu medizinischen `Operationen` i.w.S.) ihrerseits psychologischen bzw. psychotherapeutischen Gesetzmäßigkeiten: Jedes seriöse Psychotherapieverfahren zeichnet sich einerseits durch einen identitätsstiftenden "*Kern*" (einen spezifischen Blickwinkel, der den Unterschied zu anderen Verfahren ausmacht) und stets zugleich - denn alle Verfahren legen naturgemäß Wert darauf, das gesamte Indikationsspektrum abzudecken - immer auch durch eine entsprechende "*Bandbreite*" aus (permanentes Ausbalancieren von Zentrierung-Spezifizierung und Ausdehnung-Generalisierung).

Diese *Dopplung* von *Kern-Identität* einerseits und adaptiver *Handlungs-Vielfalt* andererseits gilt m.E.n. für jedes Psychotherapieverfahren (und zwar ungeachtet dessen, dass der damit verknüpfte Spannungsbogen innerhalb der einzelnen Verfahren dann wiederum unterschiedlich - mal enger, mal weiter - gehandhabt wird).

Damit aber - und auch deshalb finde ich Ihre Vergleichs-Fragen problematisch - bewegt sich der sogen. "Schulenstreit" stets auf *mehreren* Ebenen. Dies macht die Erfolgsmessung so schwierig (da jedes Verfahren den Behandlungserfolg anders definiert), aber auch den Austausch: Wenn es bspw. im Rahmen des sogen. `allgemeinen Psychotherapie-

Modells` um den Faktor "Ressourcenorientierung" geht, so werden die Vertreter/innen sämtlicher Psychotherapieverfahren (und zwar zu Recht) betonen, dass ihr Verfahren genau *das* (auch) beinhaltet - um dann im nächsten Schritt (und zwar wiederum zu Recht) zu präzisieren, dass sie deutlich *unterschiedliche* Vorstellungen dazu haben, was sie als Ressource definieren.

Von daher - und das wird in Ihren Frageformulierungen nicht ausreichend berücksichtigt - sind die *Abgrenzungslinien* zwischen den einzelnen Psychotherapieverfahren definitiv *nicht* auf einem Nominalskalenniveau ("grundsätzlich anders als" - "besser als") bestimmbar, sondern -wenn überhaupt- nur über ein Relationalskalenniveau ("tendentiell... bei nicht klar bestimmbarer Überlappung").

Mit Ihren nominalskalierten Fragen fordern Sie zudem zu Abgrenzungs-Aussagen auf, die - das ist bereits jetzt absehbar - dazu führen werden, dass sich die anderen Psychotherapieverfahren (schon wegen der o.g. beiden Dopplungs-Ebenen) nicht adäquat wiedergegeben sehen werden...

- b. Nach meinem Dafürhalten ist der damit verknüpfte Ärger auch deshalb unnötig, da es **rechtlich** betrachtet eben nicht um eine `Überlegenheits-`, sondern um eine `Genausowirksam-Frage` geht.

Nach meinem Kenntnisstand hat das Bundessozialgericht in den letzten Jahren immer wieder betont, dass es darauf ankomme, "den Versicherten

alle gleichermaßen geeigneten Mittel

zugute kommen zu lassen". Auch von daher geht es bei der sozialrechtlichen Zu-lassung der GT einzig und alleine darum, ob die GT - wie andere Verfahren auch - "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" ist.

B. Zur Notwendigkeit der Integration der Gesprächspsychotherapie (Frage 3)

Ich verweise hierbei auf meine obigen Vorbemerkungen Es geht m.E. um eine ausreichende "Vielfalt" der Verfahren, damit eine sinnvolle "Passung" entstehen kann. Es geht um einen `Ebenso-wirksam`-Beleg, ein `Besser-schlechter`-Vergleich ist (sowohl juristisch wie inhaltlich gesehen) problematisch bzw. kontraindiziert. Nun erwarten Sie aber eine Stellungnahme zu Ihren Fragevorgaben....

Unter Berücksichtigung dieser Aspekte bietet die Gesprächspsychotherapie (GT) m.E.n. durchaus auch spezifische `Vorteile`, die sie von anderen Verfahren tendentiell unterscheidet.

1. Die *Gesprächspsychotherapie (GT)* bietet im Vergleich zur *Tiefenpsychologie (TP)* bzw. *Psychoanalyse (PA)* m.E.n. den Vorteil, dass sie - im Unterschied zur TP/PA, die die Übertragung(sbeziehung) sowie hierauf bezogene (Wiederholungs)Deutungen in den Vordergrund stellt und damit einerseits Reinszenierungen bearbeitbar macht, andererseits jedoch auch u.U. in der Gefahr steht, bei (Über-) Betonung des `Dort & Damals` dann bei der `realen` therapeutischen Beziehung (schon aufgrund der Abstinenzregel) evtl. `beziehungslos` zu werden und so (bereits vorhandene) `Abhängigkeiten` zu stabilisieren - mit einem `Hier & Jetzt`-Postulat arbeitet und im Rahmen der `Person-to-Person`-Beziehung zwar sehr wohl auch die Übertragungsebene mitberücksichtigt, jedoch die `Real-Beziehung` deutlich(er) in den Vordergrund stellt.

Ich habe in den letzten Jahren immer wieder auch mal Patient/inn/en behandelt, die zuvor mit quasi `halbem` Erfolg eine PA-Behandlung durchlaufen haben: Sie konnten dort ihre Kindheitserfahrungen bearbeiten, fühlten sich verstanden und gut aufgehoben - und

dennoch blieb etwas ungelöst... Nach meinem Eindruck konnten die Abhängigkeitsthematiken nicht zuende bearbeitet werden, da sich die Pat. (u.a. wegen des Liegesettings und der Deutungsmacht) nicht traute, die Beziehung zum/zur Behandler/in zu thematisieren. In diesen Fällen war es dann wichtig und hilfreich, die - spezifisch GT-bezogene - Person-to-Person-Ebene in den Vordergrund zu stellen und die Pat. explizit zu ermuntern/anzuregen/aufzufordern, mit mir - exemplarisch - die Real-Beziehung zu klären und konstruktiv auszustreiten.

2. Die *Gesprächspsychotherapie (GT)* bietet im Vergleich zur *Verhaltenstherapie (VT)* m.E.n. den Vorteil, dass sie - im Unterschied zur VT, die die Handlungsorientierung / Symptombewältigung in den Vordergrund stellt und vglw. ausgefeilte Manuale für diverse Störungsbilder anbietet, zugleich jedoch u.U. tendentiell in der Gefahr steht, ggf. auch `zu technisch` bzw. `zu (vor)schnell` zu sein (d.h. ohne ausreichendes Ver-stehen und Annehmen) - das *Sich-selbst-Verstehen* und *Sich-Annehmen* der Pat. deutlich(er) in den Vordergrund stellt.

Ich habe in den letzten Jahren immer wieder auch mal Patient/inn/en behandelt, die - und auch das kommt ja vor - ihrerseits als Psychotherapeut/inn/en, u.zw. als VT-Therapeut/inn/en, tätig sind.

Auf Nachfrage (und auch das dürfte die Notwendigkeit unterschiedlicher Verfahren betonen) gaben sie unisono an, dass sie im Hinblick auf ihre Patient/inn/en mit ihrem verhaltensthe-rapeutisch-handlungsbewältigungsorientierten Vorgehen sehr zufrieden sind, dass sie jedoch für *sich selbst* ein `tiefergehendes` Verstehen sowie `wertschätzendes` Verständnis bräuchten.

Während einige äußerten, es sei ihnen letztlich nicht so wichtig, ob es hierbei um TP oder GT gehe (Hauptsache, die Therapie sei ausreichend klärungsorientiert), legte die Mehrheit expli-ziten Wert auf eine GT und das damit verknüpfte spezifische Beziehungs- und Bearbeitungsangebot.

3. Die *Gesprächspsychotherapie (GT)* bietet im Vergleich zu allen anderen zugelassenen Verfahren (VT/TP/PA) m.E.n. den Vorteil, dass sie die *Gefühle* (u.zw. deutlich anders als die TP-PA-`Affekte` und die VT-`Emotionen`) in den Vordergrund stellt und hierbei - und das gibt es in keinem anderen Verfahren - auch das diffuse *Vorgefühl*, den *felt sense*, berücksichtigt, was vor allem dann besonders wichtig ist, wenn es um `Stim-migkeit` geht. Von daher stellt die GT - auch wenn sich eigentlich Indikations-Zuordnungen verbieten (vgl. hierzu den Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien von Faber/Haarstrick) - bei v.a. narzisstisch gestörten Patient/inn/en *das* Verfahren und damit *die* "via regia", dar. Ich habe viel darüber nachgedacht und einiges ausprobiert, aber wie ich es auch drehe und wende: der erfolversprechendste Zugangsweg bei narzisstischen Störungen ist und bleibt (ggf. in Verknüpfung mit den Kohut`schen Selbst-Psychologie-Überlegungen zu `frustration` und `repairing`) die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie.
4. Die *Gesprächspsychotherapie (GT)* bietet - im Vergleich zu VT/TP/PA - m.E.n. den Vorteil, dass sie aufgrund ihrer *Patientenzentrierung* die (individuell abgestimmte) *spezifische Passung* in den Vordergrund stellt.

| |
|--|
| C. Zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie-Integration (Frage 4.1) |
|--|

1. Die sozialrechtliche Zulassung der GT ist **kostenneutral** und damit nicht nur *inhaltlich*, sondern auch *wirtschaftlich* sinnvoll.
 - a. Die sozialrechtliche GT-Zulassung führt nicht zu längeren Behandlungsdauern. Bei der Behandlungsdauer nimmt die PA naturgemäß eine Sonderstellung ein, während GT+TP+VT in etwa gleich lange dauern; d.h. dass bei diesen Therapieformen die Dauer nicht über das Verfahren bestimmt wird, sondern alleine vom zugrunde-liegenden Störungsbild abhängt.
 - b. Die sozialrechtliche Zulassung der GT bewirkt keine Ausweitung des Psychotherapieangebotes (die Praxen-Zahl wird über Zulassungsregeln gedeckelt), führt aber zu einer besseren Passung (s.o.) und damit zu einem insgesamt passenderen Versorgungsangebot für die Gesamtheit der Patient/inn/en.
2. Damit bietet eine sozialrechtliche GT-Integration für die Versichertengemeinschaft diverse **Vorteile** und m.E.n. keine Nachteile.

* * * * *

Ich möchte abschliessend betonen, dass ich meine Stellungnahme (vgl. Frage 7) - Sie hatten ja explizit auch Praktiker/innen um eine Stellungnahme gebeten - als Einzelperson und psychotherapeutisch tätiger Praktiker abgebe.

* * * * *

Ich bitte Sie, die aufgeführten Argumente bei Ihrer Entscheidung entsprechend (mit-) zu berücksichtigen.

mit freundlichen Grüßen

Dr. Peter Hohmann

Pichler Andreas

19

PSYCHOTHERAPEUTISCHE PRAXIS
ANDREAS PICHLER

19. Nov. 2004

Diplom-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut

✉ Praxis A. Pichler, Rotdornstr. 14, 53639 Königswinter

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Geschäftsstelle
z.Hd. Herrn Wiesner
Pf 1763
53707 Siegburg

| | | | | | | | |
|--|-------------|---------------|------------------|-----|-------|---------|--|
| Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I | | | | | | | |
| Eingang: 19. Nov. 2004 | | | | | | | |
| Original | H. Wiesner | | | | | | |
| Kopie | Fr. Giering | | | | | | |
| Vorsitzende | GF | Sisi Rech' | Sisi Methodik | P/O | Verw. | Abt. II | |

Rotdornstr. 14
53639 Königswinter
☎: 02244 / 874 653
☎: 02244 / 874 645
Email: pichba@aol.com

Königswinter, den 17.11.2004

● Stellungnahme zur Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren, Sehr geehrter Herr Wiesner,

vielen Dank für die Zusendung des Fragebogens zur Anerkennung der „Gesprächspsychotherapie“ im Rahmen dessen sozialrechtlicher Anerkennung.

Der Fragebogen wirft allerdings selber einige Fragen auf, die ich Sie bitte, bei der weiteren Prüfung der Angelegenheit zu berücksichtigen:

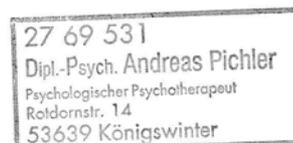
1. Sie fragen nach theoretischem Hintergrund und entsprechender Krankheits- / Interventionslehre der Gesprächspsychotherapie (Fragen Nr. 1, 1.1, 2.2, 2.4, 4, 5)- dies sind Fragen, die bereits durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gem. § 11 PsychThG gründlich geprüft und positiv gewürdigt wurden; die Prüfung hat des Weiteren bereits zur berufsrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in den Bundesländern geführt; eine erneute Prüfung durch den GBA erscheint hierzu m.E. nicht sinnvoll und lässt keine neuen Erkenntnisse oder eine neue Sachlage in der Bewertung erwarten.
- 2. Sie fragen nach der „Überlegenheit“ der Gesprächspsychotherapie ggü den Verfahren Verhaltenstherapie und den psychoanalytischen Verfahren; m.W. ist eine solche „Überlegenheit“ weder wissenschaftlich operationalisierbar, noch in der Fachliteratur belegt, noch im Sinne der Psychotherapierichtlinien erforderlich, da hier v.a. die Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit gelten sowie die Leistungen eines Verfahrens ausreichend für das Ziel heilkundlicher Behandlung sein müssen. Auch die Überlegenheit der Verhaltenstherapie (für die ich zugelassen bin) ggü. den psychodynamischen Verfahren spielt in der Indikation oder Beantragung von Psychotherapien, der Begutachtung im Rahmen der PT-Richtlinien oder der Geltung im Rahmen des GKV-Systems keine Rolle.

Insofern bitte ich Sie sehr, ihre Fragesstellung noch einmal zu überdenken und die darin angelegten Kriterien nicht zu ihrer Entscheidungsfindung heranzuziehen.

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe und verbleibe mit freundlichen Grüßen,

A. Pichler

(A. Pichler, Dipl. Psych.)



Bankverbindung: Dt. Ärzte- & Apothekerbank BLZ 370.606.15

KTO 000 535 9074

Merz Thomas

19. Nov. 2004

Psychotherapeutische Praxis
Frankfurter Str.4
35037 Marburg
Tel. 06421 25469

Thomas Merz, Dipl.-Psych
Psychologischer Psychotherapeut
Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut

Thomas Merz - Frankfurter Str.4 – 35037 Marburg

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss „Psychotherapie“
Postfach 1763
53707 Siegburg

| | | | | | | | |
|--|------------|---------------|------------------|-----|-------|---------|--|
| Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I | | | | | | | |
| Eingang: | | 19. Nov. 2004 | | | | | |
| Original | H. Wiesner | | | | | | |
| Kopie | Fr. Gierke | | | | | | |
| Vorsitzender | GF | StSt Recht | StSt Methodik | P/O | Verw. | Abt. II | |

vorab per Email

Betr.: „Gesprächspsychotherapie“ – Überprüfung gem. § 135 Abs.1 SGB V
Hier: Stellungnahme als Sachverständige Person

Sehr geehrter Herr Wiesner,
Sehr geehrte Mitglieder des Unterausschusses Psychotherapie,

die Prüfung der Möglichkeit der sozial- und leistungsrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie halte ich als niedergelassener Praktiker für einen längst überfälligen Schritt. Anders als bei einem neu entwickelten Medikament handelt es sich bei der Gesprächspsychotherapie um ein psychotherapeutisches Verfahren, welches schon in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt wurde und seitdem breite Anwendung in der Patientenversorgung auch gerade in der BRD gefunden hat. Dies sollte m.E. auch seine Berücksichtigung bei der vorzunehmenden Prüfung finden.

Ich möchte mich mit meiner Stellungnahme ausschließlich zu Punkt 3 Ihres Fragenkataloges äußern und mich hierauf auch beschränken.

Zu meiner Person: Ich arbeite seit über zwanzig Jahren psychotherapeutisch im ambulanten Feld, habe nach einer Ausbildung in personenzentrierter Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie) eine tiefenpsychologische Ausbildung absolviert und bin seit 1999 mit dem Verfahren „TP“ in eigener Praxis niedergelassen. Ich habe zahlreiche Patienten sowohl ausschließlich mit dem Verfahren „GT“ als auch ausschließlich mit dem Verfahren „TP“ behandelt und konnte deutliche Unterschiede in der **Ansprechbarkeit** für das eine oder andere Verfahren bei meinen Patienten feststellen. Aus meinen Erfahrungen heraus kann ich bestätigen, dass es unterschiedliche Gruppen von Patienten sind, die auf das jeweilige Verfahren ansprechen. Zum einen gibt es eine bedeutende Anzahl von Patienten, die erhebliche - z.T. ideologisch gefärbte - Vorbehalte gegenüber der analytisch-tiefenpsychologischen Terminologie, den spezifischen ätiologischen Erklärungen und dem deutenden Vorgehen haben und sich deshalb grundsätzlich nicht oder nur sehr schwer auf eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie einlassen können. Zum anderen scheinen es bestimmte Störungsbilder zu sein, bei denen sich Patienten durch die GT-spezifische Beziehungsgestaltung eher zu einer Behandlung entschließen können und ein stabiler Rapport zustande kommt: Dies scheint besonders auf Patientinnen mit Essstörungen und auf Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (insbesondere vom Borderlinetypus, vom Typus emotional instabiler und ängstlich vermeidender Persönlichkeit) zuzutreffen.

Für diese Patienten sehe ich es nach meiner langjährigen Praxiserfahrung als unbedingt erforderlich an, ein weiteres Psychotherapieverfahren in der kassenpsychotherapeutischen Versorgung bereitzustellen, da dies die compliance der Betroffenen erhöht.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Merz

Ellinghaus Eva
Eva Ellinghaus, DP
Praxis f. Psychotherapie Beratung und Supervision

Markt 16
59174 Kamen

An den
Gemeinsamen Bundesausschuß
- Unterausschuß Psychotherapie -
PF 1763
53707 Siegburg

Sehr geehrte Damen und Herren,
anlässlich Ihrer Beratungen zur Zulassung der Gesprächs-psychotherapie als
Richtlinienverfahren beziehe ich wie folgt Stellung:

Ich bin seit 30 Jahren psychotherapeutisch tätig - zunächst in
Institutionen, seit 1985 in selbständiger Praxis.
Nach den Regeln des Psychotherapeutengesetzes erhielt ich die
Approbation und Zulassung der KVWL für tiefenpsychologische
Psychotherapie.

Während meiner Arbeit in Institutionen und als selbständige
Psychotherapeutin im früheren Erstattungsverfahren konnte
ich sowohl tiefenpsychologisch als auch gesprächspsycho-therapeutisch
arbeiten.

Aus meinen damaligen Erfahrungen weiß ich um die Überlegenheit der
Gesprächspsychotherapie vor allem bei nar-
zistischen und Borderline-Störungen.

Das Beziehungsangebot der wissenschaftlichen Gesprächspsycho-therapie
ist im Unterschied zur VT und der Psychoanalytischen
Therapie genauer an das Krankheitsbild angepaßt und birgt somit die
meisten Entwicklungs- und Besserungschancen.

Ich hatte immer wieder PatientInnen, die nach nicht hinreichend wirksamer
VT oder Psychoanalyse von der gesprächspsycho-therapeutischen
Behandlung gut profitierten.

Hätte ich gewußt, daß ein seit über 50 Jahren anerkanntes und wirksames
Verfahren wie die wiss. GPT solche Schwierigkeiten haben würde, anerkannt
zu werden, würde ich wohl eine
Dokumentation solcher Fälle erstellt haben.

Ich bedaure sehr, daß ich zur Zeit nicht die Möglichkeit habe,
PatientInnen, bei denen ich die wiss. GPT für das angemessene und
erfolgversprechende Verfahren halte, weiter zu verweisen

oder selbst bei ihnen wiss. GPT anzuwenden.

Es ist schwierig, die Vorteile eines Verfahrens nachzuweisen, welches man im Rahmen der kassenärztlichen Richtlinien gar nicht durchführen darf.

Mit meiner Stellungnahme befinde ich mich in Übereinstimmung mit den KollegInnen in meinem Qualitätszirkel.

Im übrigen verweise ich auf die Ihnen wohl bereits vorliegenden ausführlichen und qualifizierten Darlegungen der Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG).

Hochachtungsvoll

Eva Ellinghaus, DP

Universität Hamburg



Universität Hamburg

UHH • INSTITUT FÜR PSYCHOTHERAPIE • VON-MELLE-PARK 5 • 20146 HAMBURG

An den
Vorsitzenden des
Gemeinsamen Bundesausschuss
Dr. Rainer Hess

Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

| | | | | | | |
|--|-------------|--------------|-----------------|-----|-------|---------|
| Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I | | | | | | |
| Eingang: 22. Nov. 2004 | | | | | | |
| Original | Dr. Richter | | | | | |
| Kopie | Fr. U2294 | | | | | |
| Vorsitzende | UF | St. recht | St. methodik | P/O | Verw. | Abt. II |

Hamburg, den 15. November 2004

Institut für Psychotherapie

Geschäftsführender Direktor:
Univ.-Prof Dr. Rainer Richter
c/o Psychologisches Institut III
Von-Melle-Park 5

D-20146 Hamburg
Tel: +4940 42803-6864
richter@uke.uni-hamburg.de

Sekretariat: Frau Sigrid Adomeit
Tel: +49 40 42838-5366 Fax: -6170
adomeit@uni-hamburg.de

Stellungnahme zum Beratungsthema Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrter Herr Doktor Hess,

in der Anlage überreichen wir Ihnen unsere Stellungnahme zu dem Beratungsthema Gesprächspsychotherapie in Form von Antworten zu dem veröffentlichten Fragenkatalog.

Mit der Gesprächspsychotherapie wird seit In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes erstmalig ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren hinsichtlich der sozialrechtlichen Zulassung in der Versorgung geprüft. Der Bundesausschuss hat mit der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zum ersten Mal die Möglichkeit, die Erforschung von Wirkmechanismen, Indikation und Wirksamkeit eines weiteren etablierten und wissenschaftlich anerkannten Behandlungsverfahrens zum Vorteil der Patienten und damit der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen nachhaltig zu fördern. Er käme damit insbesondere auch dem Willen des Gesetzgebers nach, der mit dem PsychThG ausdrücklich auch angestrebt hat, Weiterentwicklungen und damit die Forschung auf dem Gebiet der Psychotherapie als Krankenbehandlung zu fördern.

Der auf die Gesprächspsychotherapie anzuwendende Fragenkatalog impliziert bei einigen Fragen Entscheidungskriterien, die nicht mehr dem gegenwärtigen Stand der internationalen Psychotherapie-Forschung entsprechen und im Übrigen auch von keinem der bereits etablierten Richtlinienverfahren evidenzbasiert zu beantworten sind. Wir möchten anregen, dieses bei den anstehenden Beratungen zu berücksichtigen.

mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Rainer Richter

Fragen zum Verfahren

1. *Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?*

Die Gesprächspsychotherapie als Heilbehandlung fokussiert auf solche gestörte Selbstregulationsprozesse, die durch Inkongruenzen ausgelöst oder aufrecht erhalten werden und zur Ausbildung von krankheitswertigen Symptomen und Verhaltensmustern führen. Pathogene Inkongruenzen als Behandlungsfokus der Gesprächspsychotherapie entstehen durch einen jeweils spezifischen Mangel in der Übereinstimmung von Prozessen der organismischen Erfahrung und der Selbstwahrnehmung sowie von verinnerlichten Werten und dem Selbstkonzept.

Wesentlich für die Ätiologie psychischer Störungen sind dabei die für die unterschiedlichen Krankheitsbilder spezifischen pathogenen Formen der Inkongruenz. Diese ergeben sich aus dysfunktionalen Wechselwirkungen zwischen organismischen Erfahrungen, internen Repräsentationen signifikanter biografischer Erfahrungen, pathogenen Symbolisierungsprozessen aktueller Lebensereignisse und spezifischen Belastungsfaktoren. Das allgemeine Behandlungsziel einer Gesprächspsychotherapie besteht in der Linderung bzw. Aufhebung der Symptomatik infolge einer Reduktion bzw. Aufhebung von Inkongruenzen.

Dazu ist die Entwicklung einer spezifischen therapeutischen Beziehung erforderlich, die durch Empathie, Unbedingte Wertschätzung und Selbstkongruenz gekennzeichnet ist und die nach bestimmten Indikationsregeln mit störungs-, person- und prozessspezifischen Interventionen und Techniken verbunden wird.

1.1 *Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?*

Gesprächspsychotherapeuten waren und sind in der vertragsärztlichen Versorgung in erheblichem Umfang tätig, in der Vergangenheit durch Sonderregelungen (u.a. Erstattungsverfahren gem. TK-Regelung, BKK-IKK-Vereinbarungen), heute nach wie vor auf der Grundlage von § 13.3 SGBV oder sie wurden über Nachqualifikationen in anderen Richtlinienverfahren zugelassen. Wir schätzen, dass die letztgenannte Gruppe überwiegend in ihr ursprünglich gewähltes und erlerntes Verfahren zurückkehren würde, so dass eine breite Anwendung der Gesprächspsychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zeitnah nach Zulassung des Verfahrens gewährleistet wäre.

1.2 *Über welche Qualifikationen/Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?*

In vielen Bundesländern sind bei Einführung des PsychThG Psychologen mit einer vom Fachverband GwG e.V. anerkannten Ausbildung in Gesprächspsychotherapie approbiert worden, wenn sie die weiteren Kriterien der Übergangsregelung ebenfalls erfüllt hatten. Für neue Ausbildungen in GPT gilt die PsychTh-APrV. **Am Institut für Psychotherapie der Universität Hamburg wurde ein entsprechender Studiengang mit der Vertiefung auch in GPT eingerichtet, der gem. PsychThG von der zuständigen Landesbehörde anerkannt wurde.** Dieser Studiengang basiert auf den curricularen (Muster-)Ausbildungsgängen, die von den Fachverbänden für eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt GPT entwickelt wurden. Vergleichbare Weiterbildungsgänge für Ärzte im Rahmen von Facharztausbildungen sind in Arbeit.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I.1 genannten Verfahren nachweisbar?

Ja, und zwar für Patienten, die

1. wegen fehlender Ansprechbarkeit auf die bisherigen Richtlinienverfahren von diesen nicht oder nicht ausreichend profitieren können und
2. die die Indikationskriterien der Richtlinienverfahren nicht erfüllen können, (z.B. eingeschränkte Möglichkeiten/Bereitschaft, sich inneren Konflikten zuzuwenden und damit auseinanderzusetzen, oder es können die spezifischen Auslöser für das pathologische Verhalten bzw. die pathologische Symptomatik nicht identifiziert und damit verändert werden).

Neben klinischen Erfahrungen, die das bestätigen, gibt es für die Gesprächspsychotherapie auch eine neuere Zusammenstellung von Studien (Frohburg (3)), die das belegen sowie zwei Studien über Patienten, die nach einer nicht zweckmäßigen Behandlung in einem Richtlinienverfahren ihre Behandlung in einer Gesprächspsychotherapie erfolgreich abgeschlossen haben (Frohburg (5), Eckert et al. (2)).

2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar ?

Nein. Stand der internationalen Psychotherapieforschung ist, dass es keine wesentlichen Unterschiede zwischen den wissenschaftlich untersuchten Psychotherapieverfahren bezüglich ihrer Wirksamkeit gibt (Lambert u. Ogles (6)). Vergleichende Therapieforchung und Metaanalysen belegen, dass dieses sog. Äquivalenzparadox auch auf die Gesprächspsychotherapie zutrifft (Elliott (7), Elliott et al. (8)).

Die Frage nach einer Überlegenheit eines Verfahrens bei einer bestimmten psychischen Störung wird heute nicht mehr gestellt und untersucht, weil der Erfolg einer Therapie nicht nur von der Störung, sondern auch von dem Störungsmodell des Therapeuten, der Person des Therapeuten und der Person des Patienten abhängen.

Ferner kommen Überlegenheitsangaben zu jedweder Behandlung ohne gleichzeitige Aussagen über das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten zu ziemlich irreführenden Aussagen. Wenn das Verfahren A bei einer bestimmten Störung X eine Erfolgsquote von 80% aufweist, aber 70% der Patienten mit der Störung X diese Behandlung für sich ablehnen, etwa weil sie ihnen zu gefährlich erscheint, dann ist diese Behandlung weniger erfolgreich als die Behandlung B, der sich 10% versagen und die nur eine Erfolgsquote von 40% aufweist: Im Fall A profitieren 24, im Fall B 36 % der Patienten.

2.2 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

Sowohl die zugrunde liegende Persönlichkeitstheorie als auch die Therapietheorie der beiden Verfahren unterscheiden sich in vielfacher Hinsicht. Diese Unterschiede können hier nicht in allen Einzelheiten dargelegt werden. Dazu wird auf gängige Lehrbücher der Psychotherapie verwiesen, z.B. Kriz (4), Reimer et al. (9) oder die 3. Auflage des Lehrbuches von Senf & Broda (10).

Einer der Hauptunterschiede zwischen Behaviorismus und der Humanistischen Psychologie liegt in den Annahmen über das Wesen des Menschen. Die Gesprächspsychotherapie ist einer phänomenologisch-existenzialphilosophischen Position verpflichtet, bei der das "Wesen des Menschen" ins Zentrum gerückt und von daher versucht wird, die konkrete Situation des therapeutischen Handelns und die dort beobachtbaren Vorgängen zu verstehen und theoretisch zu rekonstruieren. Damit wird die Verankerung menschlichen Leidens und dessen

therapeutischer Veränderung in den bio-physischen Lebensprozessen und der Stellenwert auch reiz-reaktionsbedingter Lernzusammenhänge keineswegs negiert. Aber als mindestens eben so bedeutsam für den Menschen - im Gegensatz zum nicht-menschlichen Bio-Organismus - ist der Aspekt, dass der Mensch als reflexives Wesen seine Existenz und sein Dasein in dieser Welt sinnhaft definieren kann und muss.

2.3 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie in der ambulanten Versorgung?

Diese Frage wurde bereits unter Frage 2 beantwortet.

2.4 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?

Auch zwischen diesen beiden Grundorientierungen sind die Unterschiede in den persönlichkeits-theoretischen und therapie-theoretischen Annahmen erheblich und in der gebotenen Ausführlichkeit hier nicht darstellbar. Auch hierzu wird auf die zahlreichen einschlägigen Lehrbücher verwiesen. Beispielfhaft herausgestellt seien daher nur folgende Unterschiede.

- ein an der Existenzphilosophie orientiertes *philosophisches* Menschenbild
- die Phänomenologie als wissenschaftliche Erkenntnismethode
- die Wahrung des Prinzips der "Sparsamkeit" bei den theoretischen Postulaten: Das einzige von Rogers für die Entwicklung eines Selbstkonzepts (= Selbst) als notwendig postulierte Bedürfnis ist „need for positive regard“ (Bedürfnis nach positiver Beachtung)
- den Verzicht auf die Annahme spezifischer biologisch determinierter Vorgänge (etwa einer Triebtheorie) als Hauptfaktoren in der *psychischen* Entwicklung von Menschen
- die Aufgabe des psychoanalytischen Strukturmodells. Stattdessen wird ein im Prinzip offenes psychisches Systems postuliert: das Selbst bzw. Selbstkonzept.

2.5 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie in der ambulanten Versorgung?

Diese Frage wurde bereits unter Frage 2 beantwortet.

2.6 Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar

- a) *bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?*
Es erfolgt keine Erweiterung des Indikationsspektrums bezüglich bestimmter Störungsbilder, sondern es können Patienten psychotherapeutisch erreicht werden, für die das therapeutische Angebot der bisherigen Richtlinienverfahren nicht angemessen oder zweckmäßig ist. Das Indikationsspektrum für Psychotherapie wird also bezüglich der Passung „Therapieverfahren Gesprächspsychotherapie – Patient“ erweitert.
- b) *hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?*
Mit einer generellen Verkürzung der Behandlungsdauer durch Gesprächspsychotherapie ist nicht zu rechnen. Sie ist zwar ursprünglich als eine Kurztherapie im Vergleich zur klassischen Psychoanalyse angetreten, ihre

Behandlungszeiten sind aber denen der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sehr ähnlich.

Die Gesprächspsychotherapie verfügt über störungs- und personbezogene Modelle von Behandlungen mit unterschiedlich langer Behandlungsdauer, z.B. über ein kurztherapeutisches Konzept bei Anpassungsstörungen. Im Übrigen gilt auch hier, dass empirische Untersuchungen zum Vergleich von Behandlungszeiten in der internationalen Psychotherapieforschung für alle Verfahren weitgehend fehlen.

c) *Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?*

Es können Katamnesen bis zu einem Zeitraum von 12 Jahren nachgewiesen werden. Die Ergebnisse (z.B. Frohburg 2003) lassen durchgängig erkennen, dass Gesprächspsychotherapie eine Langzeitwirkung entfaltet: Im Durchschnitt kann der „Therapiegewinn“ zum Katamnesezeitpunkt gehalten werden oder es kommt zu weiteren Besserungen in der Symptomatik.

3. *Gibt es Patienten, die mit Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder nur unzulänglich behandelt werden, aber von einer Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?*

Diese Frage wurde mit den Ausführungen zu Frage 2 bereits bejaht. Es sei noch einmal der Hinweis erlaubt, dass diese Frage – auch wenn sie für den Bereich der Wirksamkeit und Zulassung von Arzneimitteln durchaus sinnvoll ist - hinter den Stand der internationalen Psychotherapieforschung zurückfällt und in dieser Form nicht mehr gestellt werden sollte: Es gibt bisher keine Verfahren, die durchgängig anderen Verfahren in ihrer Wirksamkeit „überlegen“ sind. Der Stand der empirischen Therapieforchung wird durch das Allgemeine Modell von Psychotherapie von Orlinsky und Howard (s. Orlinsky et al. (11)) repräsentiert. Dieses international anerkannte Modell stellt heraus, dass der Therapieerfolg von mindestens 4 Passungen abhängt, die sich zwischen den vier wichtigsten eine Psychotherapie konstituierenden Faktoren einstellen: Die Passungen „Patient-Therapeut“, „Störungsbild-Behandlungsmodell“, „Störungsbild-Person Therapeut“ und „Behandlungsmodell-Person Patient“.

Fragen zur Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung

Auf Ausführungen zu den Fragen 4 und 5 verzichten wir, da diese durch die gesprächspsychotherapeutischen Fachverbände und Psychotherapeutenkammern beantwortet werden und wir vermutlich keine neuen Aspekte dazu beitragen können.

Ergänzung

Die Vertreter des Verfahrens sind seit seiner Begründung durch Carl Rogers der Selbstverpflichtung nachweislich nachgekommen, das Verfahren und seine Anwendung in der klinischen Praxis einer wissenschaftlichen Erforschung zu unterziehen und es auf der Grundlage dieser wissenschaftlichen und vielfältig publizierten Ergebnisse ständig weiter zu entwickeln. Lange bevor die Kriterien der evidence based medicine zum Standard erhoben wurden, wurden für die GPT empirische Studien zu ihren Wirkfaktoren publiziert. Zur objektiven Überprüfung der Beobachtungsdaten und wurden gesprächspsychotherapeutische Behandlungen von Beginn an auf Tonträger aufgezeichnet – eine wissenschaftliche Methodik, mit der sich die GPT auch heute noch von anderen auch Richtlinienverfahren unterscheidet. Gesprächspsychotherapie ist an vielen deutschen Universitäten in Lehre und Forschung nach

wie vor gut vertreten, obwohl die Forschung durch die Nichteinbindung in die gesetzliche Krankenversorgung benachteiligt wurde.
Auch die in gesprächspsychotherapeutischen Fachverbänden organisierten Psychotherapeuten haben sich verpflichtet, sich einer „lebenslangen“ Supervision ihrer gesprächspsychotherapeutischen Tätigkeit zu unterziehen.

Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

7. Wir geben diese Stellungnahme als Einrichtung der Universität Hamburg zur Aus- und Weiterbildung im Bereich Psychotherapie für Ärzte und Psychologen ab.

Das Institut für Psychotherapie (IfP) ist eine gemeinsame Einrichtung der Fachbereiche Psychologie und Medizin der Universität Hamburg. Es ist dreizügig geplant. Bereits eingerichtet ist der Ausbildungsschwerpunkt „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“. Seit Oktober liegt die Anerkennung der Gesundheitsbehörde für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie vor. Der Schwerpunkt VT ist im Aufbau.

Eine sozialrechtliche Anerkennung wird von Fachbereichen Medizin und Psychologie mit Nachdruck gewünscht. Sie weisen auf die Ungleichbehandlung von Absolventen hin, die sich für Gesprächspsychotherapie als Vertiefungsverfahren entscheiden möchten, aber bisher durch die fehlende sozialrechtliche Anerkennung eine ungünstigere Berufsperspektive haben.

7.1 Die aufgeführten Einzelstudien stammen u.W. aus verfahrensunabhängigen Einrichtungen. Sie sind an Universitäten geplant und durchgeführt worden. Ob unter den Studien, die in die Metaanalysen eingegangen sind, welche sind, die aus verfahrensorientierten Einrichtungen stammen, entzieht sich unserer Kenntnis.

gez. Prof. Dr. Rainer Richter
Geschäftsführender Direktor des IfP

Schwindling Michael

Michael Schwindling
Dipl.-Psychologe
Psych. Psychotherapeut
Lessingstr.22
66121 Saarbrücken

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss
Unterausschuss Psychotherapie
Auf dm Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Saarbrücken, 17.11.04

Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie
Persönliche Stellungnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,
ich möchte Ihnen mein Erstaunen und Unverständnis ausdrücken, dass ihr Fragenkatalog Fragen enthält, die im berufsrechtlichen Anerkennungsverfahren vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie gemäß §11 PsychThG mehrheitlich als beantwortet beurteilt wurden und zur berufsrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in allen Bundesländern geführt hat. Des weiteren fragen sie nach einer „Überlegenheit“ der Gesprächspsychotherapie gegenüber den Richtlinienverfahren. Vom Beginn meines Studiums bis heute sind mir lediglich sich wiederholende Feststellungen der Psychotherapieforschung bekannt, nach denen es eine generelle Überlegenheit eines Verfahrens nicht gibt. Ich finde es sehr befremdlich Anforderungen an die Gesprächspsychotherapie zu stellen, die auch kein Richtlinienverfahren gegenüber einem anderen erfüllen kann. Auch die gültigen Psychotherapierichtlinien fordern „ausreichende, wirtschaftliche und zweckmäßige“ Leistungen eines Verfahrens, keine „überlegenen“.

Diese Sachverhalte setze ich bei Ihnen als bekannt voraus.

Unzweifelhaft hat sich die Gesprächspsychotherapie in Jahrzehnten in Praxis und Wissenschaft etabliert und bewährt. Auch in meiner 15jährigen psychotherapeutischen Praxis hat sich die Gesprächspsychotherapie als hochpotentes Verfahren erwiesen, das auch noch Patienten erreicht, die sich auf Beziehungsangebot und Arbeitsweise der Richtlinienverfahren nicht einlassen konnten. Ich möchte als praktizierender Therapeut an Ihre Verantwortung all den Patienten gegenüber appellieren, die sich eine geschäftspsychotherapeutische Behandlung wünschen, brauchen und von ihr profitieren können, aber nicht privat finanzieren können.

Mit freundlichen Grüßen

Michael Schwindling

Grimm Karl-Heinz

Dipl.-Psych. Dr. Karl-Heinz Grimm
Psychologischer Psychotherapeut

Hügelstr. 10 - 12
33613 Bielefeld
Tel.: 0521 / 12 16 13
Fax.: 0521 / 52 21 789

Psychol. Praxis Dr. K.-H. Grimm Hügelstr. 10-12 33613 Bielefeld

*Sprechstunden
nach Vereinbarung*

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Psychotherapie

Bielefeld, den 21.11.2004

Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie

Als Mitglied der Vollversammlung der KVWL und des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie und als Niedergelassener Psychotherapeut in eigener Praxis möchte ich zu dem vorgelegten Fragenkatalog folgende Stellungnahme abgeben:

Die in dem Fragebogen vorgelegten Fragen zur Gesprächspsychotherapie zum zusätzlichen Nutzen (2.3; 2.5; 2.6) und die Frage zur Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie (2.1) entbehren meiner Ansicht nach jeder fachlichen und jeder gesetzlichen Grundlage und erwecken den Eindruck, dass diese Fragen ausschließlich dazu dienen, jedem weiteren psychotherapeutischen Verfahren die sozialrechtliche Zulassung unter fadenscheinigen und nur scheinbar an das Gesetz angelehnten Gründen zu verwehren. Die gesamte psychotherapeutische Fachwelt steht der sozialrechtlichen Anerkennung der GT positiv gegenüber. Die Stellungnahmen liegen Ihnen vor.

Die Fragen zu möglichen Interessenkonflikten sollten Sie lieber den Mitgliedern des Bundesausschusses selber stellen, denn jedes weitere neue Verfahren stellt offensichtlich eine Bedrohung für das Aus- und Fortbildungsmonopol der etablierten Richtlinienpsychotherapien dar. Die Seilschaften, die schon das Psychotherapeutengesetz zu verhindern suchten, scheinen noch weiter die Oberhand im Bundesausschuss zu haben.

Wenn die KV'en von manchen Journalisten als kriminelle Vereinigungen bezeichnet werden, dann leistet ein Fragenkatalog wie der zur GT vorgelegte einer solchen Einschätzung Vorschub. Ich sehe hier eine Fortsetzung des unwürdigen Theaters im Rahmen des wissenschaftlichen Beirats um die wissenschaftliche Anerkennung der GT. Aber vielleicht müssen erst die Gerichte diesem auch in meinen Augen mafiösen Treiben ein Ende bereiten.

Abgesehen davon ist dieses Vorgehen angesichts der zunehmenden schweren Störungen in den Praxen, der massiven Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen auf Grund psychischer Erkrankungen auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten eine Riesendummheit. Für die Behandlung schwerer psychischer (struktureller) Störungen gibt es derzeit nur die teure und langwierige Psychoanalyse, die aber gerade nur ca. 6% aller

abgerechneten Psychotherapien ausmacht. Viele dieser Patienten erfüllen nicht einmal die Voraussetzungen für eine Psychoanalyse. Diese Patienten fallen meist durch alle Roste und landen nicht selten in den sehr teureren Psychiatrien und klinischen Einrichtungen.

Die GT hat sich schon in den vierziger und fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts dieser Patienten angenommen und gute Behandlungserfolge erzielt. Dies ist alles belegt und wurde schon im Rahmen der wissenschaftlichen Anerkennung der GT vorgelegt. Soll das unwürdige und fachlich unqualifizierte Theater des Wissenschaftlichen Beirats jetzt im Bundesausschuss weitergeführt werden?

Ich möchte mich dagegen verwahren, dass ich als Mitglied der KV mit meiner Verwaltungsumlage die Kosten für dieses würdelose Schauspiel mittragen muss.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Karl-Heinz Grimm



Westfälische Klinik Marsberg

Westfälische Klinik Marsberg

Psychiatrie ■ Psychotherapie ■ Rehabilitation

Westfälische Klinik Marsberg Postfach 1763 53707 Siegburg
Fr 8.30 – 12.30 Uhr

Unterausschuss "Psychotherapie"
des gemeinsamen Bundesausschusses
Postfach 1763

53707 Siegburg

per E-Mail: christof.wiesner@g-ba.de

1.12.2.

1.12.3. Dr. med. S. Bender

Ärztlicher Direktor

Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf die Bekanntmachung des gemeinsamen Bundesausschusses über das Beratungsthema "Gesprächspsychotherapie" des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung nehme ich zu den Fragen 3 und 7 des vorgelegten Fragenkataloges wie folgt Stellung:

zu 3:

Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren? In welchem Umfang?

Es gibt zahlreiche Patientinnen und Patienten (vor allem: Traumapatienten, Psychosekrankte), die auf Verhaltenstherapie oder tiefenpsychologische Therapie nicht ansprechen oder für die solche Therapieformen allein nicht ausreichen oder zum Teil sogar kontraindiziert sind. Für viele dieser Patientinnen und Patienten ist die Fähigkeit zur Aufnahme einer vertrauensvollen Beziehung allein schon ein großer Therapieerfolg. In diesen Fällen hat sich die Gesprächspsychotherapie als überlegenes Verfahren herausgestellt. Sie unterstützt diese Menschen dabei, sich ihrer Gedanken und Gefühle bewusster zu werden, ihnen zu vertrauen und - was das Wichtigste ist, da oft entgegen ihren bisherigen Erfahrungen - sich dieser Gefühle ändern gegenüber nicht zu schämen und dadurch authentischer im Kontakt mit anderen Menschen zu werden. Es geht hierbei häufig um die Wiederherstellung einer Grundfähigkeit des Menschen mittels einer spezifischen Haltung (Kongruenz, Echtheit und unbedingte Wertschätzung), die in keinem anderen Verfahren (!) so gelehrt wird. Denn diese Haltung ist zwar einfach und effektiv, aber nicht leicht zu erlernen (Carl Rogers: "It's simple but not easy!"). Weder die tiefenpsychologisch fundierten noch die verhaltenstherapeutisch orientierten Verfahren beinhalten diesen Fokus bzw. die entsprechende Ausbildung dazu. Deshalb ist diese Therapieform ein notwendiger Baustein für ein differenzielles psychotherapeutisches Angebot.

LWL Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Weist 45, 34431 Marsberg
Telefon: 02992 601-01
Telefax: 02992 601-1399

Konto der Westf. Klinik Marsberg
Sparkasse Paderborn
BLZ: 472 501 01, Konto-Nr.: 2 709
IBAN: DE81 4725 0101 0000 0027 09
BIC: WELADED1PBN 195

Sekretariat:

Tel.: 02992 601-1212

Fax: 02992 601-1711

E-Mail: stefan.bender@wkp-lwl.org

I.-Net : www.psychiatrie-marsberg.de

34431 Marsberg, 23.11.2004

Dr. B./Kl.

Wesentlich ist dabei, dass die Gesprächspsychotherapie nicht nur für die stationäre psychotherapeutische Behandlung, sondern auch für die ambulante psychotherapeutische Behandlung ein unerlässliches Verfahren darstellt.

zu 7:

Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie die Stellungnahme abgeben, und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person und der Institution, für die Sie sprechen.

Ich bin der Ärztliche Direktor der Westfälischen Klinik Marsberg. Die Klinik ist ein modernes psychiatrisch-psychotherapeutisches Behandlungszentrum mit einem umfassenden und differenzierten Angebot an stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Sie verfügt über 145 vollstationäre und tagesklinische Behandlungsbetten, 11 Plätze für medizinische Rehabilitation sowie eine große Institutsambulanz. Die Klinik gehört zum Landschaftsverband Westfalen-Lippe und übernimmt die Regionalversorgung für einen Teil des Hochsauerlandkreises. Ich habe die volle Befugnis zur Weiterbildung im Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie (vier Jahre).

Mit freundlichen Grüßen

Dr. S. Bender
Ärztlicher Direktor

Gesellschaft für Wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie

**Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie
(ÄGG)**

**Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG)
Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie**

(GwG)
Gemeinsame Stellungnahme
zum
„Fragenkatalog für Stellungnahmen zur
Gesprächspsychotherapie“
des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)
vom Oktober 2004

Köln, den 17.11.2004

Vorbemerkungen

U Die Fachverbände für Gesprächspsychotherapie haben Dokumentationen zu dem Psychotherapieverfahren "Gesprächspsychotherapie" auf Aufforderung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bereits im Oktober 2002 und auf Ergänzungs-Nachfragen des Unterausschusses Psychotherapie im März 2004 vorgelegt. Wir gehen davon aus, dass die in dem „Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie“ des G-BA enthaltenen Fragen durch die dem Unterausschuss Psychotherapie vorliegenden Dokumentationen beantwortet sind, soweit dies zur Bewertung nach den gesetzlichen Vorgaben erforderlich ist.

Deshalb wird der Fragenkatalog – neben kurzen Hinweisen und ergänzenden Anlagen – im Folgenden insbesondere durch entsprechende Verweise auf diese Dokumentationen beantwortet. Dabei gelten folgende Quellenangaben:

Dokumentation 1

Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) & Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG):

Zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Verfahren gemäß B I.3. der Psychotherapie-Richtlinien. Antworten zum Fragenkatalog und Materialien (Oktober 2002) (40 Seiten und 8 Anlagen)

Dokumentation 2

Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) & Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG):

Zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Verfahren gemäß B I.3. der Psychotherapie-Richtlinien. Antworten zu zwei Fragen des Gemeinsamen Bundesausschusses-Unterausschuss Psychotherapie vom 2. Februar 2004 (März 2004) (31

Seiten und 17 Anlagen)

2

Einige der Fragen – so die Fragen nach einer *Überlegenheit*, einer *spezifischen Überlegenheit* und einem *zusätzlichen Nutzen* der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den bisher in der vertraglichen Versorgung zugelassenen Psychotherapieverfahren – implizieren nach unserer Auffassung Kriterien, die keine gesetzliche Grundlage haben und deshalb nicht Grundlage der Bewertung sein können.

Diese Auffassung war dem Vorsitzenden des G-BA mit Schreiben vom 19.10.2004 unter Beifügung einer Kommentierung des Fragenkatalogs mitgeteilt worden. Zur Vermeidung von Wiederholungen fügen wir dieses Anschreiben sowie den Kommentar bei und machen es zum Bestandteil unserer Stellungnahme (siehe Anlage 1). Entsprechende Rechtsvorbehalte sind bei der Beantwortung einzelner Fragen vorangestellt.

Entgegen der vom G-BA mit Schreiben vom 02.11.04 erteilten Antwort bestätigt der Justiziar der Bundespsychotherapeutenkammer in einer „juristischen Bewertung“ des Fragenkatalogs unsere Rechtsauffassung (veröffentlicht unter www.bptk.de).

Fragen zum Verfahren

1. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie definiert?

- Die Gesprächspsychotherapie ist von den zuständigen Landesbehörden bundeseinheitlich als eigenständiges Psychotherapieverfahren neben den Richtlinienverfahren für die vertiefte Ausbildung anerkannt. Die Beschreibung des Theoriesystems der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategien ist in dem „Gutachten zur Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren“ des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie vom 30.09.1999 enthalten.
- Ausführliche Beschreibung des Theoriesystems der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategien in

Dokumentation 1 S. 15-19

Dokumentation 2 S. 1-13

- Ergänzender Publikationshinweis: siehe Anlage 2 = ⑩ Frohburg, I. (2004). Methodische Akzentsetzungen in der Gesprächspsychotherapie. *Psychologie Report* (eingereicht)

Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?

- Für die *derzeitige Versorgung* stehen gem. § 12 PsychThG approbierte Psychotherapeuten sowie Ärzte zur Verfügung, die durch ein methodenbezogenes Curriculum zur Anwendung der Gesprächspsychotherapie qualifiziert und durch anderweitigen Fachkundenachweis bereits in der vertraglichen Versorgung tätig sind.

Siehe **Dokumentation 1** S. 37-38.

- In Zukunft* kann die Versorgung durch Psychotherapeuten gewährleistet werden, die gem. § 8 Abs.3 Ziff. 1 PsychThG vertieft in Gesprächspsychotherapie ausgebildet werden sowie durch Ärzte, die eine entsprechende Weiterbildung nach den Vorgaben der

Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern absolviert haben.

1.2 **Über welche Qualifikation / Erfahrung müssen die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?**

☒[Ⓞ] Für die *Qualifikationsanforderungen* an Psychotherapeuten (Fachkundenachweis) und an psychotherapeutisch tätige Ärzte zur Leistungserbringung in der vertraglichen Versorgung sind generell und damit auch für die behandelnden Gesprächspsychotherapeuten die gesetzlichen Bestimmungen (§§ 95a und 95c SGB V) und die Psychotherapievereinbarungen (PTV) maßgebend.

☒ Für die Ausbildung von Psychotherapeuten werden *Curricula* unter Nutzung bisheriger Ausbildungskompetenzen und -erfahrungen in verschiedenen staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten angewendet bzw. vorbereitet.

Siehe **Dokumentation 1** Anlage 7

☒ *Übergangsregelungen* durch die Partner der Psychotherapievereinbarungen sollten unter Einbeziehung der Fachverbände für Gesprächspsychotherapie, der Bundespsychotherapeutenkammer und des Beratenden Fachausschusses bei der KBV erarbeitet werden

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. **Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren nachweisbar?**

☒ Eine Verbesserung der Patientenversorgung ist mit der Erweiterung des Versorgungsangebotes um die Gesprächspsychotherapie dadurch zu erwarten, dass die Gesprächspsychotherapie eine andersartige Behandlung mit einer anderen Behandlungsmethodik bietet. Nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Forschung kann als gesichert gelten, dass die richtige Passung von Psychotherapieverfahren, Störungsbild des Patienten, Person des Therapeuten und Person des Patienten von entscheidender Bedeutung für den Erfolg einer Psychotherapie ist. Die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie in die vertragliche Versorgung trägt dadurch dem gesetzlichen Gebot der Vielfalt der Leistungserbringer (§ 2 Abs.3 SGB V) und den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung (§§ 27, 70, 92. SGB V), dass sie mit ihrer spezifischen Behandlungsmethodik die verfahrens- und patientenbezogene Differenzial-Indikation erweitern kann. D.h. es können auch Patienten erfolgreich behandelt werden, die mit den bisher zur Verfügung stehenden Behandlungsangeboten nicht oder nicht ausreichend erreicht werden können. Entsprechende klinische Erfahrungen liegen bei vielen unserer in der vertraglichen Versorgung tätigen Mitglieder zum Teil seit mehr als 30 Jahren vor.

☒ Der *Nachweis* einer Verbesserung der vertraglichen Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie kann datengestützt erst dann geführt werden, wenn das Verfahrens in der Versorgung zur Anwendung kommt, ist also *vor* seiner sozialrechtlichen Anerkennung nicht zu erbringen.

☒ *Aussagen über wahrscheinliche Verbesserungen* der Versorgungssituation lassen sich jedoch substantiell aus der differenziellen Psychotherapieforschung, aus

methodenvergleichenden Indikations- und Effektivitätsstudien sowie aus klinischen Felduntersuchungen ableiten. Danach ist damit zu rechnen, dass durch die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten für Patienten, Therapeuten und Überweiser *Fehlindikationen, Therapieabbrüche sowie mit Verfahrenswechseln verbundene Mehrfachbehandlungen reduziert*

werden. Die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie in die vertragsärztliche Versorgung gewährleistet, dass im Einzelfall bessere „Passungen“ zwischen Störung und Therapieangebot sowie zwischen personalen Bedingungen seitens der Patienten und der Therapeuten hergestellt und damit individuelle Besserungs

und Heilungschancen erhöht werden. ☒ Siehe

Dokumentation 1 S. 25-29

2 Anlage 16 = ☒ Frohburg, I. (2003). Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus der Sicht der Patient(inn)en. Ein empirischer Beitrag zur Diskussion um die Erweiterung und Verbesserung der vertragsärztlichen

Versorgung durch die Anwendung der Gesprächspsychotherapie als kassenärztliches Richtlinien- *Gesprächspsychotherapie* und Verfahren.

Personzentrierte Beratung H. 4/2003, S. 233-242

und

ergänzend Anlage 3 = ☒ Eckert, J., Frohburg, I. & Kriz, J. (2004). Therapiewechsler – Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? *Psychotherapeut*, H. 6/2004. (in Druck)

Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

Der Nachweis einer spezifischen Überlegenheit über die in Abschnitt B I.1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren ist keine Voraussetzung, um ein Psychotherapieverfahren für die vertragliche Versorgung geeignet sein zu lassen.

Nach dem Stand der Psychotherapieforschung sind gegenwärtig generell keine wissenschaftlich gesicherten Aussagen über quantitative Effektivitätsunterschiede und differenzielle Indikationen i.S. einer spezifischen Überlegenheit eines bestimmten Psychotherapieverfahrens möglich. Diesem Tatbestand tragen auch die Psychotherapie-Richtlinien Rechnung, die keine verfahrensdifferenziellen Indikationszuweisungen kennen (vgl. Faber-Haarstrick, Kommentar Psychotherapie-Richtlinien, 6. Auflage, S.25 ff.)

Unabhängig davon liegen Untersuchungsergebnisse vor, die im Vergleich zu den psychotherapeutischen Richtlinien-Verfahren darauf hinweisen, dass die Gesprächspsychotherapie in qualitativer Hinsicht über ein verfahrensspezifisches Indikations- und Effektivitätsspektrum verfügt, das sich jedoch nicht allein aus prae-therapeutisch zu treffenden nosologischen Unterscheidungen i.S. bestimmter Krankheitsbilder ergibt, sondern in Übereinstimmung mit Ergebnissen der empirischen Psychotherapieforschung weitere indikationsrelevante und effekt-determinierende „Passungs-Merkmale“ von Patienten und Therapeuten bzw. Therapieverfahren berücksichtigt.

Der Nutzen, den die Einbeziehung der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen mit sich bringt, gründet nicht auf einer *Überlegenheit* über die etablierten psychotherapeutischen Richtlinien-Verfahren bei der Behandlung von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern, sondern auf der qualitativen *Andersartigkeit* der Effekte, die über die Reduktion der krankheitswertigen Symptomatik hinausgehen.

- Siehe

Dokumentation 1 S. 7-10 und 25-27

Dokumentation 2 S. 25-28 und Anlage 15, insbes. s. 2f

- Ergänzende Publikationshinweise:

Anlage 4 =  Frohburg, I. (2004). Empirische Ergebnisse zur verfahrensspezifischen Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung*, H. 4/2004 (in Druck)

und

Anlage 5 insbes. S. 2-7 =  Frohburg, I. (2004). Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV. *Psychotherapeuten-journal* H. 4/2004 (S. 320-326)

Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

- ☒ Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie unterscheiden sich in ihren Persönlichkeits- und Entwicklungstheorien sowie in ihren Störungs- und Veränderungstheorien. Damit verbunden sind inhaltlich unterschiedliche Zielsetzungen und Behandlungsmethoden, die berufsrechtlich durch die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Verfahren zur vertieften Ausbildung gem. § 8 Abs.3, Ziff.1 PsychThG bestätigt sind.

Siehe **Dokumentation 1** S. 20, 23-24

2.3 **Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zur Verhaltenstherapie für die ambulante Versorgung?**

- ☒ Der Nachweis eines zusätzlichen Nutzens im Vergleich zur Verhaltenstherapie ist keine Voraussetzung zur Feststellung der Eignung der Gesprächspsychotherapie für die vertragliche Versorgung.
- ☒ *Unabhängig davon* kann festgestellt werden, dass Gesprächspsychotherapie in besonderer Weise für Patienten indiziert ist, die Zielsetzungen und Prozessbedingungen einer Verhaltenstherapie nicht akzeptieren, den Zielsetzungen und Prozessbedingungen der Gesprächspsychotherapie dagegen zustimmen.
- ☒ Siehe

Dokumentation 2 Anlage 16 insb. S. 8f = ☒ Frohburg, I. (2003). Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus der Sicht der Patient(inn)en. Ein empirischer Beitrag zur Diskussion um die Erweiterung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Anwendung der Gesprächspsychotherapie als kassenärztliches Richtlinien-Verfahren. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* H. 4/2003, S. 233-242

und

7

☒ ergänzend Anlage 3 = Eckert, J., Frohburg, I. & Kriz, J. (2004).
Therapiewechsler – Therapieindikation durch die Patienten?
Differenzielle
Psychotherapeut, H. 6/2004 (in Druck)

2.4 **Wie kann die Gesprächspsychotherapie von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?**

- ☒ Gesprächspsychotherapie und psychoanalytisch begründete Verfahren unterscheiden sich in ihren Persönlichkeits- und Entwicklungstheorien sowie in ihren Störungs- und Veränderungstheorien. Damit verbunden sind inhaltlich unterschiedliche Zielsetzungen und Behandlungsmethoden, die berufsrechtlich durch die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Verfahren zur vertieften Ausbildung gem. § 8 Abs.3, Ziff.1 PsychThG bestätigt sind.

Siehe **Dokumentation 1** S. 20, 21-22

2.5 Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?

- Der Nachweis eines zusätzlichen Nutzens im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren ist keine Voraussetzung zur Feststellung der Eignung der Gesprächspsychotherapie für die vertragliche Versorgung.
- Unabhängig davon* kann festgestellt werden, dass Gesprächspsychotherapie in besonderer Weise für Patienten indiziert ist, die Zielsetzungen und Prozessbedingungen psychoanalytisch begründeter Verfahren nicht akzeptieren, den Zielsetzungen und Prozessbedingungen der Gesprächspsychotherapie dagegen zustimmen.
- Siehe

Dokumentation 2 Anlage 16 insb. S. 8f = ⑩ Frohburg, I. (2003). Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus der Sicht der Patient-(inn)en. Ein empirischer Beitrag zur Diskussion um die Erweiterung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Anwendung der Gesprächspsychotherapie als kassenärztliches Richtlinien-Verfahren. *Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* H. 4/2003, S. 233-242

und

ergänzend Anlage 3 = Eckert, J., Frohburg, I. & Kriz, J. (2004). Therapiewechsler – Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? *Psychotherapeut*, H. 6/2004=2004 (in Druck)

2.6 Welcher zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie ist nachweisbar

Der Nachweis eines zusätzlichen Nutzens durch Erweiterung des Indikationsspektrums, Verkürzung der Behandlungsdauer und hinsichtlich der Überlegenheit des Behandlungsergebnisses ist keine Voraussetzung zur

Feststellung der Eignung der Gesprächspsychotherapie für die vertragliche Versorgung.

Unabhängig davon können nach heutigem Stand der Forschung folgende Aussagen gemacht werden:

▪ **bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums**

Eine Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten innerhalb des Indikationsspektrums der Psychotherapie-Richtlinien ergibt sich durch Differenzierungen auf der nosologischen Ebene insofern, als Patienten gleicher Störungsgruppen mit einem alternativen, zu ihnen ggf. besser passenden und damit erfolgversprechenden Verfahren behandelt werden können.

▪ **hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer**

Verkürzungen der Behandlungsdauer sind durch die Anwendung der Gesprächspsychotherapie nicht durchgängig zu erwarten. Dabei ist in Rechnung zu stellen, dass in der Psychotherapie kürzere Behandlungszeiten nicht zwingend mit besseren Behandlungsergebnissen verbunden sind (vgl. Consumer Report-Studie von Seligman, 1995). Die Realisierung von Behandlungszielen und psychotherapeutisch relevanten Veränderungsprozessen brauchen nach klinischen Erfahrungen und vorliegenden empirischen Forschungsergebnissen eine ausreichende Zeitspanne.

▪ **in Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses?**

Gesprächspsychotherapie begründet ihren Anspruch auf sozialrechtliche Anerkennung nicht mit der (quantitativen) *Überlegenheit* ihrer Behandlungsergebnisse, sondern mit deren (qualitativen) *Andersartigkeit*. Sie entspricht damit den auf die Psychotherapie bezogenen Erwartungen und Ansprüchen bestimmter Patienten in verfahrensspezifischer Weise und schafft auf Grund besserer „Passungen“ von „Angebot“ und „Nachfrage“ bessere Voraussetzungen für erfolgreiche Behandlungsverläufe und -ergebnisse.

Siehe

Dokumentation 1 S. 25-27

Dokumentation 2 S. 25-28 und Anlage 15

Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchen Ergebnissen nachgewiesen werden?

- Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie liegen für *Zeiträume* von 6 Monaten bis zu 12 Jahren vor.
- Die *Ergebnisse* der Katamnesestudien resultieren aus den Angaben von ca. 2000 ehemaligen Patienten und belegen, dass die bei Therapieabschluss erreichten klinisch relevanten Behandlungseffekte (Symptomatik, klinisch relevante Persönlichkeitsmerkmale, Selbsterleben) langfristig erhalten bleiben.
- Teilweise ergaben sich prolongierte Veränderungsprozesse in der Symptomatik sowie im krankheitsrelevanten Erleben und Verhalten der Patienten auch im Nachbeobachtungszeitraum, so dass sich positive über die Verbesserungen bei Abschluss der Gesprächspsychotherapie hinausgehende „Späteffekte“ nachweisen ließen.
- Vergleichende katamnestiche Effektivitätsuntersuchungen legen nahe, dass diese

katamnestisch ermittelten „Späteffekte“ ein besonderes Charakteristikum von Gesprächspsychotherapien sind.

Siehe

Dokumentation 1 S. 12-13

Anlage 11 = Frohburg, I. (2003). Katamnesen zur Gesprächspsychotherapie. **Dokumentation 2** Überblicksarbeit. *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33(3), S. 196-208

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

3.

**Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren?
In welchem Umfang?**

Die Fragestellung engt den Begriff der medizinischen Notwendigkeit auf das bisherige Fehlen geeigneter bzw. auf das Vorhandensein unzureichender Behandlungsmöglichkeiten ein. Entscheidend ist, ob das neue Verfahren für die Krankenbehandlung geeignet ist. Die Erfüllung dieses Kriteriums ist belegt in

Dokumentation 1 S. 5-14 und 25-30

Dokumentation 2 S. 19-29

Unabhängig davon können folgende Hinweise gegeben werden:

- Klinische Feldstudien haben ergeben, dass es Patienten gibt, die
 - a. mit den *Ergebnissen einer Richtlinien-Psychotherapie unzufrieden*, mit den Ergebnissen einer anschließenden Gesprächspsychotherapie dagegen (sehr) zufrieden sind.
 - b. die *Zielsetzungen und Prozessbedingungen einer Richtlinien-Psychotherapie nicht akzeptieren*, den Zielsetzungen und Prozessbedingungen einer anschließenden Gesprächspsychotherapie dagegen zustimmen.
 - c. die *Therapeut-Patient-Beziehung in einer Richtlinien-Therapie negativ bewerten und nicht konstruktiv nutzen* können, das Beziehungsangebot in der anschließenden Gesprächspsychotherapie dagegen positiv bewerten und konstruktiv nutzen können.
- Der *Anteil von Mehrfachbehandlungen* (Fehlindikationen, Therapieabbrüche und unzureichende Behandlungsergebnisse) wird mit bis zu 45 % angegeben. Zusätzlich werden ca. 11 % der potentiellen Patienten nicht in eine Richtlinien-Psychotherapie aufgenommen, weil die „persönliche Passung“ nicht gegeben ist.
- Wie groß der *Umfang* der mit Gesprächspsychotherapie erreichten positiven Therapieergebnisse nach Fehlbehandlungen mit Richtlinien-Verfahren ist, kann vor Einführung der Gesprächspsychotherapie in die klinische Versorgungspraxis wegen fehlender Vergleichsmöglichkeiten nicht angegeben werden.
 - a. Siehe **Dokumentation 2** Anlage 15 = Frohburg, I. (2003). Unterschiedliche Psychotherapieverfahren aus der Sicht der Patient(inn)en. Ein empirischer Beitrag zur Diskussion um die Erweiterung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Anwendung der Gesprächspsychotherapie als kassenärztliches Richtlinien-

Verfahren. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung

b. H. 4/2003 S. 233-342

und

ergänzend Anlage 3 = Eckert, J., Frohburg, I. & Kriz, J. (2004). Therapie-
wechsler – Differentielle Therapieindikation durch die Patienten ?
Psychotherapeut, H. 6/2004 (in Druck)

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

4. **Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den in Abschnitt B I. 1. der Psychotherapie-Richtlinien genannten Verfahren?**

- Da die Gesprächspsychotherapie bisher in der vertraglichen Versorgung nicht zur Anwendung kommt, können solche *vergleichenden Belege* nicht vorliegen.
- Verfahrensspezifische Kostendämpfungspotentiale* ergeben sich aus der Möglichkeit
 - a. durch Fehlindikationen bedingte Mehrfachbehandlungen, Therapieabbrüche und Chronifizierungen zu vermeiden,
 - b. längere Fehlbehandlungszeiten durch die verfahrensspezifische Sicherung der Prozessqualität und Effektprädiktionen bereits aus Anfangskontakten der Gesprächspsychotherapie zu vermeiden
 - c. Misserfolge (s. auch unter 5.) und evtl. Schädigungen von Patienten durch kontinuierliche Supervisionsverpflichtung zu vermeiden.

Siehe

Dokumentation 1 S. 28

Dokumentation 2 S. 16

- Ergänzender Publikationshinweis Anlage 5 insb. S. 10-11 = Frohburg, I. (2004). Argumente für die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV. *Psychotherapeuten-journal* H. 4/2004 (S. 320-326)

4.1 **Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer / -frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?**

- Behandlungskontingente und Behandlungsdauer/-frequenz sind im gleichen Ausmaß wie bei tiefenpsychologisch orientierten Verfahren zu erwarten bzw. vorzusehen.
- Siehe

Dokumentation 1 S. 30

Dokumentation 2 S. 29-31

Fragen zur Qualitätssicherung

5. Welche Vorgaben werden von den Vertretern der Gesprächspsychotherapie zu Maßnahmen der Qualitätssicherung und zur Dokumentation der Behandlung gemacht?

- Für die *Indikationsdiagnostik* stehen den Gesprächspsychotherapeuten methoden-spezifische inkongruenzanalytische und beziehungsdiagnostische Verfahren mit einem hohen Prädiktionwert hinsichtlich erfolgversprechender Behandlungen zur Verfügung.
- Zur *Sicherung der Behandlungsqualität* stehen den Gesprächspsychotherapeuten Verfahren zur Verfügung, die an den Ergebnissen der Psychotherapieforschung ausgerichtet sind und es erlauben, effektrelevante Behandlungsbedingungen angemessen zu erfassen und zu dokumentieren, die Umsetzung und Wirksamkeit von „Zielgrößen“ im Rahmen einer laufenden Behandlung kontinuierlich zu kontrollieren und ggf. rekursiv adaptive Behandlungsplanungen vorzunehmen.
- Die Verpflichtung zur regelmäßigen *Supervision* von laufenden Gesprächspsychotherapien gehört zu den verbandspolitischen Regularien und ist traditioneller Qualitätsstandard für die in der Bundesrepublik Deutschland heilkundlich tätigen Gesprächspsychotherapeuten.

Siehe **Dokumentation 1** S. 39-40

- Ergänzende Publikationshinweise:
Anlage 6a,b = Frohburg, I. (1999). Qualitätssicherung in der ambulanten Gesprächspsychotherapie. *Z. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung* H. 1/1999, S. 14-27
und
 Frohburg, I. (2003). Qualitätssicherung im Anwendungsfeld „Gesprächspsychotherapie“. In Härtel, M., Linster, H.-W., & Stieglitz, R.-D. (Hg). *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung*. Göttingen u.a.: Hogrefe, S. 257-266

Ergänzung

6. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

- Die Einführung der Gesprächspsychotherapie in die vertragliche Versorgung und die damit verbundene Erweiterung bzw. Verbesserung der Versorgung kann *kostenneutral* erfolgen.
Siehe

Dokumentation 2 Anlage 17 = „Stellungnahme zum anzunehmenden Ausmaß der Kostensteigerung infolge Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als abrechnungsfähiges Verfahren“ des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln vom 27.07.2003

- Für die Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und zum Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie ist Gesprächspsychotherapie als mögliche Schwerpunkt-Ausbildung vorgesehen und damit legitimierte Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister. Entsprechende Möglichkeiten sollten für Psychotherapeuten, die eine Ausbildung nach § 5 ff. PsychThG mit dem Vertiefungsgebiet Gesprächspsychotherapie absolvieren, aus fachlichen Erwägungen und im Interesse der *Chancengleichheit* gegeben sein.
- In der kassenärztlichen Versorgung sind insbesondere in den neuen Bundesländern Gesprächspsychotherapeuten tätig, die auf Grund besonderer (Übergangs-) Regelungen ihre gesprächspsychotherapeutische Tätigkeit nach kassenärztlich zugelassenen Richtlinien-Verfahren abrechnen konnten. In den alten Bundesländern sind Psychotherapeuten in der vertraglichen Versorgung tätig, die über eine Qualifikation in Gesprächspsychotherapie verfügen und diese in die Versorgung einbringen können, wenn die Gesprächspsychotherapie in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen wird.

Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

7. Bitte geben Sie an, in welcher Funktion Sie diese Stellungnahme abgeben (z.B. als Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.

- Die Fachverbände ÄGG, DPGG und GwG vertreten das Psychotherapieverfahren Gesprächspsychotherapie, die Berufsausübungsinteressen der Gesprächspsychotherapeuten und Versorgungsinteressen der Versicherten.
- Sie setzen sich für die sozialrechtliche Anerkennung eines international anerkannten wissenschaftlichen Psychotherapieverfahrens ein, dass in Deutschland über 40jährige Erfahrungen und Traditionen in der klinischen Praxis, in der Entwicklungs- und Forschungstätigkeit sowie in der universitären Lehre und postgradualen Aus- und Weiterbildung verfügt.

7.1 Welche der Studien stammen aus verfahrensorientierten, aus verfahrensübergreifenden oder aus verfahrensunabhängigen Einrichtungen?

Alle in den verschiedenen Antrags- und Begründungs-Dokumenten zitierten Studien stammen aus *verfahrensunabhängigen Einrichtungen*, in denen z.T. verfahrensübergreifend gearbeitet und geforscht wird. Spezielle gesprächspsychotherapeutisch orientierte Forschungseinrichtungen gibt es nicht.

Stellungnahme zum Thema „Gesprächspsychotherapie“

Universität Osnabrück, Poliklinische Psychotherapieambulanz

17

24. Nov. 2004



Universität Osnabrück, Prof. Dr. H. Schöttke, Knollstr. 15, 49069 Osnabrück

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Herr Dr. jur. R. Hess
Auf dem Seidenberg 3 a

53721 Siegburg

| | |
|--|----------------|
| Gemeinsamer Bundesausschuss Abteilung I | |
| Eingang: | 23. Nov. 2004 |
| Original | H. Wiedel |
| Kopie | Fr. Wiedel |
| Verbands- Präsidium | Präsidium |
| Verbands- Präsident | Präsident |
| Verbands- Vizepräsident | Vizepräsident |
| Verbands- Schriftföhrer | Schriftföhrer |
| Verbands- Kassier | Kassier |
| Verbands- Kassenprüfer | Kassenprüfer |
| Verbands- Mitglieder | Mitglieder |
| Verbands- Beirat | Beirat |
| Verbands- Arbeitsrat | Arbeitsrat |
| Verbands- Kongress | Kongress |
| Verbands- Tagung | Tagung |
| Verbands- Sonderkongress | Sonderkongress |
| Verbands- Sondertagung | Sondertagung |
| Verbands- Sonderkongress | Sonderkongress |
| Verbands- Sondertagung | Sondertagung |
| Verbands- Sonderkongress | Sonderkongress |
| Verbands- Sondertagung | Sondertagung |

Fachbereich
Humanwissenschaften
Poliklinische
Psychotherapieambulanz
Prof. Dr. Henning Schöttke
Prof. Dr. Karl Heinz Wiedel
Leitung
D-49069 Osnabrück
Telefon: (0541) 969-4757
Telefax: (0541) 969-4028
e-mail: henning.schoettke@uos.de

22. November 2004

Stellungnahme der Poliklinischen Psychotherapieambulanz der Universität Osnabrück zum Fragenkatalog bzgl. krankensicherungsrechtlicher Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

angesichts der allein schon uns bekannten vielfältigen Stellungnahmen zum o.a. Fragenkatalog können wir uns auf wenige grundsätzliche und ggf. ergänzende Punkte beschränken.

Mehrere Fragen sind bereits durch die berufsrechtliche Verankerung der Gesprächspsychotherapie als durch die zuständigen Landesbehörden bundeseinheitlich anerkanntes wissenschaftliches Verfahren zur vertieften Psychotherapeuten-Ausbildung abschließend geklärt. So wird beispielsweise zur Frage des Theoriesystems und der Behandlungsstrategie wird auf das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie verwiesen, das maßgeblich für die Entscheidung der Landesbehörden war.

Zudem sind andere Fragen, beispielsweise zur Abgrenzung zu den Richtlinienverfahren, seit langem zentraler Bestandteil einschlägiger Lehrbücher zur Klinischen Psychologie und Psychotherapie. Auf die beiden umfangreiche Literaturdokumentation in den Unterlagen der drei gesprächspsychotherapeutischen Verbände – die auf Anforderung der KBV bzw. des GBA vor über einem Jahr bzw. 8 Monaten vorgelegt wurden – wird hingewiesen. Wir gehen davon aus, dass diese Unterlagen nun an die Mitglieder des Unterausschuss Psychotherapie bzw. den Mitgliedern der AG Gesprächspsychotherapie weitergereicht werden, so dass die Literatur hier nicht erneut aufgeführt werden muss und eine sachgerechte Diskussion in den Ausschüssen möglich wird.

Wir teilen vollinhaltlich die vom Deutschen Psychotherapeutentag am 9.10.2004 verabschiedete Resolution, sowie die von den Landes-Psychotherapeuten-Kammern

Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Niedersachsen und NRW bereits verabschiedeten und uns bekannten Stellungnahmen.

Dies betrifft insbesondere die Kritik an der missverständliche Forderung nach einem „Zusatznutzen“ – sofern hiermit mehr gemeint sein sollte, als das Bedürfnis der Patienten nach einem differenzierten Behandlungsangebot, das im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Erkenntnisse über die sog. „Passung“ durch ein zusätzliches, wissenschaftlich anerkanntes und klinisch erprobtes Verfahren, wie die Gesprächspsychotherapie, tatsächlich einen zusätzlichen Nutzen für die psychotherapeutische Versorgung darstellt.

So ist es Stand der Psychotherapieforschung, dass es zwar keine globale Überlegenheit eines der wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren gegenüber den anderen gibt, sehr wohl aber qualitative Unterschiede zwischen den Verfahren, und deshalb sind bestimmte Patientinnen und Patienten durch bestimmte Verfahren besser erreichbar bzw. ansprechbar.

Dass die „Passung“ Störungsbild/ Persönlichkeit des Patienten, Psychotherapieverfahren, Person des Psychotherapeuten für den Heilerfolg wesentlich ist, kann als wissenschaftlich gesichert angesehen werden. Die Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren entspricht dem gesetzlichen Gebot, für die Versicherten eine Leistungserbringer-Vielfalt bereit zu stellen und den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

Insofern stellt die Erweiterung der bisherigen psychotherapeutischen Versorgung durch psychodynamische und behaviorale Verfahren um ein Verfahren der humanistischen Psychotherapie eine neue Konzeptualisierung von Therapieprozessen dar, mit deren Hilfe Patienten und entsprechend ausgebildete Psychotherapeuten über einen alternativen Verstehenszugang Behandlungsabläufe gestalten können.

Bereits die Berliner Psychotherapeutenkammer weist darauf hin, dass die Gesprächspsychotherapie sich über viele Jahre bereits in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung bewährt hat: Im Rahmen der so genannten „TK-Regelung“ zwischen dem Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) und der Techniker-Krankenkasse sowie im Rahmen der „Empfehlungsvereinbarung“ des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV) mit den Spitzenverbänden der Betriebskrankenkassen- und Innungskrankenkassen war die Gesprächspsychotherapie in der ambulanten Versorgung umfangreich zur Anwendung gekommen.

Den in Gesprächspsychotherapie qualifizierten Psychotherapeuten der neuen Bundesländer wurde 1989 seitens des (damaligen) Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen der Weg geöffnet, ihre Gesprächspsychotherapie-Qualifikation unter der Abr.-Ziff. „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ in die ambulante Versorgung einzubringen.

Der resümierenden Forderung der Bundespsychotherapeutenkammer, die von mehreren Bundeskammern übernommen wurde, *„noch in diesem Jahr die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten“*, kann daher auch aus unserer Sicht nur zugestimmt werden

Mit freundl. Grüßen



Prof. Dr. H. Schöttke

Leiter der Poliklinischen Psychotherapieambulanz



Prof. Dr. Karl Heinz Wiedl

DGSF



DGSF

Deutsche Gesellschaft
für Systemische Therapie
und Familientherapie

29. Nov. 2004 17

DGSF e.V. · Pöhlmanstraße 13 · 50735 Köln

Gemeinsamer Bundesausschuss
Auf dem Seidenberg 3a

3721 Siegburg

Der berufsgruppen-
übergreifende
Fachverband
für systemische
Therapie, Beratung
und Supervision

| | | | | | | |
|-----------------------------|------------------|-------------|------------------|-----|-------|---------|
| Gemeinsamer Bundesausschuss | | | | | | |
| Abteilung I | | | | | | |
| Eingang: 29. Nov. 2004 | | | | | | |
| Original | Wieder / Liezner | | | | | |
| Kopie | | | | | | |
| Vorsitzender | GF | SIS Rech | SIS Nichtrech | P/O | Verw. | Abt. II |

Pöhlmanstraße 13
50735 Köln
Tel. 02 21 9 61 31 33
fax 02 21 9 77 21 94
E-Mail info@dgsf.org

www.dgsf.org

bs, 22.11.2004
Fragenkatalog für Stellungnahmen zur Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren

in der Anlage sende ich Ihnen eine gemeinsame Stellungnahme der "Systemischen Gesellschaft" (SG) und der "Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie" (DGSF), die Ihnen bereits von Herrn Dr. Wilhelm Rotthaus zunächst als Mail (zur Einhaltung der von Ihnen gesetzten Frist) zugegangen ist. Wie angekündigt jetzt zusammen mit weiteren Informationen über die beiden Verbände per Post.

Mit freundlichen Grüßen

Bernhard Schorn
– Geschäftsführer –

Vorstand der DGSF:
Dr. Wilhelm Rotthaus,
Vorsitzender
Anne Valler-Lichtenberg,
Prof. Dr. Friedebert Kröger,
stellv. Vorsitzende
Helene Schiella,
Schriftführerin
Klaus Osthoff,
Kassenwart

Bankverbindung:
Bank für Sozialwirtschaft
Konto 8 240 40 0
BLZ 370 205 00



*DGSF e. V.
Pohlmanstraße 13
50735 Köln
Fon 0221/61 31 33
Fax 0221/9 77 21 94
E-Mail info@dgsf.org*

www.dgsf.org

*Systemische Gesellschaft e. V.
Am Stadtpark 1
10367 Berlin
Fon 030/53 69 85 04
Fax 030/53 69 85 05
E-Mail info@systemische-gesellschaft.de*

www.systemische-gesellschaft.de

Gemeinsame Stellungnahme
zum
„Fragenkatalog für Stellungnahmen zur
Gesprächspsychotherapie“ des Gemeinsamen
Bundesausschusses (G-BA)
vom Oktober 2004

Die Vorstände der „Systemischen Gesellschaft“ (SG) und der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie“ (DGSF) nehmen zu den Fragen des Unterausschusses Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesprächspsychotherapie wie folgt Stellung:

Fragen 1 – 1.2: Bei der Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie zu dem Theoriesystem der Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie in der Gesprächspsychotherapie hinreichend Stellung genommen, so dass sich eine weitere Erörterung erübrigt. Die Gesprächspsychotherapie ist deshalb von den zuständigen Landesbehörden bundeseinheitlich als eigenständiges Psychotherapieverfahren neben den Richtlinienverfahren für die vertiefte Ausbildung anerkannt worden.

Für die Qualifikation von Psychotherapeuten zur Leistungserbringung in der vertraglichen Versorgung, dementsprechend auch für Gesprächspsychotherapeuten, sind die gesetzlichen Bestimmungen (§ 95c SGB V) maßgebend. Danach setzt der Fachkundenachweis die vertiefte Ausbildung in einem von dem Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannten Behandlungsverfahren voraus. Für eine Übergangszeit werden Übergangsregelungen unter Berücksichtigung der anerkannt hohen Standards der bisherigen Ausbildung zum Gesprächstherapeuten nach den Richtlinien der GwG erforderlich werden.

Fragen 2 – 2.7 und 3: Unter den hier aufgeführten Punkten wird nach einem „Zusatznutzen“ der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den im Rahmen der Psychotherapierichtlinien bereits anerkannten Verfahren gefragt. Dabei bleibt allerdings offen, worauf sich diese Fragen gründen. Denn sie werden weder durch die gesetzlichen Vorgaben des § 135 Abs. 1 SGB V, noch durch die BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, noch durch die einschlägige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts abgedeckt.

In diesem Zusammenhang sei auf das Schreiben des Gesprächskreises II der Psychotherapieverbände vom 12.03.2004 an den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Herrn Dr. Hess,

verwiesen, das die SG und die DGSF als Mitglieder des GKII mit getragen haben. In dem Schreiben des GKII wird u. a. ausgeführt:

„Im Hinblick auf die vorzunehmende Überprüfung erlauben wir uns den Hinweis auf Abschnitt B.I.3. der Psychotherapie-Richtlinien, insbesondere auf Ziff. 3.3. Danach können andere Verfahren in der vertragsärztlichen Versorgung Anwendung finden, wenn damit u. a. eine ‚Erweiterung oder Verbesserung‘ der Versorgung einhergeht. Weitergehende, gesetzlich nicht vorgesehene Anforderungen stellen eine Übermaßforderung dar. Dies gilt insbesondere für den Nachweis eines ‚zusätzlichen‘ Nutzens im Sinne besserer Wirksamkeit gegenüber den bisherigen Richtlinienvorfahren, der sich auch aus § 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V nicht ableiten lässt. Aus fachlicher Sicht könnte überdies ein „Zusatznutzen“ nach dem Stand der Psychotherapieforschung objektiv nicht erbracht werden.“

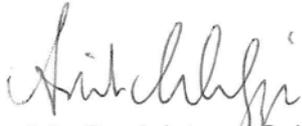
Wie angeführt basieren auch aus fachlicher Sicht die Fragen auf unzutreffenden Vorstellungen. Denn die internationale Psychotherapieforschung hat bislang keine zuverlässigen Daten zur differenziellen Indikation von Psychotherapieverfahren beigebracht. Dementsprechend liegen auch für die derzeit bereits zugelassenen Psychotherapieverfahren keine derartigen Nachweise vor. Und selbstverständlich ist es weder rechtlich noch fachlich vertretbar, an „neue“ Psychotherapieverfahren höhere Anforderungen zu stellen, als sie die bereits zugelassenen Verfahren erfüllen können.

Abgesehen davon liegen generelle Hinweise dafür vor, dass durch eine qualitativ fundierte fachliche Erweiterung des Versorgungsangebotes die Chance steigt, eine für den Erfolg der Psychotherapie entscheidende Verbesserung der Passung zwischen Psychotherapieverfahren, Störungsbild, Person des Patienten bzw. der Patientin und Person des Therapeuten bzw. der Therapeutin zu erreichen. Insofern könnte die Einbeziehung auch der Gesprächspsychotherapie dem gesetzlichen Gebot der Vielfalt der Leistungserbringer (§ 2 Abs.3 SGB V) und den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker dadurch Rechnung (§§ 27, 70, 92. SGB V) tragen, dass sie mit ihrer spezifischen Behandlungsmethodik die verfahrens- und patientenbezogene Differenzialindikation erweitert.

Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass der Nutzen von Psychotherapieverfahren für die Versicherten kaum wahrgenommen und weiterentwickelt werden kann, wenn deren Anwendungsmöglichkeit in der Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter nicht gesichert ist. Die Vorstände der SG und der DGSF fordern deshalb die zuständi-

gen Entscheidungsgremien des Gemeinsamen Bundesausschusses dazu auf, noch in diesem Jahr die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten.

Köln, den 17.11.2004



PD. Dr. Arist von Schlippe
1. Vorsitzender der
Systemischen Gesellschaft



Dr. Wilhelm Rotthaus
1. Vorsitzender der Deutschen
Gesellschaft für Systemische Therapie
und Familientherapie

Niedersächsisches Landeskrankenhaus

26. Nov. 2004

Regionales Zentrum für psychische Gesundheit

Niedersächsisches Landeskrankenhaus Osnabrück
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie



Niedersächsisches Landeskrankenhaus – Postfach 2080 – 49010 Osnabrück

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende
Herrn Dr. jur. R. Hess
Auf dem Seidenberg 3 a
53721 Siegburg

Ärztliche Direktion

Prof. Dr. med. Wolfgang Weig
Ärztlicher Direktor

Original
Kopie

26. Nov. 2004

Wiesner

Telefon: 0541/313-0 0Dw.: -100
Telefax: 0541/313-119

Mail: Wolfgang.Weig@nlkh-osnabrueck.niedersachsen.de
www.psychiatrie-osnabrueck.niedersachsen.de

Ihr Zeichen/Ihre Nachricht vom:

Mein Zeichen:
Prof. We/Str

Osnabrück, 24.11.2004

Stellungnahme zum Fragebogen bezüglich krankensicherungsrechtlicher Anerkennungsfähigkeit der Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

da davon ausgegangen werden kann, dass zahlreiche Institutionen, Einrichtungen, Verbände und Kammern differenzierte Stellungnahmen zum o. a. Fragenkatalog abgegeben haben, möchte ich mich auf wenige grundsätzliche und ggf. ergänzende Punkte beschränken.

In der stationären Versorgung ist die Gesprächspsychotherapie seit Jahrzehnten nicht aus dem Spektrum der psychotherapeutischen Ansätze und Konzepte wegzudenken. Bekanntlich arbeiten die meisten stationären Psychotherapeuten ohnedies integrativ – weshalb eine Revision der Abgrenzung von Richtlinienverfahren ohnedies dringend überdenkenswert wäre, da eine solche Konzeption weder zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, noch zur tatsächlichen Praxis kompatibel ist.

Doch auch in der ambulanten Versorgung fand und findet Gesprächspsychotherapie seit langem im beträchtlichem Umfang statt – wenn auch teils unter anderen „Abrechnungsmodalitäten“. So war beispielsweise bekanntlich den in Gesprächspsychotherapie qualifizierten Psychotherapeuten der neuen Bundesländer 1989 seitens des (damaligen) Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen der Weg geöffnet worden, ihre Gesprächspsychotherapie-Qualifikation unter der Abr.-Ziff. „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ in die ambulante Versorgung einzubringen.

Ferner ist bekannt, dass die Gesprächspsychotherapie sich über viele Jahre bereits in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung auch im Rahmen der sog. „TK-Regelung“ zwischen dem Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP) und der Techniker-Krankenkasse sowie im Rahmen der „Empfehlungsvereinbarung“ des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV) mit den Spitzenverbänden der Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen bewährt hat. Hier war

...49088 Osnabrück - Knollstr. 31



- 2 -

24.11.2004

die Gesprächspsychotherapie in der ambulanten Versorgung umfangreich zur Anwendung gekommen.

Ich kann daher die resümierende Forderung der Bundespsychotherapeutenkammer, die von mehreren Bundeskammern übernommen wurde, „noch in diesem Jahr die volle leistungsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien zu beschließen und damit einen längst überfälligen Beitrag zur patientengerechten Erweiterung der psychotherapeutischen Versorgung zu leisten“, auch aus meiner Sicht und Fachexpertise nur zustimmend unterstützen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. W. Weig
Ärztlicher Direktor

Vogel Hilburg Angelika

**Frau Dipl.-Psych.
Angelika Vogel-Hilburg
Rodiusstraße 27, 51065 Köln**

Gemeinsamer Bundesausschuß
Postfach 17 63

53707 Siegburg

**Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein Beratungsthema zur
Überprüfung gem. § 135 Abs. 1 SGB V –
hier: „Gesprächspsychotherapie“**

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 6.10.04 hat der Gemeinsame Bundesausschuß (G-BA) im Bundesanzeiger das Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ bekanntgegeben. Mit der Bekanntmachung wird die Stellungnahme anhand des neuen Fragenkatalogs aufgefördert. Im folgenden möchte ich als Psychotherapeutin in eigener Praxis zu Frage 3 und 6 Stellung nehmen. Ich bin niedergelassen in eigener Praxis, fortgebildet und zugelassen in Tiefenpsychologie, aber auch fortgebildet in Gesprächspsychotherapie. Als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) schließe ich mich den Ausführungen des Präsidenten Prof. Dr. Jochen Eckert inhaltlich völlig an.

Stellungnahme zu dem Fragenkatalog des G-BA

Frage 3: Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren?

Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung zeigen, daß die Verhaltenstherapie problembewältigungs- und handlungsorientiert vorgeht, die tiefenpsychologisch fundierte Therapie unter Nutzung von Regressionsphänomenen klärungs- und beziehungsorientiert vorgeht und daß die Gesprächspsychotherapie unter Bezug auf aktuelle Bedingungen eher klärungs- und beziehungsorientiert und lageorientiert vorgeht. Prof. Dr. Inge Frohburg von der Humboldt-Universität in Berlin stellte in Untersuchungen fest, daß Patienten berichten, daß sie die Zielsetzungen und die Prozeßbedingungen der Gesprächspsychotherapie, nicht aber die der jeweiligen Richtlinien-Psychotherapie als zu ihnen passend, ihrer Person entsprechend aufgreifen konnten und daß sie das gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot in besonderer Weise annehmen und für sich nutzen konnten. Über ihr breites Indikationsspektrum hinausgehend bietet sich Gesprächspsychotherapie zum einen als spezifisches Verfahren an, welches durch die Fokussierung auf die Bedingungen der aktuellen persönlichen Lebenssituation in besonderem Maße für Patienten geeignet ist, die einer Stärkung ihrer selbstreflexiven Fähigkeiten bedürfen. Somit bietet sich die Gesprächspsychotherapie als spezifisches Verfahren an für Patienten, die gerade in der Beziehungsgestaltung Schwierigkeiten haben.

Frage 6: Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Ich möchte an dieser Stelle nochmals hervorheben, daß es in allen Ergebnissen der Psychotherapieforschung zum Vergleich verschiedener Behandlungsmethoden nicht auf die Vorzüge der einen Therapiemethode gegenüber der anderen ankommt, sondern auf das Andersartige. So ist das Spezielle der Gesprächspsychotherapie die Güte der therapeutischen Beziehung. Entscheidend ist weiterhin für die Wirksamkeit der Behandlungen, wie überzeugend die erlernte Methode zu einem brauchbaren Werkzeug der Therapeutenpersönlichkeit geworden ist, nicht die vermeintlichen objektiven Vorzüge der einen oder anderen Methode.

Angelika Vogel-Hilburg

(Psychol.Psychotherapeutin)

Kessler Henry

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 17 63

53707 Siegburg

Betreff: Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über ein Beratungsthema zur Überprüfung gem. § 135 Abs. 1 SGB V – hier: „Gesprächspsychotherapie“

Sehr geehrte Damen und Herren,

am 6.10.04 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Bundesanzeiger das Beratungsthema „Gesprächspsychotherapie“ bekannt gegeben. Mit der Bekanntmachung wird anhand eines neuen Fragenkatalogs zur fachlichen Stellungnahme aufgefordert. Daher möchte ich als Psychotherapeut in eigener Praxis (weitergebildet und zugelassen in TP, aber auch weitergebildet in GPT) im Folgenden dazu Stellung nehmen. Als Mitglied meines Fachverbands, der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG), schließe ich mich den Ausführungen des Präsidenten Prof. Dr. Jochen Eckert inhaltlich völlig an. In meiner Stellungnahme werde ich mich auf die Fragen 3 und 6 konzentrieren.

Frage 3: Gibt es Patienten, die mit der Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der Gesprächspsychotherapie profitieren?

Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung zeigen, dass die Verhaltenstherapie problembewältigungs- und handlungsorientiert vorgeht, die tiefenpsychologisch fundierte Therapie unter Nutzung von Regressionsphänomenen klärungs- und beziehungsorientiert, und dass die Gesprächspsychotherapie, unter Bezug auf aktuelle Bedingungen, eher klärungs-, beziehungs- und lageorientiert vorgeht. Prof. Dr. Inge Frohburg von der Humboldt-Universität in Berlin hat dazu in Untersuchungen festgestellt, dass bestimmte Patienten die Zielsetzungen und die Prozessbedingungen der Gesprächspsychotherapie, nicht aber die der jeweiligen Richtlinien-Psychotherapie, als zu ihrer Person passend aufgreifen konnten - und dass sie das spezifische gesprächspsychotherapeutische Beziehungsangebot in besonderer Weise annehmen und für sich nutzen konnten (Passung). Demnach bietet sich Gesprächspsychotherapie (über ihr breites Indikationsspektrum hinaus) als ein spezifisches Verfahren an, das sowohl für Patienten, die einer Stärkung ihrer verbalen und selbstreflexiven Fähigkeiten bedürfen, als auch für Patienten, die gerade in der Beziehungsgestaltung Schwierigkeiten haben, in besonderem Maße geeignet ist.

Frage 6: Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Ich kann an dieser Stelle nur nochmals hervorheben, dass es in allen Ergebnissen der Psychotherapieforschung zum Vergleich verschiedener Behandlungsmethoden nicht auf die Vorzüge der einen Therapiemethode gegenüber der anderen ankommt, sondern auf das Andersartige. So ist das Spezielle der Gesprächspsychotherapie die Güte der therapeutischen Beziehung. Als entscheidend für die Wirksamkeit von Behandlungen werden darüber hinaus nicht die vermeintlichen objektiven Vorzüge der einen oder anderen Methode angesehen, sondern inwieweit die erlernte Methode zu einem überzeugenden Werkzeug der Therapeutenpersönlichkeit geworden ist (Passung).

Henry Kessler

(Psychologischer Psychotherapeut)

Universität Hamburg, Psychologisches Institut III

UNIVERSITÄT HAMBURG

Psychologisches Institut III
Von-Melle-Park 5, 20146 Hamburg

An den
Gemeinsamen Bundesausschuss „Psychotherapie“
Z. Hd. Herrn Christof Wiesner

53721 Siegburg

E-Mail: gpt@g-ba.de

Reinhard Tausch, Prof. Dr. rer. nat.
Psychologischer Psychotherapeut, Dipl.-Psych
Gesprächs- u. Verhaltenstherapie,
Stress-Verminderung

Fernsprecher: (040) 428 38-53 65
Telefax-Nr.: (040) 428 38-61 70

Privat: 70599 Stuttgart
Im Asemwald 22/7
Tel. u. Fax (07 11) 8 17 88 00

Datum: 29. November 2004

Zu dem Fragenkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesprächspsychotherapie gebe ich folgende Stellungnahme ab:

1. Zur Theorie der Krankheitsentstehung und zur Theorie der Behandlung durch Gesprächspsychotherapie

Eine Theorie der Krankheitsentstehung hat Carl Rogers, der Begründer der Gesprächspsychotherapie, nicht explizit dargelegt. Die Erkenntnisse über biologische Vorgänge waren damals noch sehr gering. Rogers beschränkte sich auf Erlebnissvorgänge und phänomenologische Begriffe, mit dem Hinweis, er hoffe, dass es in zehn Jahren präzisere Forschungsbefunde und Begriffe geben würde (Rogers, 1959). Heute gilt in der wissenschaftlichen Psychologie und Psychiatrie der USA weitgehend das multifaktorielle Diathese-Stress-Modell als anerkannt (z.B. Davison & Neale, 1998). Die biologischen, seelischen und sozialen (Umwelt-) Vorgänge stehen in Wechselwirkung miteinander und beeinflussen sich gegenseitig. Eine Kombination der genetischen Bedingungen sowie der vorausgegangenen Erfahrungen einer Person führt zu einer Prädisposition (Vulnerabilität) für eine mentale Störung. Die mentale Störung tritt ein, wenn die Person zusätzlich konfrontiert wird mit Stressoren, die ihre Bewältigungsfähigkeiten übersteigen.

Zur Theorie der Behandlungsstrategie der Gesprächspsychotherapie: Im Zentrum der Behandlung durch Gesprächspsychotherapie stehen die bewussten seelischen Vorgänge, besonders die erlebten Belastungen der Gegenwart. Als Folge der psychotherapeutischen Gespräche ändern sich seelische Vorgänge, z.B. Bedeutungswahrnehmungen, Bewertungen der eigenen Person und der Umwelt sowie die an den Beeinträchtigungen mitbeteiligten körperlichen Vorgänge. Bei sehr starken seelischen Beeinträchtigungen, z.B. schweren Depressionen, ist die zusätzliche medizinische Behandlung körperlicher Vorgänge notwendig bzw. hilfreich.

Wie kommt es durch psychotherapeutischen Gespräche gemäß Rogers (1951) zu wirksamen Änderungen, zur Verminderung der Belastungsstörungen bei Patienten? Viele hierzu vorliegende empirische Befunde habe ich in einem Artikel über entscheidende Wirkungsvorgänge der Gesprächspsychotherapie zusammengefasst (Tausch, 2001; dieser Artikel wird als Datei dem Bundesausschuss elektronisch zugesandt). - Im Folgenden ein sehr kurzer Überblick über das wesentliche Geschehen:

- o Der Hauptbereich der psychotherapeutischen Gespräche ist der des bewussten Erlebens, der Erfahrungen und Gefühle. Besonders bedeutsam sind hierbei die Bewertungen einer Person über sich selbst (Selbstkonzept) sowie über die Umwelt. Dieses Selbstkonzept, die Selbstbewertung, ist bei fast allen seelisch erkrankten Patienten deutlich negativ; und entsprechend der Stresstheorie werden hierdurch negative Gefühle ausgelöst.
- o Der Therapeut ist intensiv bemüht, ein förderliches seelisches Klima zur Selbstöffnung und Selbstauseinandersetzung des Patienten über die wichtigen Erlebnisbereiche herzustellen: Ein hohes Ausmaß von Achtung-Respektierung des Patienten, ein hohes Ausmaß von Einfühlung in Kognitionen-Bewertungen und Emotionen des Patienten sowie Aufrichtigkeit in der Beziehung zum Patienten (Übereinstimmung von Denken, Fühlen und Handeln). Dies führt beim Patienten zu bedeutsamen Erfahrungen, die die seelischen Änderungen erleichtern; Erfahrungen, die der Patient außerhalb der Therapie kaum macht. Er fühlt sich durch die Erfahrungen sicherer, weniger ängstlich, äußert mehr seine persönlichen belastenden Gedanken und Gefühle.
- o Entscheidend ist: Der Therapeut äußert fortlaufend die Bewertungen und damit zusammenhängenden Gefühle, die er in den vorausgehenden Sätzen beim Patienten verstanden hat; er spiegelt ihm gleichsam dies konkret, *ohne jede Bewertung* zu. Beim Patienten führt das zur Erfahrung des tiefen Verstandenwerdens. Es tritt eine Abnahme der Ängstlichkeit ein (z.B. Verminderung der hautgalvanischen Reaktion) und eine zunehmende Desensibilisierung der vorher geäußerten negativen Gefühle.
- o Mit Abnahme der Ängstlichkeit und des sich bedroht Fühlens wird der Patient fähiger, Fehler-Verzerrungen in seinen Bewertungen-Bedeutungswahrnehmungen zu sehen oder Widersprüche. Je weniger er sich selbst bewertet - mitbedingt durch Fehlen jeglicher Bewertung durch den Therapeuten und seinem entspannteren Zustand - um so mehr vermindern sich seine ängstlichen Gefühle. Dadurch wird er fähiger zum besseren Überdenken seiner Situation und seinen Belastungen; in experimentellen Untersuchungen bestätigt, führt eine Abnahme von Angst, Stress und Bedrohung zu besseren Denkleistungen im Bereich persönlicher Probleme. -
- o Zunehmend mehr wird dem Patienten eine Klärung möglich. Und mit geänderter Bewertung und vermehrter Akzeptierung von sich selbst verändern sich seine Bedeutungswahrnehmungen und sein Selbstkonzept. Dies führt auch zu einer Änderung des Verhaltens.
- o Der Patient wird im Gespräch nicht dirigiert, ihm werden keine Anordnungen gegeben, er entscheidet selber. So bekommt der Patient zunehmend das Gefühl, die Verminderung seiner Belastungen wesentlich selbst bewirkt zu haben.
- o Dass die Psychotherapie trotz fehlender Lenkung sinnvoll voranschreitet, ist durch Folgendes bedingt: Der Psychotherapeut ist in allen seinen Äußerungen fokussiert in bedeutsamen Bewertungen und den damit zusammenhängenden Gefühlen des Patienten. So ist der Patient gleichsam „konditioniert“, sich über diese wesentlichen Gefühle und Gedanken zu äußern.
- o Schon 1945 führte Carl Rogers als erster Psychotherapeut empirische Untersuchungen zu seiner Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie durch, mit Tonaufnahmen der Gespräche sowie Tests und Befragungen am Anfang und Ende der Therapie, verglichen mit Wartegruppen. Er ermittelte, was sich später auch in vielen deutschen Untersuchungen ergab: *Ein hohes Ausmaß* an Achtung-Wärme, Einfühlung (Empathie), Aufrichtigkeit sowie von engagierter nicht-dirigierender Aktivität des Therapeuten bedingt bei den Patienten ein hohes Ausmaß von Selbstöffnung, Selbstauseinandersetzung, zunehmende Entspannung in der Therapie sowie deutlich konstruktiven Änderungen am Ende. Bei einem geringen Ausmaß in den Psychotherapeutenmerkmalen oder einem negativen Ausmaß treten keine positiven Effekte ein.
- o In den vergangenen Jahrzehnten sind weitere Fortschritte gemacht worden zur Klärung des Geschehens in der Gesprächspsychotherapie. Einen sehr wesentlichen Beitrag hat der amerikanische Psychologe Pennebaker (2002) geleistet. Er wies u.a. nach: Wenn Menschen über ihre schweren seelischen Belastungen sprechen (auch über Traumata, die sie vor Jahrzehnten erworben hatten): Oder wenn sie ihre persönlichen Gedanken und Gefühle über die Belastungen oder Traumata niederschreiben, dann bedingt dies einen deutlichen Nachlass der Belastungen, und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes. Voraussetzung ist ein nicht-bedrohendes Klima beim Sprechen oder Schreiben.
- o Carl Rogers war patientenzentriert und damit auch offen für empirische Befunde, die sich für die Förderung der seelischen Gesundheit von Patienten als hilfreich erwiesen. So stimmte er z.B. der

Ergänzung der Gesprächspsychotherapie durch Muskel- oder Atementspannung, durch Bewegungstraining u.a. zu, sofern dies empirisch als hilfreich überprüft worden war. -

Für viele ist es zunächst schwer vorstellbar, dass ein solches psychotherapeutisches Vorgehen im Gespräch so wirksam bei schweren Belastungsstörungen sein soll. Rogers und seine Nachfolger haben deshalb auch aus diesem Grunde viele empirische Untersuchungen durchgeführt mit Registrierung des Therapeutenverhaltens durch Tonaufnahmen, Einschätzung des Therapeutenverhaltens durch die Patienten, Persönlichkeitstests bei den Patienten vor und nach der Psychotherapie im Vergleich mit Wartegruppen u.a.

Überzeugend sind allerdings auch ganz andere Befunde: Menschen wurden befragt, wie sie schwere Belastungen in ihrem Alltagsleben bewältigen, z.B. Tod eines Angehörigen, Trennung vom Partner, existenzielle Krisen, schwere belastende Schuldgefühle sowie Ängste. Das Erstaunliche: Von der Mehrheit der Personen wurden als beste Hilfe angegeben: Gespräche mit einem verständnisvollen Mitmenschen, einem Freund, Kollegen u.a. In einer weiteren Untersuchung wurden dann Menschen gefragt, wie sich ihr verständnisvoller Mitmensch in einem hilfreichen Gespräch bei einer schweren seelischen Belastung verhalten habe. Und wie sie sich selbst in diesem Gespräch gefühlt hätten. Das Erstaunliche: Es wird weitgehend ein Verhalten charakterisiert, wie es in der Gesprächspsychotherapie bei professionellen Therapeuten stattfindet, z.B.: Er/sie respektierte mich als Person, er/sie nahm mich ernst, verstand, was ich fühlte und dachte, fühlte mit mir mit. Und als Erfahrungen in dem Gespräch wurden genannt: Ich fühlte mich als Person mit all meinen Schwächen geachtet, ich fühlte mich tief verstanden, ich wurde entspannter, ich bin innerlich ruhiger geworden, ich sah klarer als vorher u.a. Das bedeutet auch: In Hunderttausenden von Gesprächen, die Menschen ohne professionelle Hilfe im Alltag bei schweren Belastungen mit verständnisvollen Mitmenschen führen, zeigt sich eine ähnliche Struktur wie in der Gesprächstherapie von Carl Rogers, wenn auch in geringerer Intensität, geringerer Länge und ohne die „Spiegelung“ der Gefühle und Bewertungen. - Die Vermutung liegt nahe, dass der Spezies Mensch diese Form der Bewältigung von schweren Belastungen vorstrukturiert mitgegeben ist, bei Frauen in stärkerem Maße als bei Männern. Eine Kurzfassung der Untersuchung (Tausch, 2001) ist als elektronische Unterlage mitgegeben.

1.1 Gewährleistung der Anwendung des definierten Verfahrens in der vertragsärztlichen Versorgung.

Ich sehe keine sachlichen und personellen Schwierigkeiten für die qualifizierte Durchführung der Gesprächspsychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung, in Privatpraxen, Gruppenpraxen z.B. zusammen mit Verhaltenstherapeuten in psychotherapeutischen Ambulanzen, z.B. bei Universitätsinstituten, in Reha-Kliniken und Krankenhäusern. Es stehen zahlreiche ausgebildete Gesprächspsychotherapeuten zur Verfügung, die bis zum Psychotherapeutengesetz Gesprächspsychotherapie mit Kassenabrechnung durchführten, jedoch zu ihrer Approbation eine 140-stündige Zusatzausbildung in Tiefenpsychologie oder Verhaltenstherapie machen mussten. Ein beträchtlicher Teil von ihnen wendet aufgrund der Eignung der Gesprächspsychotherapie z.B. bei Belastungsstörungen auch heute die Gesprächspsychotherapie wirkungsvoll an, kann sie aber in dieser Form nicht mit den Kassen abrechnen.

In psychosomatischen Kliniken wird die Gesprächspsychotherapie ebenfalls angewandt und auch spezifiziert mit dem Kostenträger, z.B. den Rentenversicherungsanstalten, abgerechnet. Ferner arbeiten ausgebildete Gesprächspsychotherapeuten in Institutionen anderer Kostenträger, z.B. in dem Bereich der Schulpsychologie, Beratungsinstitutionen wie Kirchen oder Städte für Jugendliche, Erwachsene, Paare, in Suchtberatungsstellen u.a. -

Für die wirksame Anwendung des gesprächspsychotherapeutischen Verfahrens ist eine sehr gute Ausbildung bedeutsam, ein hohes Ausmaß an Achtung, Empathie, Aufrichtigkeit und nichtdirigierender Aktivität, auch bei schwierigen Patienten.

Die Anwendung der Gesprächspsychotherapie sollte in der vertragsärztlichen Versorgung analog der Verhaltenstherapie erfolgen.

Zur Vermeidung der Durchführung von Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit weniger günstigen Charakteristika werden diese in einfacher Form am Beginn der Psychotherapie festgestellt. Durch einen Feedbackbogen wird nach den ersten drei Sitzungen die Ansprechbarkeit des Patienten auf die

gesprächspsychotherapeutische Situation festgestellt. Dieser Erfahrungsbogen ermöglicht in relativ einfacher Weise eine weitgehend zutreffende Prognose für das spätere Gesamtergebnis. Bei einer ungünstigen Prognose bespricht der Psychotherapeut dies mit dem Patienten und zeigt ihm Möglichkeiten einer verhaltenstherapeutischen oder tiefenpsychologischen Therapie auf. Der Feedbackbogen aller Patienten wird nach der dritten Sitzung dem Gutachter zugeleitet. - So kann die Zahl der späteren Abbrecher oder die Zahl von Patienten mit geringen Veränderungen aufgrund geringer Ansprechbarkeit klar eingeschränkt werden und somit eine unnötig lange Dauer der Psychotherapie mit geringen Ergebnissen.

1.2 Qualifikation/Erfahrung der behandelnden Gesprächspsychotherapeuten

Grundlagenqualifikation ist ein Abschlussexamen in Psychologie oder Medizin. Die formalen Ausbildungsbedingungen zum Gesprächspsychotherapeuten können weitgehend analog den formalen Richtlinien zur Ausbildung und Approbation von Verhaltenstherapeuten sein, dreijährige Ganztagsausbildung, fünfjährige Halbtagsausbildung an Ausbildungsinstituten, die dem geforderten Standard entsprechen. - Die Ausbildung könnte um sechs bis acht Monate verringert werden bei Nachweis eines Schwerpunktstudiums in Gesprächspsychotherapie in den Studiensemestern vor dem Hauptdiplom und Absolvierung des sechsmonatigen Praktikums bei einer Psychotherapieinstitution während des Studiums.

Neben den Wissenskenntnissen in Psychologie, Klinischer Psychologie u.a. liegt der Schwerpunkt der Ausbildung auf der Qualifizierung der Persönlichkeit des zukünftigen Psychotherapeuten, mit der Fähigkeit eines hohen Ausmaßes in den bedeutsamen Verhaltensmerkmalen Achtung-Respekt des Patienten, fortlaufendes tiefes genaues einfühlsames Verstehen des Erlebens des Patienten, Aufrichtigkeit und engagierte förderliche Aktivität.

Außenstehende, auch manche Psychotherapeuten anderer Ausbildung sehen dieses Verhalten als leicht erlernbar an oder schreiben es sich selbst zu. Wenn aber ihr Verhalten gegenüber Patienten aufgrund von Tonaufnahmen eingeschätzt wird oder wenn die Patienten das Verhalten auf einem Feedbackbogen einschätzen, dann erfahren viele, dass das gesprächspsychotherapeutische Verhalten, wenn es effektiv sein soll, viel persönliche Veranlagung, viel Erfahrung und größere Stabilität in seelischer Gesundheit erfordert.

Die auszubildenden Psychologen oder Ärzte sollten neben ihrer hohen praktischen Qualifikation möglichst auch auf dem Gebiet der Gesprächspsychotherapie wissenschaftlich gearbeitet haben. Die Ausbildung zu einem weitgehend optimalen Psychotherapeutenverhalten erfolgt - nach der Ausbildung in theoretischen Kenntnissen - günstiger Weise in folgenden Stufen: o als teilnehmendes Mitglied in gesprächspsychotherapeutischen Patientengruppen. o Kenntnis und Diskussion zahlreicher Videos-VCDs mit optimalem sowie ungünstigem Psychotherapeutenverhalten. o Einem Elementartraining mit der Vorgabe einzelner Klientenäußerungen und Niederschrift der dazu angemessenen Therapeutenäußerung. o Als Co-Therapeut in Gruppenpsychotherapien und später in Einzelpsychotherapien mit sehr erfahrenen Psychotherapeuten, jeweils durch die Patienten mit Feedbackbögen eingeschätzt. o Durchführung von Einzel- und Gruppenpsychotherapien unter Einschätzung der Tonaufnahmen durch Supervisoren und Feedback der Patienten.

Wie später dargestellt, ist der effektivste Faktor in verschiedenartigen Psychotherapien der sog. Persönlichkeitsfaktor, während der sog. Methodenfaktor begrenzte Auswirkungen hat. Besonders für die Gesprächspsychotherapie bedeutet dies: Der Psychotherapeut ist eine entwickelte Persönlichkeit, auch hinsichtlich der Belastbarkeit und seelischen Gesundheit und er weist in seinem Verhalten ein hohes Ausmaß von Achtung, Empathie, Aufrichtigkeit sowie engagierte nicht-dirigierende Aktivität auf. Hierbei ist die Teilnahme als Mitglied in Gruppenpsychotherapien sehr hilfreich. Sie lässt den angehenden Therapeuten erfahren, ob er von den Patienten wirklich als achtungsvoll, verständnisvoll und menschlich hilfsbereit wahrgenommen wird, und ob er fähig ist, sich selber mit seinem gefühlsmäßigen Erleben zu öffnen und sich damit auseinander zu setzen. In meiner 25-jährigen Ausbildungstätigkeit von Gesprächspsychotherapeuten am Psychologischen Institut III der Univ. Hamburg ergab sich, dass nur ein Teil der Bewerber für eine Ausbildung in Gesprächspsychotherapie diese grundlegenden Qualitäten derart mitbringt, dass sie durch die Ausbildung in einem sehr hohen Ausmaß gefördert werden können. Dies war ein Grund, warum ich mich auch für eine weitere Professur am Psychologischen Institut III bemühte, in Verhaltenstherapie. So wie Patienten sich in unterschiedlicher Weise für Gesprächspsychotherapie und Verhaltenspsychotherapie eignen (s.

später), so sind auch zum Erreichen einer hochqualifizierten späteren Tätigkeit unterschiedliche Ausgangsbedingungen in der Person der Auszubildenden erforderlich. Ferner: Gemäß unserer Erfahrung erwiesen sich Frauen häufiger geeignet als Männer für eine qualifizierte Gesprächspsychotherapie.

2.1 Ist eine spezifische Überlegenheit der Gesprächspsychotherapie bei Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

Die vorliegenden Untersuchungen haben zu dem Nachweis geführt: Es gibt **keine** bedeutsame Überlegenheit einer Psychotherapieform gegenüber einer anderen, so der Verhaltenstherapie gegenüber der Gesprächspsychotherapie und umgekehrt. Einige sorgfältige empirische Untersuchungen, z.T. größeren Ausmaßes, möchte ich kurz skizzieren, unterstützt durch einige Zitate: Eine Therapievergleichsstudie mit psychiatrischen Patienten mit schweren Phobien wurde am Universitätskrankenhaus Hamburg von Grawe (1976) durchgeführt. Die Patienten hatten unterschiedliche Phobien, so Agoraphobien, soziale Phobien, Tierphobien u.a. Mehr als zwei Drittel der Patienten hatten schwere Agoraphobien. Die Patienten wurden nach Zufall auf die Behandlungsbedingungen verteilt. Eine Gruppe erhielt Verhaltenstherapie, z.B. systematische Desensibilisierung, Entspannungstraining, Reizkonfrontation u.a. Die andere Gruppe erhielt Gesprächspsychotherapie (nach Rogers u. Tausch). Die Gesprächstherapeuten (meist Diplomanden und Doktoranden) verwendeten kein störungsspezifisches Wissen und Vorgehen. Die Patienten wurden weder dazu angehalten, sich angstbesetzten Situationen auszusetzen, noch wurden sie durch aktive Problemlösungsmaßnahmen unterstützt. Sie beschränkten sich darauf, die Patienten in dem Gespräch gemäß der Art von Rogers zu unterstützen, also Selbstöffnung, Selbstexploration, Angstminderung u.a. „Erstaunlicherweise resultierten aus diesem ausdrücklich nicht auf phobische Symptomatik bezogenen Vorgehen im Durchschnitt gleich starke Symptomverbesserungen wie in der ausdrücklich symptombezogenen Verhaltenstherapie; und zwar nicht nur im Urteil der Patienten, sondern auch unabhängiger psychiatrischer Experten“ (Grawe, 1998, S. 54). - „In einer Untersuchung von Meyer (1981) schnitt die Gesprächspsychotherapie bei Patienten einer psychosomatischen Ambulanz etwas besser ab als eine psychoanalytische Fokalthherapie, obwohl die psychoanalytischen Therapeuten sich eigentlich besser mit solchen Patienten auskannten und sicher ein besseres Verständnis der Konfliktproblematik dieser Patienten hatten.“ (Grawe, 1998, S. 389). Über 107 Personen wurden entweder einer kognitiven Verhaltenstherapie, systemischen Verhaltenstherapie oder nichtdirektiven supportiven Therapie (weitgehend übereinstimmend mit Gesprächstherapie) zugewiesen. Personen, die mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelt wurden, zeigten eine schnellere umfangreichere Symptomverbesserung in Depression. Aber in der Periode danach, drei Monate, ein Jahr später sowie 24 Monate später gab es keine signifikanten Differenzen in den Ergebnisvariablen der drei Psychotherapiegruppen (Birmaher, 2000). In einer Untersuchung an der Universität Wuppertal wurde Gesprächspsychotherapie mit kognitiver Verhaltenstherapie bei Anorexie verglichen. Das gesprächspsychotherapeutische Vorgehen war deutlich unterschiedlich von den Interventionen der Verhaltenstherapie, so z.B. Therapievertrag, Essensprotokolle, Verstärkungen, Hausaufgaben, Angstbewältigungstraining u.a. Die Tests, besonders abschließend nach der 20. Sitzung, ergaben signifikante Verbesserungen der beiden Behandlungsgruppen im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe in anorektischem Verhalten, ferner in Ängsten und Depression. „Die Behandlungsgruppen unterschieden sich in positiven Therapieeffekten auf keinem Maß im Grad der Verbesserung. Somit können sowohl die angewendete kognitive Verhaltenstherapie als auch die - bei Anorexia Nervosa erstmalig wissenschaftlich überprüfte - klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie als effektive Behandlungsform für die Anorexia Nervosa bewertet werden.“ (Arnold, 1992, S. 225). Auch in der sehr umfassenden Berner Vergleichsstudie zwischen Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie (Grawe, Caspar u. Ambühl, 1990) ergaben sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen diesen beiden Psychotherapieformen. Es zeigte sich aber, dass die Patienten im Verlauf der Therapie auf ganz unterschiedliche Weise zu den Befindlichkeitsverbesserungen gekommen waren. Grawe nimmt an, dass auch in den anderen Untersuchungen die Therapieeffekte bei Verhaltens- und Gesprächstherapie auf ganz verschiedene Weise zustande kamen. - Ferner: Die Therapien erzielten ihre jeweiligen Erfolge bei recht unterschiedlichen Patienten. „Es gibt Patienten mit derselben Diagnose, denen man mit einem anderen, weniger auf die Symptomatik ausgerichteten

Vorgehen offenbar besser gerecht wird. Die Diagnose allein kann daher kein ausreichender Indikator für die Wahl des Behandlungsvorgehens sein.“ (Grawe, 1998, S. 57).

So gibt es also bei den empirischen Untersuchungen keine nennenswerten oder nur geringe Unterschiede in den Effekten von Gesprächspsychotherapie, Formen der Verhaltenstherapie und in der einen vorliegenden Untersuchung zur Psychoanalyse. Und dies, obwohl das therapeutische Vorgehen dieser unterschiedlichen Therapierichtungen deutlich unterschiedlich war. Die renommierten amerikanischen Autoren Bergin und Garfield schreiben in ihrer neuesten Ausgabe ihres Handbuchs: „Einer der für die Praxis am schwierigsten zu nutzenden Befunde ist der fortgesetzte und häufige Mangel an Unterschieden in den Ergebnissen unterschiedlicher Techniken“ (1994, S. 822; übersetzt). Zur Erklärung dieses Tatbestandes gibt es zunehmend empirisch gestützte Annahmen: 1. Auch sehr unterschiedliche Vorgänge der Änderungen von Patienten in der Psychotherapie führen zu ähnlichen Effekten in der Minderung der seelischen Erkrankung. - 2. Patienten mit der gleichen Diagnose sprechen unterschiedlich auf Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie an. Es ist sinnvoll, dies in der Praxis zu berücksichtigen. - 3. Die Therapiemethode (der sog. Methoden/Technik-Faktor) trägt nur zu einem geringen Teil zum Ergebnis bei. Die therapeutische Beziehung, die Persönlichkeit des Psychotherapeuten hat etwa den doppelten Effekt. Und Charakteristika der Patienten, z.B. Selbstwirksamkeit, Autonomie oder günstige soziale Unterstützung außerhalb der Therapie tragen etwa zu 40 % zu den Änderungen bei.

So ist es eine Tatsache, dass Verhaltens- und Gesprächspsychotherapie bei Patienten mit verschiedener Diagnostik keine nennenswerten Unterschiede im Durchschnitt aufweisen. Daraus ergibt sich als einsichtige Folgerung das, was Grawe so ausdrückt: „Diejenigen Patienten, die bei der Verhaltenstherapie nicht gut abschnitten, hätten gleich anschließend gesprächstherapeutisch behandelt werden können und umgekehrt. Es kommt mir eigentlich erstaunlich vor, dass es solche Studien bisher noch nicht gibt“ (Grawe, 1976, S. 58).

Eine größere Kooperation von Verhaltens- und Gesprächspsychotherapeuten in der praktischen Behandlung von Patienten würde sich hier sehr günstig auswirken, besonders, wenn die Ansprechbarkeit bzw. Nichtansprechbarkeit eines Patienten auf die Psychotherapierichtung schon in den ersten Sitzungen festgestellt würde.

Derartige Charakteristika der Ansprechbarkeit von Patienten auf Gesprächspsychotherapie und auf Verhaltenstherapie wurden schon in Untersuchungen gewonnen. So wurde z.B. schon 1954 gezeigt: Patienten der Gesprächspsychotherapie mit einem größeren Ausmaß an Ethnocentrismus (gemäß einer Skala von Adorno), einer rigiden Haltung gegen In-Gruppen und Out-Gruppen und feindseligen Haltungen gegenüber Out-Gruppen zeigten in der Gesprächspsychotherapie wenig Änderungen, im Vergleich zu Patienten mit einem geringen Ethnocentrismus (Tougas, 1954). - Geprüfte brauchbare Ansprech-Charakteristika der Verhaltens- und Gesprächspsychotherapie hat Grawe ermittelt (1990). Wenn Gesprächspsychotherapie zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen wird und es zu mehr Kooperation zwischen Gesprächs- und Verhaltenstherapeuten kommt, dann liegt hier eine wesentliche Chance für eine Verkürzung der Psychotherapie mit gleichzeitig besseren Ergebnissen, indem Patienten die Psychotherapieform erhalten, auf die sie am günstigsten ansprechen.

2.2 Wie kann die Gesprächspsychotherapie von der Verhaltenstherapie abgegrenzt werden?

Die Effekte der Gesprächspsychotherapie und der Verhaltenstherapie sind gemäß den vorliegenden empirischen Untersuchungen ohne signifikante Unterschiede, jedoch sind die Vorgänge, die in der Verhaltenstherapie und in der Gesprächspsychotherapie angewandt werden und zu konstruktiven Änderungen in den Patienten führen, deutlich unterschiedlich. Hierzu folgende Kurzcharakterisierung: Die verhaltenstherapeutische Behandlung erstreckt sich überwiegend auf die Änderung-Minderung ungünstigen Verhaltens und auf das Erlernen von gewünschten Verhaltensweisen. Dies geschieht z.B. durch das Vorstellen des zu lernenden Verhaltens im entspannten Zustand, durch die Angstminderung in Vivo (der Therapeut begleitet und unterstützt den Patienten in realen Angstsituationen), durch Trainingsaufgaben, Hausaufgaben u.a. Für manche Krankheitsbilder, z.B. Depressionen, gibt es ein Manual, nach dem der Therapeut die einzelnen Stunden gestaltet. Der Psychotherapeut bestimmt im Wesentlichen die Art der Inhalte und Arbeit. Auch nach Einschätzung von Verhaltenstherapeuten wird das Vorgehen als eher direktiv bezeichnet.

In der Gesprächspsychotherapie ist der inhaltliche Schwerpunkt des Psychotherapeuten überwiegend das Erlebnis des Patienten mit seinen derzeitigen Belastungen, insbesondere die Gefühle und damit zusammenhängende Bewertungen-Kognitionen. Der Patient äußert sich darüber, öffnet sich in größerem Ausmaß über seine Belastungen, Wahrnehmungen und Gefühle. Zugleich erfährt er dabei durch das Verhalten des Therapeuten Anteilnahme, Achtung-Respekt, empathische Einfühlung, Aufrichtigkeit und nichtdirigierende Aktivität-Engagement des Therapeuten. Das Vorgehen ist überwiegend nicht-dirigierend, d.h. der Therapeut sagt dem Patienten nicht, was er erzählen soll - ausgenommen seine derzeitigen Belastungen -, er stellt kaum Fragen, fordert z.B. den Patienten nicht auf, Träume zu erzählen, Kindheitserinnerungen oder frühere Vorfälle. Dennoch wird das Verhalten des Patienten deutlich durch den Psychotherapeuten beeinflusst: Der Therapeut äußert fortlaufend die wesentlichen Gefühle und Bewertungen-Kognitionen, die er in den vorausgegangenen Sätzen des Patienten verstanden hat. Die Äußerungen des Therapeuten sind kurz, prägnant, klar und ohne jede Bewertung. Der Patient ist gleichsam konditioniert, weiter über seine wesentlichen Gefühle und Bewertungen-Kognitionen zu sprechen. Dabei treten naturgemäß Ängste und Unsicherheiten auf; jedoch die Erfahrung, dabei geachtet und vor allem tief verstanden zu werden, mindert die Ängste des Patienten, gibt ihm eine gewisse Geborgenheit. Durch die Nichtbewertung des Psychotherapeuten und das öftere Durchsprechen der belastenden Situationen kommt es dahin, dass der Patient ebenfalls analog dem Therapeuten sich selbst und seine Belastungen zunehmend weniger bewertet, z.T. sogar akzeptiert sowie besser wahrnimmt. - In einem Artikel von mir „Wirkungsvorgänge in der Gesprächspsychotherapie“ (Tausch, 2001) sind alle vorliegenden empirischen Untersuchungen zu den Wirkungsvorgängen zusammengefasst, so dass es verständlich wird, wie durch das Verhalten des Psychotherapeuten und das Aussprechen schwerer Belastungen durch den Patienten förderliche Wirkungen eintreten. -

Die Unterschiedlichkeit der Behandlungsformen von Gesprächs- und Verhaltenstherapie, bei gleicher Effektivität, kann positiv gesehen werden. o Die Effektivität beider Psychotherapien kann erhöht werden, wenn vor der Therapie oder am Anfang feststellbar ist, welcher Patient durch seine persönlichen Ansprech-Charakteristika mehr geeignet ist für Verhaltenstherapie und welcher mehr für Gesprächspsychotherapie. o Gesprächspsychotherapeuten übernehmen einige Interventionen der Verhaltenstherapie, z.B. die Protokollführung des Patienten über ungünstiges/günstiges Verhalten im Alltag, Protokolle der Nahrungsaufnahme bei Anorexie oder Adipositas, Vorstellungsbildungen im entspannten Zustand u.a. o Verhaltenstherapeuten übernehmen einiges von der Art der zwischenmenschlichen Beziehung des Therapeuten zum Patienten und sie führen gelegentlich Gespräche mit dem Patienten, bei denen die Äußerungen des Patienten über seine gefühlsmäßigen Belastungen und Gedanken im Vordergrund stehen, während der Therapeut die wesentlichen Emotionen und Kognitionen verständnisvoll „widerspiegelt“.

Ich selbst arbeite seit ca. zwei Jahrzehnten überwiegend als Gesprächspsychotherapeut mit Verwendung verhaltenstherapeutischer Interventionen in Einzel- und Gruppenpsychotherapie, z.B. Stressverminderung, Entspannungsübungen, Vorstellungen im entspannten Zustand u.a.

So kann die Effektivität von Gesprächs- und Verhaltenspsychotherapie durch die Hineinnahme von einzelnen Interventionen der jeweils anderen Psychotherapieform bedeutsam erleichtert, verbessert werden.

2.6 u. 3. Zusätzlicher nachweisbarer Nutzen und Notwendigkeit der Gesprächspsychotherapie bei der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten

Ein Außenstehender mag denken: Genügt nicht ein wissenschaftlich überprüftes Verfahren zur Behandlung von seelischen Erkrankungen, warum wird ein zweites Verfahren gebraucht, das in empirischen Untersuchungen zu ähnlichen Effekten führte?

Bevor ich mit dem Nachweis beginne, dass sowohl Verhaltenstherapie als auch Gesprächspsychotherapie für die Patienten notwendig sind, möchte ich ein sehr demonstratives Beispiel geben: Der amerikanische Mediziner und Psychologe Massermann (1943) machte Katzen traumatisiert und neurotisch, indem er sie in einen Käfig hineinließ, in dem ein Futternapf stand. In dem Augenblick als die Tiere zu fressen begannen, erhielten sie einen Stromschlag durch das Drahtgitter am Fußboden. In den folgenden Tagen und Wochen weigerten sich fast alle Tiere, zu fressen, und hungerten. Dann begann er mit seinen „Therapieverfahren“: Einige Tiere wurden frei von

Trauma und sog. Neurose, indem der Versuchsleiter sie streichelte, freundlich mit ihnen sprach, sie allmählich zum Futtertrog hinbewegte. Andere Tiere ließen sich auf Kontakte mit dem Versuchsleiter überhaupt nicht ein. Weitere „Therapieverfahren“ waren, auf die einzelne Tiere jeweils anzusprechen, andere überhaupt nicht: Die Tiere sahen, wie ein anderes Tier, das in den Käfig mit ihnen reingelassen wurde, völlig unbekümmert am Futtertrog aß. Bei manchen Tieren sprachen diese „Therapieverfahren“ erst an, nachdem sie längere Zeit gehungert hatten. Und Tiere, die überhaupt nicht auf die dargebotenen Möglichkeiten anzusprechen, begannen erst zu fressen, nachdem sie am Verhungern waren. - Diese Tieruntersuchung zeigt demonstrativ: Die Lebewesen hatten durch eine gleichartige Umweltschädigung gleichartige seelische Schädigungen erlitten, ein Trauma. Die Beseitigung des Traumas gelang aber nicht bei allen Tieren in gleicher Weise, sondern ca. vier bis fünf verschiedene Verfahren wurden benötigt, um alle Tiere zu „therapieren“.

Dies ein Beispiel auch für das Geschehen in der Psychotherapie bei Menschen. So bessern sich die Chancen von Patienten, die der *Diagnose* nach geeignet für Verhaltenstherapie sind, aber auf Verhaltenstherapie nicht ansprechen dadurch, dass sie auf Gesprächspsychotherapie ansprechen. Dies hat in umfassender Weise Prof. Grawe von der Universität Bern nachgewiesen: Patienten wurden vor Beginn der Psychotherapie auf bestimmte persönliche Charakteristiken untersucht. Nach Abschluss der Psychotherapie wurde festgestellt, welche Personen mehr von der Psychotherapie profitiert hatten. So zeigte sich z.B.:

Autonome Patienten profitierten deutlich mehr von Gesprächspsychotherapie als von einer direktiven Verhaltenstherapie; dagegen profitierten Patienten mit submissiven Charakteristika deutlich mehr von einer direktiven Verhaltenstherapie als von einer Gesprächspsychotherapie. Diese Unterschiede der Patienten in der Therapie zeigten sich schon frühzeitig. Grawe: „Nach meiner Meinung handelt es sich um das erste empirisch gesicherte Kriterium für eine differenzielle Indikationsstellung zwischen verschiedenen Therapieformen.“ - „Es leuchtet ein, dass eine gute Kompatibilität zwischen den Beziehungswünschen und -möglichkeiten eines Patienten und dem Beziehungsangebot des Psychotherapeuten förderlich ist und dass umgekehrt eine geringe Kompatibilität eher ungünstige Voraussetzungen ... schafft.“ - „Bei einer direktiven Verhaltenstherapie profitieren vor allem solche Patienten, die von einem nahen Angehörigen als eher unterwürfig, demütig und dienstfertig, also hoch auf der Submissionsdimension eingeschätzt worden waren, während sich für eine nichtdirektive Gesprächspsychotherapie ein ebenso ausgeprägter, aber umgekehrter Zusammenhang fand.“ (Grawe u.a., 1990, S. 360).

Im Folgenden noch einige weitere Untersuchungen:

Patienten mit hoher internaler Kontrolle profitierten mehr von einer nichtdirektiven Gesprächspsychotherapie, Patienten mit vorwiegend externaler Kontrolle dagegen mehr von einer direktiven Gruppentherapie (Verhaltenstherapie) (Abramowitz et al., 1974).

Personen mit hohem sowie niedrigem Ausmaß an Selbstöffnung in einem Fragebogen schätzten Tonbänder von Therapiesituationen nach verschiedenen Merkmalen ein. Ergebnis: Personen mit hoher Selbstöffnung bevorzugten klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie, während Personen mit geringer Selbstöffnung systematische Desensibilisierung (Verhaltenstherapie) bevorzugten (Kowitz, 1978).

Personen, die in einer Fernsehsendung Gesprächs-Gruppenpsychotherapie sahen, reagierten überwiegend mit Anteilnahme, Sympathie und einer Bereitschaft, selbst daran teilzunehmen. Jedoch reagierte ein kleinerer Prozentsatz mit Ablehnung und sah in den Gesprächen für sich selbst keinerlei Nutzen (Tönnies, 1978).

Personen mit sog. autoritären und dogmatischen Haltungen änderten sich in Einzelgesprächen der klientenzentrierten Psychotherapie weniger (Rogers & Dymond, 1954).

Fazit: Patienten mit gleichen Krankheitskategorien sprechen unterschiedlich auf Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie und vermutlich auch Psychoanalyse an. Werden vor Beginn der jeweiligen Psychotherapie in relativ kurzer Form einige Persönlichkeitsmerkmale festgestellt, so bewirkt dies, dass die geeigneten Patienten zur Verhaltenstherapie kommen, und die hierfür nicht geeigneten zur Gesprächspsychotherapie. Dies bedeutet einen deutlichen Fortschritt insbesondere hinsichtlich Effektivität der Behandlung und Dauer. Ein Vergleich: In der Psychiatrie ist bekannt, dass z.B. depressive Patienten auf ein gleiches Medikament unterschiedlich ansprechen. Meist sind dazu notwendig längere Probenzeiten mit einzelnen Medikamenten. In der Psychotherapie kann bei Verhaltens- und Gesprächspsychotherapie die Ansprechbarkeit eines Patienten vor Beginn ermittelt werden.

Feststellung der Ansprechbarkeit von Patienten auf die Gesprächspsychotherapie während der ersten Sitzungen: Die Patienten füllen jeweils nach der dritten Sitzung oder auch nach den ersten vier bis fünf Sitzungen einen Feedback-Bogen aus, über ihre Erfahrungen im Gespräch und wie sie den

Psychotherapeuten hinsichtlich Empathie, Achtung-Wärme, Aktivität u.a. wahrnehmen. Wie unsere Untersuchungen ergaben (z.B. Eckert u.a., 1977), ist anhand dieser Werte der Endeffekt der Gesprächspsychotherapie relativ gut voraussagbar. Ist das Feedback eines Patienten auf die Psychotherapiesituation ungünstig, so kann das Angebot einer Verhaltenstherapie mit größerer Wahrscheinlichkeit zu einer besseren kürzeren Behandlung führen.

Patientenzentrierte Gruppengespräche in intensiver Form (2 ½ Tage mit zwei Nachtreffen am Abend) erwiesen sich in mehreren Untersuchungen bei verschiedenen Patientengruppen mit verschiedenen Indikationen als deutlich hilfreich und somit hinsichtlich der Behandlungsdauer als deutlich ökonomisch (Tausch, 1990, S. 281 ff.). Wesentlich ist bei der Gruppentherapie eine hohe Qualifikation der Psychotherapeuten in den entscheidenden Verhaltensmerkmalen. Eine Hinzunahme von kürzeren andersartigen Interventionen wie Atem- oder Muskelentspannung, kurze mentale Vorstellungsbildungen und Stressverminderung wurden von den Patienten ebenfalls als deutlich förderlich empfunden (z.B. Ruwwe u. Tausch, 2004).

1.13.

Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie mit Schwerpunkt Motivationsförderung ist eine in den USA verbreitete Behandlungsform (Miller & Rollnick, 1991, 2002). Die Gesprächsführung entspricht dem Vorgehen von Carl Rogers, mit der Abweichung, dass die Äußerungen des Therapeuten fast ausschließlich auf die Motivationsschwierigkeiten bzw. Weigerung des Patienten fokussiert sind. Dieses Vorgehen von Miller & Rollnick ist deutlich effektiv bei Patienten, die sich weigern, Behandlungen-Therapien gegen starken Alkohol- und Suchtkonsum aufzunehmen oder die eine Therapie nach kurzer Zeit aus Motivationsmangel beenden wollen. So ist heute in den USA diese nicht-dirigierende Gesprächsführung auf dem Suchtsektor die Standardmethode und hat die dirigierenden Gesprächsformen abgelöst. Derzeit sind empirische Effektuntersuchungen im Gang bei Patienten, die strikt eine dringend notwendige medizinische Behandlung ablehnen, etwa bei AIDS-Infektion, bei Diabetes u.a. - Das Faszinierende ist, dass diese motivierenden Gespräche bei Menschen mit anfänglich starker Weigerung nur etwa drei bis vier Sitzungen benötigen. Allerdings sind für die Durchführung hoch qualifizierte Gesprächspsychotherapeuten im Sinne von Rogers notwendig, mit einem zusätzlichen Training in motivierender Gesprächsführung. - Dieses psychotherapeutische Vorgehen erwies sich in etlichen Untersuchungen als deutlich überlegen jedem direktiven Verfahren und wird von der amerikanischen Gesundheitsbehörde eindeutig empfohlen.

Gesprächspsychotherapie kann auch telefonisch durchgeführt werden, ohne bedeutende Einschränkung der Effektivität. Die Notwendigkeit hierzu kann bestehen bei stark behinderten bettlägerigen Patienten, bei erheblichen Alterseinschränkungen oder in Notfallsituationen. Einige empirische Befunde hierzu: Patienten der Psychotherapeutischen Ambulanz des Psychologischen Institutes III der Univ. Hamburg wurde die Durchführung telefonischer Gesprächspsychotherapie angeboten. 60 % der Patienten waren 30 Jahre und jünger, zwei Drittel waren Frauen. 45 Patienten erhielten ein einstündiges Gespräch pro Woche, die durchschnittliche Gesprächszahl betrug 9,6. Die Gespräche wurden durchgeführt von 20 Gesprächspsychotherapeuten. Vier Monate nach Abschluss der Gespräche ergaben sich in den Tests deutliche signifikante Veränderungen der Symptombeeinträchtigungen, so allgemeinen Ängsten, Unsicherheit, psychosomatische Beschwerden, Arbeitsstörungen u.a. Während die Patienten vor Beginn der Gespräche durch ihre Symptomatik stark beeinträchtigt waren, waren sie nach Ende der Gespräche nur noch unbedeutend beeinträchtigt. Bei der Kontroll-Wartegruppe ergaben sich nur geringe Veränderungen analog den Wartegruppen bei der face to face Therapie. Es gab enge Zusammenhänge zwischen der Empathie und dem aktiven Bemühen der Therapeuten und der Selbstexploration der Patienten. Die Erfahrungsbögen der Patienten, die sie nach jedem Gespräch auf einem Bogen angaben, stimmten weitgehend überein mit den Erfahrungen von face to face Patienten. Auch nach Abschluss sagten die Patienten, sie würden zukünftig eher für eine Telefontherapie als für face to face Kontakte sein (Wienand-Kranz, 1977; Teegen, 1975).

26 männlichen Insassen eines Gefängnisses wurden sechs patientenzentrierte psychotherapeutische Gespräche von halbstündiger Dauer über Telefon angeboten, durchgeführt von 18 Psychologen mit Ausbildung in Gesprächspsychotherapie. Die Gefangenen hatten signifikant erhöhte Werte in Neurotizismus (EPI), Angst, Selbstaggression, Aggressionshemmung u.a. Acht Teilnehmer brachen

die Gespräche nach dem dritten Kontakt ab. Die Gruppe der Beender zeigte deutliche Veränderungen nach dem sechsten Gespräch wie Abnahme von Neurotizismus, reaktive und spontane Aggressivität u.a., im Vergleich zur Wartegruppe. Zwischen den Verhaltensmerkmalen der Psychotherapeuten, z.B. Empathie, aktives Bemühen, Anteilnahme und dem Ausmaß von Selbstöffnung und Selbstauseinandersetzung der Patienten zeigten sich enge statistische Beziehungen wie in den sonst üblichen einzeltherapeutischen Gesprächen face to face (Doll u.a., 1974).

In den USA, wo telefonische Therapiegespräche häufiger geführt werden, ergab eine Untersuchung (Day, S. & Schneider, P., 2002): 80 Patienten wurden auf drei Arten von Psychotherapie verteilt: Face to face, aktuelle Videoübertragung und Telefontherapie. Zwischen den drei verschiedenen Behandlungsarten gab es hinsichtlich der Prozesse und der Effekte nur geringe Unterschiede; dagegen waren die Befunde im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe klinisch bedeutsam. - Sodann liegen andere Befunde vor, dass manche Patienten freier über schwierige und peinliche Erlebnisse sprechen, wenn sie nicht einem Psychotherapeuten gegenüber sitzen, sondern etwa in ein Aufnahmegerät sprechen.

1.13.1. Zwei weitere zusätzliche Nutzen der Gesprächspsychotherapie

o Gesprächspsychotherapie setzt bei den Patienten keine besonderen intelligenten Verarbeitungsformen voraus. Einige Beispiele: Ältere Menschen, Durchschnittsalter 74, sämtlich Sozialhilfeempfänger, isoliert lebend und mit deutlichen seelischen Altersbelastungen profitierten bedeutsam von telefonischen Gesprächen mit Gesprächspsychotherapeuten (Rönnecke, 1976). - Bei unterprivilegierten psychisch beeinträchtigten Hauptschülern erwiesen sich Einzel- und Gruppengespräche mit Gesprächstherapeuten als förderlich (Pixa-Kettner u.a., 1978).

o Patienten der Einzel- und vor allem der Gruppengesprächspsychotherapie zeigen eine prolongierte erweiterte Effektivität über die Symptome und Therapiezeit hinaus. Bei vielen Untersuchungen konnten wir feststellen, dass auch längere Zeit nach Psychotherapieende die Patienten weitere Fortschritte machten oder sich um weitere Verbesserung bemühten, z.B. in Entspannungsformen, Bewegungstraining u.a. (z.B. Pomrehn u.a., 1986).

Besonders eindringlich ist: Drei von vier Patienten geben Probleme zwischenmenschlicher Natur als eines ihrer drei wichtigsten Belastungssymptome an. Gerade in diesen zwischenmenschlichen Beziehungen zeigen die ehemaligen Patienten zunehmende Fortschritte, werden lebenszufriedener. Die Auswirkung der Gesprächspsychotherapie reicht also über die Therapie der Belastungsstörung hinaus in den Bereich der Persönlichkeitsentwicklung. Diese Fortentwicklung geschieht nicht auf Kosten einer geringeren Minderung von Krankheitssymptomen.

Diese Entwicklung der Persönlichkeit des zwischenmenschlichen Bereiches ist durch Folgendes bedingt: Der Gesprächspsychotherapeut ist gleichsam ein Modell für eine förderliche menschliche Begegnung mit einem hohen Ausmaß an Achtung, Empathie und engagierter nichtdirigierender Förderung sowie Aufrichtigkeit. Dieses Modell erfährt der Patient eindringlich. Ferner wurde in vielen Untersuchungen auch der Pädagogischen Psychologie festgestellt: Eine günstige Beziehung zwischen Lehrer-Schüler, zwischen Partnern, Eltern und Kindern, Übungsleitern im Sport und Teilnehmern wird entscheidend erhalten und gefördert durch diese Haltungen von Achtung, Empathie u.a.

Ich möchte ein eindringliches Untersuchungsergebnis darstellen: Lehrer leiden häufig an psychosomatischen, z.T. an psychiatrischen Störungen. Die Hälfte der Lehrer wird vor dem 59. Lebensjahr wegen dieser Krankheitssymptome in den Ruhestand versetzt. Aufgrund dessen wurden 26 Lehrer aller Schularten jeweils zu zweit oder zu dritt zur Teilnahme an einer Gesprächsgruppentherapie mit Psychotherapieklienten zugewiesen (zweieinhalbtägig mit zwei Abenden Nachgespräche). Vor der Therapie füllten die Lehrer die üblichen Tests über Krankheitssymptome aus, ferner aber auch eine Liste ihrer außerschulischen und schulischen Probleme. - Nach Ende der Gruppenpsychotherapie wiesen die teilnehmenden Lehrer im Vergleich zu den Warte-Lehrern unmittelbar und längerfristig Verbesserungen auf in negativer Selbstkommunikation (EPK), in ihrem Selbstkonzept (SKS) u.a. Auch die Verbesserung ihrer außerschulischen Probleme waren bedeutsam: 69 % der Lehrer gaben 10 Tage nach Abschluss an, dass sich ihre Probleme gebessert oder stark gebessert hätten, 81 % nach vier Monaten. Die Lehrer mit Teilnahme an Gesprächsgruppen erlebten sich selbst in ihrer Person und ihren persönlichen Beziehungen sowohl unmittelbar nach Ende als auch längerfristig positiv verändert.

Entscheidend: Die Lehrer verhielten sich auch im Klassenraum anders und wurden anders von den Schülern wahrgenommen: Vor und nach der Gesprächsgruppentherapie wurden von den Lehrern Tonaufnahmen ihres Unterrichts gemacht. Beurteiler schätzten Stichproben unwissentlich nach verschiedenen Merkmalen ein, z.B. das Ausmaß des Verstehens von Schülergefühlen, Wertschätzung-Wärme, Aufrichtigkeit, Ausmaß von Dirigierung-Lenkung u.a. Unmittelbar nach der Gesprächsgruppe als auch besonders vier Monate später ergaben sich mehr förderliche nichtdirigierende Aktivitäten, weniger Lenkungen, insbesondere bei Lehrern mit vorher ungünstigem Unterrichtsverhalten. Ferner: Bei der Untersuchung des Unterrichts vier Monate nach der Teilnahme der Lehrer an der Gesprächsgruppe erlebten die Schüler ihre Lehrer wertschätzender, offener-aufrichtiger gegenüber Schülern, einfühlsamer für die Schülergefühle, hatten eine vertrauensvollere positivere Beziehung zum Lehrer und größere Zufriedenheit mit ihm. Das waren signifikante Veränderungen in der Schülerwahrnehmung, im Vergleich zu den Warte-Lehrern. - Auch die Lehrer erlebten ihre zwischenmenschlichen Beziehungen in der Schule vier Monate nach der Gruppenpsychotherapie als deutlich positiv verändert; z.B. 69 % gegenüber den Schülern, 54 % gegenüber Kollegen, 31 % gegenüber Vorgesetzten (Wittern u. A. Tausch, 1979).

3. Zur medizinischen Notwendigkeit

o Wie im Vorhergehenden dargestellt, profitieren Patienten mit bestimmten Personen-Charakteristika weniger von Verhaltenstherapie, dagegen mehr von Gesprächspsychotherapie. Das ist bedeutsam für diese Patienten, hinsichtlich Länge und Effektivität ihrer Psychotherapie, ferner von Bedeutung für die Wirtschaftlichkeit. Umgekehrt profitieren manche Patienten mehr von Verhaltenstherapie, die wegen persönlicher Charakteristika weniger von Gesprächspsychotherapie profitieren, so z.B. Personen mit höheren Werten in autoritären sowie ethnocentrischen Haltungen, starker Unterwürfigkeit u.a.

o Gemäß den Forschungsuntersuchungen der Psychotherapeutischen Ambulanz am Psychologischen Institut III der Universität Hamburg profitierten von Einzel- und Gruppenpsychotherapie insbesondere Patienten mit folgender Indikation: F 43 Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen; F 45,0 Multiple psychosomatische Störungen; F 41,2 Angst und depressive Störungen; F 32,1 Mittelgradige depressive Episode. - Charakteristisch sind für diese Patienten häufig: Starke innere Belastungen/Störungen, deutlich ungünstiges Selbstkonzept, starker Leidensdruck, häufige psychosomatische Beeinträchtigungen sowie begrenzte Verhaltensstörungen.

o Gesprächspsychotherapie in Gruppen erwies sich als deutlich effektiv und bei kurzer Zeitdauer als deutlich wirtschaftlich. Fast immer handelte es sich um konzentrierte Gruppenpsychotherapie an 2 ½ Tagen mit zwei bis vier Nachtreffen abends. Jede Gruppe umfasste acht bis zwölf Personen bei ein bis zwei sehr qualifizierten Psychotherapeuten. Die Änderungen der Gruppenpsychotherapien an der Ambulanz des Psychologischen Institutes III der Univ. Hamburg wurden sechs Wochen nach Abschluss der Therapie festgestellt bei einer Untersuchung (Pomrehn u.a., 1986) mit 87 Patienten, ebenfalls auch ein Jahr danach. Dabei ergaben sich ein Jahr danach Verbesserungen gegenüber dem Zustand von sechs Wochen nach der Psychotherapie.

o Aufgrund der Testwerte vor und nach der Psychotherapie schätzten neutrale klinische Rater zusammenfassend die Effekte von 3 Untersuchungen bei 387 Gruppen-Psychotherapiepatienten ein: 25 % der Patienten waren deutlich gebessert, 52 % gebessert, 15 % unverändert, 8 % verschlechtert. Bei den 117 Wartepatienten zeigte sich nach sechs Wochen Wartezeit: Deutlich gebessert 4 %, gebessert 20 %, unverändert 53 %, verschlechtert 23 % (Tausch, 1988).

Die erstaunlichen Änderungen in so kurzer Zeit bei Gruppenpsychotherapien sind auf die enorme Intensität des psychischen Geschehens bei den Teilnehmern zurückzuführen, wodurch sich oft eine Lockerung rigider Auffassungen ergibt, ferner durch ein größeres Ausmaß an Selbstöffnung und die Bereitschaft, von anderen Teilnehmern zu lernen. Elf derartige Psychotherapiegruppen über 2 ½ Tage sind auch im Südwestfernsehen gesendet worden, jeweils Zusammenschnitte von 2 ½ Stunden Sendezeit, meist mit einer Nachbefragung vier Wochen nach Abschluss der Gruppe. Als sehr förderlich erwies sich auch eine inhomogene Zusammensetzung der Gruppe; Personen mit sehr starken Belastungen wie z.B. körperliche Lähmungen, Blindheit, Krebserkrankung führten bei den Teilnehmern zu einer anderen Einschätzung ihrer eigenen Belastung.

o Bedeutung und Notwendigkeit gesprächspsychotherapeutischer Behandlungen sind auch aus Folgendem ersichtlich: In Rehabilitationszentren wird Gesprächspsychotherapie für einen Teil der Patienten als notwendig und förderlich erachtet. So sieht der Katalog für therapeutische Leistungen der

BfA unter dem Code r81.50 vor: Psychotherapie nach Rogers im Bereich rehabilitativer psychischer Störungen. Einzel- und Gruppengesprächspsychotherapie in der Rehabilitation von psychosomatischen Erkrankungen, nach Krebserkrankungen und anderen Belastungsstörungen werden als nicht ersetzbar durch andere psychotherapeutische Verfahren angesehen.

4. Fragen zur Wirtschaftlichkeit

o Hinsichtlich der verschiedenen Psychotherapieverfahren, insbesondere Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie sind in den durchgeführten Untersuchungen keine Effektivitätsunterschiede bei gleicher Zeitdauer zu erkennen, und somit keine wirtschaftlichen Unterschiede.

Gesprächs-Gruppenpsychotherapie erwies sich als deutlich wirksam bei sehr kurzer ökonomischer Dauer (2 ½ Tage am Wochenende mit zwei bis vier Nachtreffen in den Abendstunden) (s. Tausch u. Tausch, 1990, S. 282 ff.). Analoge Effekte bei anderen Therapierichtungen sind uns nicht bekannt geworden. Es handelte sich dabei um die Störungen F 45,0, F 41,2 und F 32,1. Faszinierend sind die Änderungen im psychosomatischen Bereich in dieser kurzen Zeit, aufgrund stark veränderter Bedeutungswahrnehmungen, Einstellungen und deutlicher Zunahme mentaler Gelassenheit. Die seelisch-körperlichen Veränderungen in den Gruppentherapien waren nicht geringer, sondern eher größer als in Einzelpsychotherapie. Allerdings sind die Anforderungen an die menschliche und fachliche Qualifikation der Psychotherapeuten hoch.

o Zur Behandlungsdauer von Einzel-Gesprächspsychotherapie. Die durchschnittliche Frequenz ist meist eine Sitzung je Woche, besonders am Anfang. Zur Gesamtbehandlungsdauer der Gesprächspsychotherapie gibt es widersprüchliche Befunde: An der Gesprächspsychotherapeutischen Ambulanz des Psychologischen Instituts III der Univ. Hamburg wurden in den Jahren von 1976 bis 1990 ca. 600 Patienten in Einzelpsychotherapie behandelt, mit festgestellten Änderungen im Vergleich zu Wartegruppen. Die durchschnittliche Dauer der Einzelpsychotherapien, überwiegend ausgeführt von Psychologie-Diplomkandidaten oder diplomierten Doktoranden, betrug 7 bis 18 Sitzungen. Die Zeitbegrenzung für Patienten in Extremsituationen war 22 Sitzungen. Dagegen ergab eine Befragung von Gesprächspsychotherapeuten in privater Praxis eine durchschnittliche Therapiedauer von 60 bis 70 Sitzungen (Eckert, 2002). Ein ähnlicher Befund ergab sich in Österreich, jedoch mit dem Zusatz, dass Gesprächspsychotherapien in Institutionen deutlich kürzer waren. Auch in den USA war die Dauer der Psychotherapie in den ambulanten Institutionen deutlich kürzer im Vergleich zu privaten Praxen. Zur Aufklärung dieser Unterschiede kann Folgendes beitragen: „Alle größeren Metaanalysen zu Veränderungen bei Patienten weisen darauf hin, dass die häufigsten Veränderungen in der frühen Phase des Behandlungsprozesses auftreten ... Die gleichen Daten legen eine sich abflachende Effizienzkurve nahe, wobei es eines zunehmend größeren Aufwandes bedarf, erkennbare Unterschiede in der Verbesserung für Patienten zu erreichen ... Die Daten deuten darauf hin, dass Therapeuten bereits nach einigen Stunden, in denen Patienten keine Verbesserungen berichten, in Erwägung ziehen sollten, ihr Vorgehen zu ändern, statt das erst nach Monaten der Therapie zu tun.“ (Hubble u.a., S. 312).

Eine Verkürzung der Behandlungsdauer bei sehr langen Gesprächspsychotherapien liegt also nahe. Der Psychotherapeut ändert bei geringem oder fehlendem Fortschreiten sein eigenes Vorgehen oder bespricht mit dem Patienten einen Wechsel zu einer anderen Psychotherapieform, die für ihn geeigneter sein könnte. Ferner kann die Dauer langer Psychotherapien auch bedingt sein durch ein nicht optimales Ausmaß der wirksamen Psychotherapiemerkmale Empathie, Achtung, aktives Bemühen u.a. und einer unterlassenen Feststellung der Ansprechbarkeit des Patienten für die Therapie, s. Kapitel Qualitätssicherung.

Multimodale Psychotherapie: Ein entscheidender Fortschritt in Effektivität und Wirtschaftlichkeit

Unter Multimodaler Psychotherapie ist zu verstehen: Die Psychotherapeuten verwenden alle vorhandenen empirisch geprüften Interventionsmethoden, sofern sie für ihre Patienten nützlich sind, über die jeweilige „Therapieschule“ hinaus. Heute haben wir noch eine starke Abgrenzung der eigenen „Schule“ gegenüber anderen therapeutischen Möglichkeiten. Damit ist nicht gemeint ein beliebiger Mix aus irgendwelchen Therapiemethoden, sondern: Es wird nur das berücksichtigt, was sich in empirischen Prüfungen als förderlich und nicht-schädigend erwiesen hat und was mit hoher

Wahrscheinlichkeit für den Patienten förderlich sein kann. So werden in der Gesprächspsychotherapie, multimodal durchgeführt, folgende Interventionsmethoden eingesetzt: Muskel- und/oder Atementspannung einschließlich CDs zur erleichternden Durchführung, Bewegungstraining, Methoden der Stressverminderung bei verschiedenartigen Belastungen, EMDR (Shapiro), in der Traumatherapie sehr bewährt, eingesetzt auch bei geringeren Ängsten, Befürchtungen und negativen Erfahrungen, Übungen zur Förderung der sozialen Kompetenz, Verwendung von Manuskripten und Büchern zur Information und Anleitung von Patienten. Ebenfalls kann bei bestimmten Bedingungen psychologische Beratung effektiv und verkürzend sein und sollte nicht zu gering eingeschätzt werden. Auf die Möglichkeiten der Ergänzung, Kombination und Erweiterung von Gesprächs- und Verhaltenstherapie hin zu einer multimodalen Therapie habe ich schon seit längerer Zeit hingewiesen (Tausch u. Tausch, 1980, S. 355 gg.).

5. Qualitätssicherung.

Eine empirische Qualitätskontrolle des Verhaltens des Psychotherapeuten sehe ich als entscheidend förderlich für die Effektivität und Wirtschaftlichkeit psychotherapeutischer Behandlung an. Die deutlichen Änderungen der Patienten in unserer Psychotherapeutischen Ambulanz an der Universität Hamburg in relativ kurzer Zeit bei z.T. erst wenig erfahrenen Psychotherapeuten führe ich darauf zurück: o Jede Psychotherapie wurde auf Tonband aufgenommen; diese wurden auf das Ausmaß des förderlichen oder beeinträchtigenden Therapeutenverhaltens in Empathie, Achtung-Wärme u.a. von neutralen Beurteilern eingeschätzt, ebenso die Prozesse Selbstöffnung und Selbstauseinandersetzung der Patienten. o Ferner wurden in vielen Psychotherapien Feedbackbogen an die Patienten nach einer Anzahl von Sitzungen ausgegeben. Der Patient füllte einen Bogen mit 16 Items aus, die sich auf seine Erfahrungen während oder nach dem jeweiligen Gespräch erstreckten und darauf, wie er den Psychotherapeuten in bedeutsamen Verhaltensweisen wahrnahm. In einer Untersuchung (Eckart, Schwartz u. Tausch, 1977) füllten 97 Patienten mit deutlichen psychoneurotischen Beeinträchtigungen diesen Bogen des öfteren nach den Gesprächen aus. Sie erhielten Psychotherapie von 66 Gesprächspsychotherapeuten. Nach Abschluss der Psychotherapie wurden 25 Patienten mit deutlich konstruktiven Änderungen und 25 mit geringen oder fehlenden Änderungen ausgewählt und ihre Erfahrungsbogen ausgewertet. Schon im ersten Gesprächskontakt unterschieden sich die beiden Gruppen in ihrem Feedbackbogen deutlich: Sie nahmen sowohl den Psychotherapeuten unterschiedlich günstig wahr, hatten deutlich andere Empfindungen wie z.B. Entspannung/Gespanntheit während des Gespräches u.a. Diese Erfahrungen der Patienten im Gespräch im Feedbackbogen korrelierten mit dem Ausmaß ihrer Selbstexploration und Selbstöffnung, ferner mit dem Ausmaß einfühlerdes Verstehen und gefühlsmäßige Zuwendung des Psychotherapeuten, festgestellt anhand der Tonaufnahmen. *Aufgrund des Feedbackbogens der ersten oder der dritten Stunde konnte mit größerer Wahrscheinlichkeit vorausgesagt werden, ob die Psychotherapie erfolgreich verlaufen würde oder nur geringe oder keine Änderungen aufweisen würde.*

Wenn ein derartiger Feedbackbogen in der alltäglichen Praxis von Psychotherapeuten eingesetzt wird, dann kann der Psychotherapeut eine gewisse Voraussage treffen. Wenn nach der 3. oder maximal 7. Sitzung keine günstige Voraussage aufgrund des Feedbackbogens gegeben ist, dann muss der Psychotherapeut sein Vorgehen mit dem Patienten besprechen, eventuell ändern oder er legt dem Patienten die Wahl eines anderen Therapeuten nahe, einer anderen oder der gleichen Therapieorientierung.

Die *Effektivität* der Psychotherapie kann auch in verschiedenen Stadien relativ einfach festgestellt werden: Am Beginn schreibt der Patient auf einen einfachen Bogen mit etwa sieben bis acht Rubriken seine hauptsächlichen Belastungen hinein, deretwegen er in Therapie kommt; neben der Rubrik schätzt er das Ausmaß seiner Belastung ein. Danach gibt der Therapeut dem Patienten etwa nach jeder dritten Sitzung eine verkleinerte Kopie dieser Belastungsrubriken, ohne das dahinter stehende belastende Ausmaß, jedoch mit Kategorien der Verbesserung oder Verschlechterung jeder einzelnen Belastung, einschätzbar durch den Patienten. So ist der Therapeut fortlaufend über Fortschritte, Stagnation oder Zunahme von Beeinträchtigungen seines Patienten orientiert, und ergreift notwendige förderliche Maßnahmen.

Bei Verlängerungsanträgen scheint es sinnvoll, dass der Therapeut die Feedbackbogen des Patienten mit einreicht, die einen Einblick geben in die Prozesse der jeweiligen Sitzungen und den Effektbogen mit den jeweiligen Zuständen von Verbesserung oder Verschlechterung.

Vielleicht ist es nur eine Zukunftsvision, dass in einigen Jahren jeder Therapeut Stunden- und Effektbogen der abgeschlossenen Therapie der Krankenkasse mit übersendet und diese sie in codierter anonymer Form in die Landestherapeutenkammer gibt. So kann die Arbeit von Psychotherapeuten auf Auswüchse kontrolliert werden, etwa dass Patienten bis zu 200 Stunden Psychotherapie erhalten, obwohl schon am Anfang der Patient wenig Ansprechbarkeit für den Therapeuten und die Methode zeigte und der Effektbogen kaum Verbesserungen aufwies.

6. Zusätzliche Aspekte für die Zulassung der Gesprächspsychotherapie zur kassenärztlichen Behandlung

o Gesprächspsychotherapie und Verhaltenstherapie sind gemäß den empirischen Untersuchungen in ihren Effekten bei gleicher Zeitdauer der Therapie ohne Unterschied. Der bei jedoch manchen hierbei auftauchende Gedanke, dann könnte eine Psychotherapieform genügen, ist unzutreffend. Denn wie nachgewiesen wurde, Patienten sprechen unterschiedlich auf Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie an. Geringe Ansprechbarkeit für ein Verfahren bedeutet geringere Effektivität der Therapie und längere Zeitdauer. Sind sowohl Verhaltenstherapie als auch Gesprächstherapie als Möglichkeiten vorhanden, so können entsprechend dem Wunsch der Patienten oder aufgrund eines Ansprechbogens in den ersten Sitzungen die Patienten ermittelt werden, die gemäß ihren persönlichen Charakteristika besonders ansprechbar für Verhaltenstherapie sind und diejenigen, die besonders ansprechbar für Gesprächspsychotherapie sind.

o Heute sind die Psychotherapieformen oft noch strikt voneinander getrennt. Eine sog. multimodale Psychotherapie, in der dem Patienten entsprechend seinen Erfordernissen alle empirisch geprüften geeigneten Interventionsmöglichkeiten geboten werden, würde einen von vielen Seiten erhofften Fortschritt und eine größere Effektivität und Wirtschaftlichkeit bedingen. So z.B. halten nicht wenige Verhaltenstherapeuten etwa bei Krebspatienten, bei Belastungsstörung nach Tod des Partners u.a. neben ihren verhaltenstherapeutischen Möglichkeiten auch psychotherapeutische Gespräche nach Art der Gesprächspsychotherapie für sinnvoll und wirksam. Aber sie können dies nicht offiziell angeben, weil die Bezahlung von Gesprächspsychotherapieeinheiten wegen Nichtzulassung der Gesprächspsychotherapie nicht gewährleistet wäre. Die Zulassung der Gesprächspsychotherapie würde zu einer weit größeren Flexibilität in der Nutzung verschiedenartiger empirisch überprüfter Interventionen führen und damit zu größerer Effektivität und Wirtschaftlichkeit, anstelle des starren Festhaltens an einer „Schulrichtung“. Dieses Aufbrechen der Schulabkapselungen würde voraussichtlich auch in der Forschung zu einem viel größeren Einsatz praktikabler effektiver Interventionsmethoden führen.

o Außerhalb der Kassenzulassung und der Krankenversorgung werden von Hunderttausenden von Menschen förderliche Gespräche im Rahmen der sozialen-psychologischen Hilfe geführt, z.B. vom Personal in Krankenhäusern, Hospizen, von Schulpsychologen, Sozialpädagogen, von Erziehern in Heimen und von Lehrern in Schulen. Es sind keine von den Krankenkassen bezahlten Leistungen. Aber für viele Menschen sind derartige Gespräche von Gesprächspsychologen und anderen Berufen sehr bedeutsam. Denken wir daran, dass Lehrer im Umgang mit schwierigen Kindern in hilfreicher Gesprächsführung gemäß Rogers ausgebildet werden, dass die vielen Tausend ehrenamtlichen Helfer der Telefonseelsorge ebenfalls eine derartige Ausbildung erhalten oder diejenigen, die in Familien- und Partnerschaftsberatungsstellen arbeiten u.a. Diese Weiterverbreitung ist darin begründet: Dass die Gesprächsführung gemäß Rogers einmal den hilfreichen Gesprächen mit sehr verständnisvollen Mitmenschen ähnelt und zum anderen, dass ein derartiges Gespräch von den meisten Menschen als deutlich förderlich erfahren wird, etwa verstanden zu werden, nicht bewertet zu werden u.a. Und dass diese Art des Gespräches weitgehend unabhängig ist von der Art der Belastungen der Menschen, sei es Sterbender in Hospizen, sei es Anrufe der Telefonseelsorge oder Gespräche von Lehrern mit schwierigen Schülern u.a.

Würde nun der Gesprächspsychotherapie eine Kassenzulassung versagt, dann bedeutet dies eine Einstellung der wissenschaftlichen Forschung in Gesprächstherapie an den Universitäten und damit auch keine Ausbildung und Bereitstellung von Psychologen, die diese Form wissenschaftlich korrekt

weitergeben, etwa an Krankenschwestern in Kursen, an Lehrer, in der Telefonseelsorge u.a. Und dass diese Form der patientenzentrierten Gesprächspsychotherapie nicht weiterentwickelt wird. Es ist dann auch zu befürchten, dass ein Abgleiten in ungeprüfte Gesprächsformen und -techniken stattfindet, die z.T. schädigend sein können.

Aus diesem Grund ist die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie zur Kassenzulassung nicht nur bedeutsam förderlich für viele Patienten, ferner für die zukünftige Entwicklung der Psychotherapieschulen zu einer multimodalen Therapie, sondern auch für die Ausbildung von vielen Tausend Menschen außerhalb des Kassensbereiches im zwischenmenschlichen Bereich.

7. Angaben, in welcher Funktion ich diese Stellungnahme abgebe und
Angaben zu möglichen Interessenkonflikten

Ich gebe meine Stellungnahme ab als unabhängiger Wissenschaftler, als Prof. em. für Klinische Psychologie am Psychologischen Institut III der Univ. Hamburg, als Gründer, Forscher und Leiter der Gesprächspsychotherapeutischen Ambulanz an diesem Institut von 1966 bis 1987 sowie als Mitglied der GWG.

Meine Intention war und ist: Durch Forschungen, Praxis und Lehre dazu beizutragen, dass die seelischen Beeinträchtigungen-Erkrankungen von zunehmend mehr Menschen wissenschaftlich und menschlich verantwortungsvoll sowie effektiv und ökonomisch therapiert werden können.

Ich habe mich auch bemüht, neben der Forschung die Gesprächspsychotherapie transparent zu machen, z.B. durch elf Sendungen im Südwestfernsehen, 1976 bis 1980, mit der Anteilnahme von Millionen Zuschauern. Im Verlauf von ca. vier Jahren wurden acht zweieinhalbtägige Psychotherapie-Gesprächsgruppen unter der Leitung von meiner Frau, Prof. Dr. Anne-Marie Tausch und mir aufgenommen und jeweils in einer zusammengeschnittenen Sendung von ca. 2 ½ Stunden ausgestrahlt. Am Anfang jeder Sendung wurden die Teilnehmer mit ihren schweren seelischen Beeinträchtigungen kurz vorgestellt (Depressionen, Trennung vom Partner, Krebserkrankung, Suizidversuche, Panikzustände-Phobien, schwere körperlich-seelische Einschränkungen durch Lähmungen u.a.). Die meisten Sendungen zeigten auch eine Nachbefragung der Teilnehmer vier bis sechs Wochen danach. -

Trotz meiner engagierten Arbeit für die Gesprächspsychotherapie bin ich nicht engstirnig auf dieses eine, empirisch geprüfte Verfahren eingeengt. Ich sehe sie wie die Verhaltenstherapie als eine wirksame, wissenschaftlich begründete psychotherapeutische Form an, die wissenschaftlich und praktisch noch fortentwickelbar ist.

Ferner: Die Gesprächspsychotherapie kann bedeutsam beitragen zur Herausbildung einer sog. Multimodalen Psychotherapie. In ihr finden alle wissenschaftlich geprüften Einzelinterventionen Anwendung, die für die jeweiligen Patienten angemessen sind. So habe ich auch zusammen mit Mitarbeitern am Psychologischen Institut III Untersuchungen durchgeführt mit einer Kombination von Gesprächs- und Verhaltenstherapie, z.B.: Verminderung der Ängste vor Sterben und Tod unter Verwendung mentaler Vorstellungen im entspannten Zustand (Lohmann et al., 1987), Gruppen-Gesprächspsychotherapie nach Belastungsstörungen Trennung vom Partner unter Einbeziehung von Entspannungsformen, Stressverminderung und mentalen Vorstellungen (Ruwwe u. Tausch, 2004), Gruppen-Gesprächspsychotherapie mit überwiegendem Einsatz von Stressinterventionen (Plön, 1991).

In 90 % meiner Psychotherapien in meiner Privatpraxis in Stuttgart führe ich Atem- und Muskelentspannungsübungen mit den Patienten durch, habe entsprechende Kassetten bzw. CD's hergestellt, die in über hunderttausend Exemplaren im Umlauf sind; ferner führe ich Stressverminderungs-Interventionen durch, sodann EMDR bei Ängsten und Desensibilisierung in der Vorstellung u.a. - In meinem Buch „Gesprächspsychotherapie“ habe ich schon vor 15 Jahren in einem Kapitel die

Nutzung verhaltenstherapeutischer Interventionen in der Gesprächspsychotherapie sowie die Verbesserung des persönlichen Beziehungsfaktors in der Verhaltenstherapie dargestellt (Tausch u. Tausch, 1990, S. 355 ff.).

Insgesamt sehe ich als unabhängiger Forscher und Psychotherapeut mit fast täglicher Praxis keinen wissenschaftlichen und sachlichen Grund, die Gesprächspsychotherapie von der kassenärztlichen Behandlung auszuschließen. Zahlreiche empirische Befunde und Argumente sprechen dafür, die Gesprächspsychotherapie in die psychotherapeutische Versorgung psychisch kranker Menschen einzubeziehen, analog dem Vorgehen anderer europäischer Länder, und dadurch auch den Weg zu öffnen zu einer wissenschaftlich geprüften Multimodalen Psychotherapie.

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen

Betr.: Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Gesprächspsychotherapie

vom 29.9.2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen ist eine der vier vom BMGS berufenen Organisationen zur Wahrung der Interessen von Patientinnen und Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuß. In dieser Eigenschaft möchten wir zu der o. g. Bekanntmachung Stellung nehmen. Dabei beziehen wir uns nicht auf wissenschaftliche Studien, da uns solche nicht vorliegen, sondern wir möchten vielmehr aus Patientenperspektive, welche bei solchen Studien ja in der Regel völlig ausgeblendet wird, folgende Überlegungen einbringen:

Aus unserer Sicht handelt es sich um eine Art „*Kategorienfehler*“, wenn bei der Frage der Zulassung psychotherapeutischer Verfahren ausschließlich in Analogie zur Zulassung pharmazeutischer Produkte vorgegangen wird. Während sich dort ein Teil der Wirksamkeit aus den chemischen Substanzen herleiten läßt (also unabhängig vom Akt des Verordnens und der Interaktion zwischen Arzt und Patient – wo sich dann allerdings erst die volle Wirksamkeit des Medikaments entfaltet), verhält es sich bei der Psychotherapie als einer äußerst komplexen personengebundenen Leistung im wesentlichen anders. Dieser Interaktionsprozeß läßt sich nur teilweise in quantitativen Studien abbilden. Eine therapeutische Methode *als solche* als wirksam, ggf. sogar als wirksamer als andere, zu betrachten, ist theoretisch, empirisch und praktisch wenig sinnvoll; man würde damit den in der Psychotherapieforschung so genannten „Homogenitätsmythen“ (*der Therapeut, der Patient, die Methode*) zum Opfer fallen. Vielmehr geht von der Interaktion zwischen den beiden Partnern (ggf. auch mehreren Beteiligten) die entscheidende Wirkung aus, welche ihrerseits allerdings in Anlehnung an bestimmte Theorien und Methoden systematisch

strukturiert wird. Zur Entfaltung besonderer Wirksamkeit kommt es dann, wenn Therapeut und Patient, deren Vorerfahrungen, Überzeugungen, Denkstile, Persönlichkeiten etc. zueinander – und die gewählten Methoden zu beiden – „passen“. So entspricht es auch der Erfahrung unserer Alltagspraxis in der Selbsthilfe-Beratung, daß Betroffene sich in der Regel keine „Verfahren“, „Methoden“ oder „Schulen“ suchen (bzw. bei solchen in Behandlungen bleiben), sondern einen Menschen (in diesem Fall eine Therapeutin oder einen Therapeuten), den und dessen Vorgehensweise sie als für sich bzw. ihre Problematik und Beschwerden „passend“ (Verständnis und Sinn stiftend, Symptome lindernd und schließlich heilsam) empfinden. Es dürfte auch diese „*Passung*“ (bzw. deren Fehlen) sein, die ganz wesentlich die Abbrecher-Quote mit bestimmt.

Darüber hinaus ist aus unserer Sicht die *Wahlfreiheit* der Patienten als ein besonderer Wert in unserem Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Dies steht übrigens auch nicht im Widerspruch zur sog. evidenzbasierten Medizin, sondern deren "Erfinder" sahen das genau so! Daher ist es nach unserer Auffassung prinzipiell wünschenswert, alle nach wissenschaftlicher Prüfung als wirksam anerkannte psychotherapeutische Verfahren den Versicherten zugänglich zu machen. Die Forderung, ein solches Verfahren müsse zuvor als prinzipiell „besser“ und/oder „billiger“ nachgewiesen worden sein, erscheint uns als wissenschaftlich nicht angemessen, ethisch fragwürdig und der Qualität der Versorgung für die Versicherten abträglich.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Matzat, Dipl.-Psych.

Leiter der Kontaktstelle

für Selbsthilfegruppen, Gießen

Pat.-Vertreter im UA Psychotherapie

Karin Stötzner, Dipl.-Soz.

Vorstandsmitglied der DAG SHG

Pat.-Vertreterin im BK nach §91,4 und §91,7



ntation der Stellungnahmen

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

DGPPN

DGPPN Geschäftsstelle c/o Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Freiburg, Hauptstrasse 5, 79104 Freiburg

Herrn
Christof Wiesner
Gemeinsamer Bundesausschuß
Postfach 17 63

53707 Siegburg

10. Dezember 2004
MB/ht

**Antwort der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum
Fragenkatalog des Gemeinsamen Bundesausschusses zur
Gesprächspsychotherapie (GT)
Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt am 15.10.04**

Fragen zum Verfahren

*1. Wie ist das Verfahren in Hinblick auf sein Theoriesystem der
Krankheitsentstehung und der daraus abgeleiteten
Behandlungsstrategie definiert?*

Die GT geht zurück auf C.R. Rogers. Zu weiteren Details verweisen
wir auf die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats
Psychotherapie, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt am 10.1.2000,
der wir uns inhaltlich anschließen.

*1.1. Wie soll die Anwendung dieses definierten Verfahrens in der
vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet werden?*

Über approbierte Psychotherapeuten mit qualifizierender
Zusatzausbildung in GT

*1.2. Über welche Qualifikationen/Erfahrung müssen die
behandelnden Gesprächspsychotherapeuten verfügen?*

Therapeuten benötigen entweder eine Ausbildung nach dem
Psychotherapeutengesetz bzw. der Ärzteweitebildungsordnung mit
GT als Schwerpunktverfahren oder bei bereits vorliegender

Vorstand

Präsident:

Prof. Dr. med. M. Berger
Abt. für Psychiatrie und
Psychotherapie
des Universitätsklinikums
Freiburg
Hauptstr. 5
Tel.: 0761-
270-6506
D-79104
Freiburg
Fax: 0761-
270-6523

e-mail:

mathias.berger@psyallg.ukl.uni-freiburg.de

President Elect / Fort- und Weiterbildung

Prof. Dr. med. F. Hohagen

Universität zu Lübeck
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie

Ratzeburger
Allee 160
Tel.: 0451-500
24 40

D-23538 Lübeck
Fax: 0451-500 26
03

e-mail:

hohagen.f@psychiatry.uni-luebeck.de

Past President / Kongress- Planung:

Prof. Dr. med. M. Schmauß
Bezirkskrankenhaus Augsburg

Dr.-Mack-
Straße 1

D-86156 Augsburg
Fax: 08 21-48 03
109

Tel.: 08 21-48
03 101

e-mail: m.schmauss@bkh-augsburg.de

Schriftführer:

Priv.-Doz. Dr. med. U.
Voderholzer
Abt. für Psychiatrie und
Psychotherapie
des Universitätsklinikums
Freiburg

Hauptstr. 5
Tel.: 0761-
270-6603

D-79104
Freiburg
Fax: 0761-
270-6523

e-mail:

ulrich.voderholzer@psyallg.ukl.uni-freiburg.de,
dgppn@uni-freiburg.de

Kassenführer:

Priv.-Doz. Dr. med. F. M.
Böcker

Kreiskrankenhaus Saale-Unstrut
/ Naumburg

242
Abteilung für Psychiatrie und
Psychotherapie
Friedensstraße
D-06618

psychotherapeutischer Grundqualifikation ggfls. eine qualifizierende Zusatzausbildung.

Fragen zum diagnostischen und therapeutischen Nutzen

2. Ist eine Verbesserung der Patientenversorgung durch die Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu Abschnitt B I.1 der Psychotherapierichtlinien genannten Verfahren nachweisbar?

nein

2.1. Ist eine spezifische Überlegenheit der GT bei der Behandlung bestimmter Krankheitsbilder nachweisbar?

nein

2.2. Wie kann GT von VT abgegrenzt werden?

durch sog. Therapeuten-Checklisten und -Ratingverfahren, die erlauben das Vorgehen des Therapeuten zu beurteilen. Schwerpunktmäßig kann VT als multimethodal charakterisiert werden mit spezifischen Interventionen je Krankheitsbild, während die GT unimethodal ist und durch einen definierten generellen Interaktions- und Explorationsstil dem Patienten hilft, eigene Erlebnisse, Einstellungen und interne Prozesse besser zu verstehen und zu ändern.

2.3. Welchen zusätzlichen Nutzen bringt die GT im Vergleich zur VT für die ambulante Versorgung?

keinen

2.4. Wie kann die GT von den psychoanalytisch begründeten Verfahren abgegrenzt werden?

partiell durch Therapeuten-Ratingverfahren. Beide Verfahren sind schwerpunktmäßig unimethodal. Während sich die GT auf aktuelles Erleben fokussiert, zentrieren sich psychoanalytische Verfahren auf frühes Erleben.

2.5. Welchen zusätzlichen Nutzen erbringt die GT im Vergleich zu den psychoanalytisch begründeten Verfahren für die ambulante Versorgung?

sie kann Patienten ansprechen, die theoriefreier an ihren Problemen arbeiten möchten

*2.6. Welcher zusätzliche Nutzen der GT ist nachweisbar
- bezüglich einer Erweiterung des Indikationsspektrums?*

keinen

- hinsichtlich einer Verkürzung der Behandlungsdauer?

keinen

- im Hinblick auf eine Überlegenheit des Behandlungsergebnisses

keinen

2.7. Über welchen Zeitraum können Katamnesen mit welchem Ergebnis nachgewiesen werden?

es sind nur Kurzzeitwirkungen belegbar

Fragen zur medizinischen Notwendigkeit

3. Gibt es Patienten, die mit Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeten Verfahren nicht oder unzulänglich behandelt werden können, aber von der GT profitieren? In welchem Umfang?

nein

Fragen zur Wirtschaftlichkeit

4. Gibt es Belege aus der vergleichenden Psychotherapieforschung zur Wirtschaftlichkeit der Gesprächspsychotherapie im Vergleich zu den im abschnitt B I.1 der Psychotherapierichtlinien genannten Verfahren?

nein

4.1. Welche Behandlungskontingente und Behandlungsdauer / -frequenz werden durchschnittlich je Fall zu erwarten sein?

die Studien beziehen sich eher auf Kurzzeitinterventionen. Wie bei anderen psychotherapeutischen Verfahren auch, muß unter Praxisbedingungen jedoch mit erheblicher Ausweitung der Behandlungszeiten gerechnet werden. GT kann als „Beratungsverfahren“ theoretisch ohne zeitliche Begrenzung jahrelange durchgeführt werden.

Fragen zur Qualitätssicherung

5. Welche Vorgaben werden von den Vertretern der Gesprächspsychotherapie zu Maßnahmen der Qualitätssicherung und Dokumentation der Behandlung gemacht?

die GT gehört zu den Verfahren, die als erste gute Methode zur Messung der Therapeutenkompetenz entwickelt hat. Dies ist ein Vorteil dieser Methode im Vergleich zu anderen Psychotherapieverfahren.

Ergänzung

6. Gibt es zusätzliche Aspekte, die in den oben aufgeführten Fragen nicht berücksichtigt wurden?

Nach der Feststellung des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie ist die empirische Evidenz für die Anerkennung der GT als Heilverfahren sehr gering. Sie ist hinsichtlich der Qualität der Belege diskussionswürdig. Sie bezieht sich zudem nur auf ein eng begrenztes Indikationsfeld von affektiven Störungen. (vgl. Stellungnahmen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie im Deutschen Ärzteblatt vom 10.1.2000 und 8.11.2002 incl. Minderheitenvotum). Aus Sicht der DGPPN bietet die GT damit nicht die Voraussetzung um als generelles Psychotherapieverfahren in der Krankenbehandlung eingesetzt werden zu können, da die Zuweisung zu Therapeuten in der Praxis nicht ermöglicht hinreichend zwischen verschiedenen Krankheitsbildern und Therapieformen zu unterscheiden. Es muß daher davon ausgegangen werden, dass Patienten durch GT „behandelt“ werden, für die dies keine adäquate Methode ist und dass dies auch nicht ohne weiteres feststellbar ist, da die GT als „Beratungsverfahren“ bei jeglichem Lebenszustand einsetzbar ist.

Fragen zu möglichen Interessenkonflikten

7. Bitte geben sie an, in welcher Funktion Sie Stellungnahme abgeben (z.B. als Verband, Institution, Privatperson) und machen Sie bitte Angaben zu möglichen Interessenkonflikten Ihrer Person bzw. der Institution, für die Sie sprechen.

Als Präsident der DGPPN.

7.1. Welche Studien stammen aus verfahrensorientierten, aus verfahrensübergreifenden oder verfahrensunabhängigen Einrichtungen?

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. M. Berger
Präsident der DGPPN

Anlage

BDP

Stellungnahme

**im Auftrag des Berufsverbandes Psychologischer PsychotherapeutInnen
(BDP)**

zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie (Gesprächspsychotherapie)

(Stand: Juni 2005)

Univ.-Prof. Dr. rer. biol. hum Dipl.-Psych. Volker Tschuschke

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

1. Anliegen

Im Auftrag des BDP wird im Folgenden eine **wissenschaftliche Stellungnahme** abgegeben zur Effektivität und Effizienz (Wirksamkeit in klinischen und randomisiert-kontrollierten Studien) von *Klientenzentrierter (Personzentrierter) Gesprächspsychotherapie*. Hierzu wurden u.a. aktuelle Vergleichsstudien (Suchmaschine *pubmed* unter den Suchworten „client-centered therapy“, „experiential therapy“, „randomized-controlled studies“ und „meta-analysis“) sowie bekannte Handbücher zur Wirksamkeitsforschung in Psychotherapie herangezogen (z.B. die 4. und 5. Ausgaben des *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (1994 und 2004)* und das Werk *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice (2002)*).

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

2. Begriffsklärungen

Die Klientenzentrierte Psychotherapie (*Client-Centered Therapy, CCT*) wird in der Literatur unter verschiedenen Bezeichnungen geführt: als *Gesprächspsychotherapie (GT* nach C.R. Rogers), *Nicht-Direktive Psychotherapie* (inzwischen veraltete Bezeichnung), *Humanistische Therapie* (als Oberbegriff für die Einordnung verschiedener Verfahren), *Erfahrungsbasierte Psychotherapie (Experiential Psychotherapy (EP)* gilt als Weiterentwicklung der *Klientenzentrierten Therapie*), *Prozess-Erfahrungsbasierte (PE)* bzw. *Experience-Focussed Therapy (EFT) (Erfahrungsfokussierte Therapie, Varianten der Experiential Therapy)*, als *Encounter-Sensitivity Groups* bzw. gar als *Gestalttherapie*. Alle Bezeichnungen sind Synonyme - mit Ausnahme der *Sensitivity Groups* (V. Tschuschke, 2001) bzw. *Gestalttherapie*. Entsprechende Studien – ohne *Sensitivity Groups* und *gestalttherapeutische Studien* – werden in diesem Gutachten zur Beurteilung der wissenschaftlich begründeten Effektivität bzw. Effizienz des Verfahrens herangezogen.

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

3. Metaanalysen zur Wirksamkeit der Klientenzentrierten Psychotherapie

Es liegen zahlreiche Studien zur Wirksamkeit der CCT vor. Man kann mit Fug und Recht behaupten, dass *GT* bzw. *CCT* zu den empirisch abgestütztesten psychotherapeutischen Verfahren überhaupt gehören, was im Folgenden belegt werden soll. Die empirische Psychotherapieforschung hat niemand so früh und dann vergleichbar intensiv betrieben wie Gesprächspsychotherapeuten (Rogers, Truax und Carkhuff).

Neuere Meta-Analysen beweisen die Wirksamkeit (Effektivität und Effizienz) der *Gesprächspsychotherapie* bzw. *Klientenzentrierten Psychotherapie* (Biermann-Ratjen et al., 2003; Elliott, 2002; Elliott et al., 2004). An 31 kontrollierten Studien (mit Wartelisten-Kontroll- bzw. unbehandelten Patientengruppen) sowie an 41 vergleichenden Outcome-Studien (Elliott, 2002) (die meisten davon untersuchten *Klientenzentrierte* und ein paar *Nicht-Direktive* bzw. *EFP-Therapien*) konnte bei einer durchschnittlichen Dauer von 21.9 Sitzungen eine durchschnittliche Effektstärke von 0.99 in kontrollierten Studien erreicht werden. Direkte Wirkungsvergleiche mit *Kognitiv-Behavioraler Therapie (CBT)* erbrachten keine bedeutsamen Unterschiede, was auf eine vergleichbare Effektivität der *GT/CCT* hinweist. Die bei Grawe und Mitarbeitern berichteten Wirkungsunterschiede (Grawe et al., 1994) können somit von Elliott (2002) nicht bestätigt werden. Der Autor betont die Flüchtigkeit etwaiger Studien-Unterschiede, wenn die Zentren-Zugehörigkeit (researcher allegiance) kontrolliert werde. Dies wird auch andernorts bestätigt, z.B. fand Messer (Messer, 2002), dass ca. 69% der Effekt-Stärken-Variabilität von Studien durch die Zentrums-Zugehörigkeit der Forscher erklärt werden könne, was auf ein gerne vernachlässigtes Problem in der Forschungsliteratur verweist, das im Grunde seit geraumer Zeit bekannt ist (Luborsky et al., 1993; Tschuschke et al., 1998).

Die bei Grawe et al (1994) betonten Wirksamkeits-Unterschiede zwischen *GT-* und *verhaltenstherapeutischen Verfahren* (n = 11 Studien) basieren auf den wissenschaftsmethodischen Substanzen der jeweils heran gezogenen Studien - und die sind nicht nur mager, sondern weitestgehend indiskutabel (Tschuschke et al., 1994; 1997). Wie Biermann-Ratjen und Mitarbeiter hervor heben, handelt es sich um Studien, in denen die *GT* lediglich 10.8 Sitzungen im Schnitt „praktiziert“ wurde, die *VT* dagegen über 15 Sitzungen, was grundsätzlich nicht *gesprächspsychotherapeutischer Praxis* entspricht. Eine kurze Inspektion

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

der bei Grawe et al. verwendeten Vergleichsstudien enthüllt, dass es sich um ‚Studien‘ handelt, die aus den 60er oder 70er Jahren stammen, veraltet sind (Greenberg et al., 1994), und die an universitären Einrichtungen durchgeführt wurden, so dass den Studienergebnissen jegliche externe Validität fehlt (Tschuschke, 2005). Und dies darüber hinaus bei vermutlich zusätzlich mangelnder interner Validität aufgrund von Zentrumszugehörigkeit und mangelnder Qualifizierung der Therapeuten der Kontrollgruppenbedingung sowie unangemessener Patienten-Repräsentativität und Dosis-Applikationen, wie dies bereits beim Vergleich zwischen *VT*- und *tiefenpsychologischen Therapien* bei Grawe et al. nachgewiesen wurde (Tschuschke et al., 1997; 1998). Die übliche durchschnittliche Sitzungsdosis von *GT*- und *CCT*-Verfahren liegt bei 69 Sitzungen und erstreckt sich im Schnitt über 25 Monate (Biermann-Ratjen et al., 2003). D.h. konkret, dass die Wirkungen von *GT*, speziell die Langzeitwirkungen, bei Grawe et al. systematisch unterschätzt werden, ganz abgesehen von den sonstigen wissenschaftlichen Defiziten der von Grawe und Mitarbeitern herangezogenen Vergleichsstudien (sh. im Folgenden).

Die Beschreibungen und Vergleiche bei Grawe et al. (1994) bewirken sowohl bezüglich der Vergleiche zur *psychodynamischen* wie auch im Vergleich zu den *GT*-Therapien Fehleinschätzungen und falsche Bewertungen. Es handelt sich in ganz überwiegender Ausmaße um akademische Studien, deren interessengebundene (in der Regel *VT*-Zentren), weil schulgebundene Motive wissenschaftlich unseriöse Arrangements im Studien-Design bewirkten, in denen jedes mit *VT*-Therapien verglichene alternative therapeutische Verfahren schlechter abschneidet (interessengeleitete Forschungen zugunsten der *VT*-Bedingungen), so dass Schlussfolgerungen aus den Vergleichen fehl gehen mussten und müssen und somit künftig grundsätzlich nicht mehr zitiert werden sollten! Es sollte sich inzwischen herumgesprochen haben, dass zentrumsbedingte Zugehörigkeiten von Forschern kontrolliert gehören, was unmittelbare Auswirkungen dergestalt hat, dass, korrigiert um den Zentrumsfaktor, etwaige Studienwirksamkeits-Unterschiede zwischen verglichenen Schulkonzepten augenblicklich verschwinden (Elliott, 2002)!

Eine neuere Meta-Analyse von Elliott und Mitarbeitern (2004), basierend auf 112 Therapie-Outcome-Studien, 6.569 Patienten bzw. Klienten einbeziehend, weist in 37 kontrollierten Studien (RCT-Studien mit unbehandelten Kontrollen) mit 1.149 Klienten eine gewichtete Effektstärke von .89 nach, in vergleichenden Studien (im Vergleich zu anderen Verfahren) eine ES von .04, was auf Outcome-Äquivalenz verweist.

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

Die Langzeiteffekte von *GT/CCT* wurden in einer umfangreichen Zusammenstellung von 40 katamnestic Studien dokumentiert (Frohburg, 2004). Die bei Beendigung der Behandlungen erreichten Effektstärken wurden sogar im Schnitt noch erhöht in der Nachfolgezeit der Behandlung. Sie lagen 12 Monate nach Beendigung der psychotherapeutischen Behandlungen mit 0.80 und 1.20 in sehr zufriedenstellendem und höherem Bereich im Vergleich zum Prä-Post-Effekt.

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

4. RCT-Studien zur GT bzw. CCT

Wie bereits dargelegt, weisen RCT-Studien mit unbehandelten Kontrollen bzw. Wartelisten-Kontrollen überzeugende Effektsärken auf (Elliott, 2002; Elliott et al., 2004). Darüber hinaus weisen sich *GT/CCT*-Therapien im Vergleich zu *kognitiv-behavioralen Behandlungen* als gleich wirksam aus (Birmaher et al., 2000; Mulder et al., 1994; Teusch et al., 2001). Dies betrifft gleichermaßen den Langzeiteffekt von Gruppenbehandlungen mit HIV-infizierten homosexuellen Männern (Mulder et al., 1994) wie Einzelsitzungen mit schwer depressiven Adoleszenten (Birmaher et al., 2000) oder Einzelbehandlungen mit agoraphobischen Patienten mit Panikstörung (Teusch et al., 2001). Dagegen erwies sich in einer ultrakurzen Behandlungs-Studie *kognitiv-behaviorale Therapie nicht-direktiver Therapie* als überlegen (Craske et al., 1995). Es sollte allerdings hervorgehoben werden, dass vier Sitzungen (4 !) bei Panikstörungen nicht angemessen sein dürften (der Follow-Up lag bei lediglich vier Wochen) und dass die Autoren besonders betonten, dass es sich um unmotivierte Patienten handelte, die speziell pharmakologische Behandlungen gegen ihre Angststörung suchten und die Studie in einem VT-Zentrum durchgeführt wurde! Der Aspekt, dass *GT/CCT* für speziell geeignete Patienten eine spezifische Behandlungsoption sein könnte (Indikations-Kriterium), verweist auf einen sehr wichtigen Punkt, nämlich die *differenzielle Wirkweise gesprächspsychotherapeutischer/klientenzentrierter Psychotherapie*, der nachfolgend behandelt werden soll.

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

5. Vergleichende Studien zur Wirksamkeit von *GT/CCT*

In 55 vergleichenden Studien mit 1.375 Klienten stellten Elliott und Kollegen meta-analytisch fest, dass Verfahren der *GT* bzw. *CCT* mit einer vergleichenden Effektstärke von $+0.04$ keinen Wirksamkeitsunterschied erbrachten, was sowohl keine Überlegenheit wie aber auch keine Unterlegenheit im Vergleich zu anderen therapeutischen Verfahren (inklusive *kognitiv-behavioralen* oder *tiefenpsychologischen*) bedeutet (Elliott, 2002; Elliott et al., 2004; Meyer et al., 1988). Methodisch anspruchsvolle naturalistische Studien weisen ebenfalls die Wirksamkeit *klientenzentrierter Gruppenpsychotherapie* nach, z.B. wiesen von ursprünglich 14 Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung vier Jahre nach einer Gruppenbehandlung mit 100 Sitzungen nur noch zwei Patienten eine entsprechende Diagnose (nach dem *DIB*) auf (Eckert et al., 2000).

Es gibt allerdings Hinweise (s.u.), dass *gesprächspsychotherapeutische/klientenzentrierte* Verfahren bei bestimmten Patienten-Klientelen bessere Ergebnisse erzielen als andere psychotherapeutische Verfahren.

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

6. Spezifische Wirkungen der GT/CCT

Verschiedene Studien weisen nach, dass bestimmte Patienten besser oder überhaupt nur von GT/CCT-Behandlungen profitieren. Im Vergleich zu *kognitiv-behavioralen* Behandlungen schnitten Patienten mit geringeren Widerständen (bereit für einsichtsorientierte Arbeit) in *gesprächstherapeutisch (FEP)* arbeitenden Gruppentherapien besser ab als Patienten in *kognitiver Gruppentherapie* (in denen widerständige Patienten tendenziell besser abschnitten), wenn der Faktor externe/interne Orientierung kontrolliert wird (Beutler et al., 1991). Die Interaktion „Patient x Behandlung“ weist eindeutig indikative und prognostische Relevanz auf, wie auch differenzielle Ergebnisse weiterer Studien beweisen.

Patienten mit Agoraphobie und Panikstörung schneiden signifikant besser ab im Hinblick auf Verselbstständigung, Stressentlastung und Rückgang psychosomatischer Beschwerden bei ausschließlicher *gesprächspsychotherapeutischer* Behandlung im Vergleich zu *gesprächspsychotherapeutischer plus verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation* (Teusch et al., 2001) wie auch depressive Patienten in einer methodisch sehr anspruchsvollen und aufwändigen Studie in einer *process-experiential* Therapie bessere Reduktionen interpersonaler Problematik als in *kognitiv-behavioraler* Therapie erreichten, bei sonst vergleichbaren Outcomes in anderen Bereichen (Watson et al., 2003), was zugleich die Ergebnisse der 2. Sheffield-Studie bestätigt (Shapiro et al., 1990).

Prozess-Outcome-Studien weisen auf spezifische Wirkfaktoren von *Experiential Treatment*-Ansätzen hin, indem schwer depressive Patienten (major depression) frühzeitig und in späteren Abschnitten der Therapie ‚emotionale Arbeit‘ realisieren (Orientierung an und Symbolisierung von internalem Erleben und Einsatz dieser gefühlten Information zur Lösung der gegebenen psychischen Probleme, erfasst über die *EXP-Scale*), die in statistisch einwandfreiem Zusammenhang mit späteren Therapie-Ergebnissen standen (Pos et al., 2003).

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

7. Kritische Bewertung von Studien mit RCT-Design in der Psychotherapieforschung

Der so genannte „Goldstandard“ für die Psychotherapieforschung über den Einsatz von randomisiert-kontrollierten Studien (RCT-Studien bzw. *empirically supported treatments = EST*) ist nicht nur zweifelhaft, sondern ein Irrweg (Kriz, 2003; Tschuschke, 2005). Die seit den frühen 90er Jahren von den USA ausgehende Bewegung der *Managed Care* und ihrer *DRGs (Diagnostic Related Groups)* beförderte ein Paradigma isolierter Störungen, die möglichst manualisiert zu behandeln seien, damit vollständig das für die Psychotherapie ungeeignete Paradigma der pharmakologischen Forschung übernehmend (Kriz, 2000; Tschuschke, 2005). Somit wären die Kriterien der *Evidence-Based Medicine* (RCT-Studien, Manualisierung) für die klinische Psychologie und Psychotherapie anwendbar. Die *American Psychological Association (APA), Division 12 (Clinical Psychology)* übernahm unreflektiert dieses Paradigma und propagierte es im Zuge des Wettbewerbs im Medizinsektor, damit das medizinische Modell als der Psychotherapie vollständig fremdes und inadäquates Paradigma andienend (Wampold, 2001).

Die akademische Psychologie, speziell die akademisch verankerte *Verhaltenstherapie*, machte sich diese Sicht zu eigen und propagierte manualisierte, störungsspezifische Behandlungsverfahren, die isolierte, eben spezifische, mono-störungsorientierte Techniken und Konzepte zur Anwendung bringen sollte bei engst umschriebenen diagnostischen Gruppierungen, z.B. Tinnitus. Dies reflektiert offenbar, dass manche *VT*-Verfahren leichter zu manualisieren sind als *experiential* oder *psychodynamische* Behandlungsformen (Wampold, 2001). Entsprechend viele RCT-Studien mit *VT*-Verfahren wurden unternommen und publiziert, zumeist mit gar nicht überzeugenden Ergebnissen, sondern – im Gegenteil – unrealistischen Patienten-Klientelen in unrealistischen Behandlungszeiträumen und mit invaliden Schlussfolgerungen für die therapeutische Praxis (Tschuschke, 2005). Der Versuch, diese Untersuchungsergebnisse wiederum an den Resultaten von naturalistischen Studien zu validieren, stellt die eigene Logik auf den Kopf und beweist nur das Gegenteil des Intendierten (Tschuschke, 2005).

Bereits bei Depressionen, Angst und im Grunde fast allen psychischen und psychosomatischen Störungsbildern funktioniert die monosymptomatische Sicht nicht mehr, weil es sie angesichts multipler und komorbider Störungsbilder praktisch nicht gibt und eine

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

manualisierte Behandlungsweise jeglicher psychotherapeutischer Praxis, weil therapeutische Erfahrung und Expertise flagrant missachtend, Hohn spricht (Kriz, 2000, 2005; Tschuschke, 2005).

Selbst wenn sich die *GT/CCT* bzw. *Experiential Therapy* dem RCT-Paradigma stellen, schneiden diese Verfahren vergleichsweise günstig ab wie jegliche andere Form von Psychotherapie, z.B. *kognitiv-behaviorale*. Auch vergleichende Studien ohne Randomisierung weisen in den erzielten Effekten global vergleichbare Wirksamkeiten nach. Darüber hinaus deuten einzelne Studien auf spezifische Wirksamkeiten von *GT/CCT*-Behandlungen hin.

GT/CCT und *Experiential Therapy* benötigen kein RCT-Forschungsparadigma, wie bei jeder Form psychotherapeutischer Hilfe wäre eine naturalistische, an klinisch-praktischer Realität orientierte Forschung angemessener (mit „echten“ Patienten, in längeren Behandlungszeiträumen als in akademischen Elfenbeintürmen, mit „richtig“ ausgebildeten, erfahrenen Psychotherapeuten), was einen hohen methodischen Aufwand zur Sicherung interner Validität erforderlich machen, aber externe Validität maßgeblich erhöhen würde.

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

8. Zusammenfassung

Gesprächspsychotherapeutische, klientenzentrierte bzw. unter Experiential Psychotherapy firmierende Behandlungen sind, wenn man aktuelle, repräsentative Meta-Analysen und methodisch akzeptable, vergleichende Studien heran zieht, vergleichbar wirksam wie andere psychotherapeutische Verfahren und hochsignifikant keiner Behandlung überlegen.

Im Einzelnen gilt für *GT/CCT* und *EP* bzw. *EFP*:

- in der aktuell verfügbaren relevanten Fachliteratur sind diese Verfahren **hochsignifikant keiner Behandlung überlegen** (RCT-Studien),
- die genannten Verfahren sind im direkten Wirkungsvergleich **vergleichbar effektiv und effizient** wie andere psychotherapeutische Verfahren, z.B. *kognitiv-behaviorale*,
- es gibt demnach, methodisch gesehen, **ausreichend gute Studien zur Wirksamkeit** von *GT/CCT* und *EP* bzw. *EFP*, die die Wirksamkeit dieser Verfahren bei einem üblichen Spektrum psychischer Störungsbilder nachweisen,
- **Wirksamkeitsvergleiche** wie bei Grawe et al. (1994) zwischen *GT*- und *VT*-Verfahren stellen unseriöse und wissenschaftlich vollständig obsolete Unterfangen dar, weil veraltete Studien heran gezogen wurden, in denen keine den *humanistischen* Therapieverfahren angemessene Sitzungs-Zahl zur Anwendung kam, die zumeist in *VT*-Zentren durchgeführt wurden (Forscher-Allegiance) und wahrscheinlich weiteren Kriterien eines seriösen Wirksamkeitsvergleiches nicht Stand halten können, wie für den Vergleich *VT* versus *PA* an den Grawe et al.-Studien nachgewiesen (Tschuschke et al., 1994; 1997; 1998). Eine Heranziehung der bei Grawe und Mitarbeitern genannten Studien sowie die dortselbst getätigten Schlussfolgerungen genügen grundsätzlich nicht einer modernen, differenzierten und wissenschaftlich-seriösen Vorgehensweise und mündet deshalb in einseitige, weil gewollte Bevorzugen von Studien aus *VT*-Forschungszentren. Im Gegensatz zu Grawe et al. kommt jede repräsentative internationale Übersichtsarbeit zum Stand der vergleichenden Psychotherapieforschung zum Ergebnis vergleichbarer Wirkungen zwischen den meist untersuchten psychotherapeutischen Behandlungsverfahren wie *Verhaltenstherapie*, *psychodynamische Verfahren* und *Experiential Psychotherapies* (wobei Studien zur *Person-* bzw. *Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie* oder *Client-Centered Therapy* eingeschlossen sind) (Lambert und Bergin, 1994; Lambert und Ogles, 2004),

Stellungnahme im Auftrag des BDP zur Klientenzentrierten Psychotherapie

- das **Fehlen signifikanter Unterschiede** zwischen den genannten psychotherapeutischen Verfahren dokumentiert methodisch noch keine „gleiche Wirksamkeit“ wie das verglichene Verfahren; umgekehrt belegt dies zugleich auch keine Überlegenheit des anderen Verfahrens über die *GT/CCT* oder *EP*-Verfahren,
- die erzielten **Effektstärken** liegen in anspruchsvollen Studien durchschnittlich mindestens **in vergleichbaren Bereichen** wie andere Therapieverfahren, z.T. darüber,
- speziell wenn **längere Behandlungszeiten** berücksichtigt werden, liegen die **Effektstärken höher** als üblicherweise in der Literatur berichtet (wo allerdings geringere Behandlungsdosen und –zeiten übliche, leider unangemessene, Praxis sind),
- es gibt mehrere Hinweise darauf, dass die genannten Verfahren **differenzielle Validität** haben, indem sie Patienten psychotherapeutisch helfen können, die in anderen Verfahren, z.B. *kognitiv-behavioralen* nicht die berichteten Veränderungen aufweisen. D.h., gute Studien mit ausreichenden Stichproben-Umfängen erbringen parziell eine **spezifische Überlegenheit** der genannten Verfahren, z.B. auch über *kognitiv-behaviorale* Verfahren! Sollten weitere an Prozess-Outcome orientierten zukünftigen Studien ähnliche Ergebnisse erbringen, hätten die genannten psychotherapeutischen Verfahren einen eigenständigen klinischen Wert im Spektrum psychotherapeutischer Verfahren.

Hoffmann Prof., Margraf Prof.

17
13.02.06

09. Feb. 2006

| | |
|--|---|
| PROF. DR. SVEN OLAF HOFFMANN EMERIT. DIREKTOR DER KLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE DER UNIVERSITÄT MAINZ SIERICHSTR. 175 22299 HAMBURG TEL. **49-40-47 81 92 s.o.hoffmann@hamburg.de | PROF. DR. JÜRGEN MARGRAF ORDINARIUS DER ABTEILUNG KLINISCHE PSYCHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE DER UNIVERSITÄT BASEL MISSIONSSTR. 60-62 CH-4055 BASEL TEL. **41-61-2670658 Juergen.Margraf@unibas.ch |
|--|---|

Hamburg und Basel, 1. 2. 2006

Dr. jur. Rainer Hess
Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
Auf dem Seidenberg 3a
53721 Siegburg

Hamburg und Basel, 15. 1. 2006

| | |
|--|----------------------------------|
| Gemeinsamer Bundesausschuss Geschäftsführung | |
| Eingang: | 09. Feb. 2006 <i>Br 1010/106</i> |
| Original | <i>Abt. 1 R. Wimmer</i> |
| Vorsitzender | <i>R. Hess</i> |
| GF | |
| SIS ¹ Recht | |
| SIS ² Methodik | |
| P/C | |
| Verw. | |
| Abt. I | |
| Abt. II | |

Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie
Hier: Indikationsspezifische Zulassung von Psychotherapieverfahren zur Ausbildung

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

in der jüngeren Vergangenheit haben die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie eine Auslegung erfahren, die in dieser Form von dem Gremium selbst sicher nicht beabsichtigt war. Als ehemalige Vorsitzende (alternierend) in der Amtsperiode 1998 – 2003 haben wir uns zu einer Klarstellung entschlossen. Wir erlauben uns diese Stellungnahme unserem Schreiben beizulegen und empfehlen es Ihrer Aufmerksamkeit und weiteren Veranlassung.

In Kenntnis Ihrer Befassung mit dieser Angelegenheit senden wir Ihnen ein Exemplar gleichzeitig mit dem Präsidenten der KBV.

Mit freundlichen Grüßen,

Prof. Dr. Sven Olaf Hoffmann

Prof. Dr. Jürgen Margraf

| | |
|---|--|
| <p>PROF. DR. SVEN OLAF HOFFMANN EMERIT. DIREKTOR DER KLINIK FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE DER UNIVERSITÄT MAINZ</p> <p>SIERICHSTR. 175 22299 HAMBURG</p> <p>TEL. **49-40-47 81 92 s.o.hoffmann@hamburg.de</p> | <p>PROF. DR. JÜRGEN MARGRAF ORDINARIUS DER ABTEILUNG KLINISCHE PSYCHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE INSTITUT FÜR PSYCHOLOGIE DER UNIVERSITÄT BASEL</p> <p>MISSIONSSTR. 60-62 CH-4055 BASEL</p> <p>TEL. **41-61-2670658 Juergen.Margraf@unibas.ch</p> |
|---|--|

Hamburg und Basel, 15. 1. 2006

**Hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie eine Störungsspezifische Zulassung
(zur Ausbildung) von Psychotherapieverfahren empfohlen?**

Als erste Vorsitzende – alternierend – des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) in den Jahren 1998-2003 überrascht uns eine Entwicklung, die sich auf Entscheidungen des WBP beruft, die in dieser Form nie getroffen wurden. Offensichtlich besteht beim BM Gesundheit, bei den Landesministerien für Gesundheit, bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, bei den Krankenkassen und weiteren Behörden und Verbänden eine Tendenz, die Ausbildung in bestimmten Psychotherapieverfahren nur für die Indikationsbereiche zulassen, in denen sie angeblich vom WBP als empirisch effektiv bestätigt wurden. Wir beziehen uns hier stellvertretend auf den Vortrag von Herrn Dr. R. Hess von der KBV beim BPtK-Symposium am 5. 4. 05.

Dieser Vorgehensweise liegt eine Verkennung zu Grunde. Als der WBP sich konstituierte, hatte er zuerst eine Auslegung des Begriffs der Wissenschaftlichkeit im Sinne des Psychotherapeutengesetzes vorzunehmen. Diese Interpretation wurde auf unterschiedlichen Ebenen diskutiert und hätte ganz anders erfolgen können, als es dann geschah. Der WBP entschloss sich einstimmig für eine pragmatische Lösung. Wir gingen davon aus, dass ein Verfahren, das für die Zulassung zu empfehlen war, 1. eine nachvollziehbare Theorie von Krankheit (Störung) und (deren) Heilung, 2. eine gewisse Breite in der Indikation (Gültigkeit) und 3. überprüfbare Belege der Wirksamkeit nachweisen müsse. Diese Hauptpunkte wurden operationalisiert und der interessierten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Der WBP ging davon aus, dass seine Empfehlungen – weil sie von unterschiedlichen Interessengruppen aufmerksam beobachtet wurden – in allen Phasen transparent und nachvollziehbar sein müssten. Die Publikation aller Schritte der Entscheidungsprozesse des WBP war von keiner Seite gefordert worden, ihre Unterlassung wäre aber für die schwierige Aufgabe, der sich der WBP gegenüber sah, seinerzeit sicher nachteilig gewesen. Zu keinem Zeitpunkt aber war es in den Diskussionen des WBP erörtert oder auch nur angedacht worden, dass sich diese Begründungen der Empfehlungen jemals verselbstständigen könnten.

Die Prüfung der Indikationsbreite eines Verfahrens erfolgte pragmatisch über 12 Indikationsfelder. Diese Felder orientierten sich an der 10. Auflage der ICD. Man hätte auch 4, 6, 10 oder 15, 20 bis hin zu so vielen Feldern nehmen können, wie die ICD-10 Diagnosen aufweist. Der WBP hat sich für eine mittelgroße Gruppierung von 12 Störungsgruppen entschieden, obwohl z. B. die Behandlung von Angststörungen etwas durchaus anderes ist als die von Zwangstörungen; oder obwohl die Behandlung einer einfachen Angststörung hinsichtlich Aufwand und genereller Morbidität etwa der Behandlung einer Persönlichkeitsstörung gegenüber schwer vergleichbar ist. Schließlich erfolgte der Beschluss für dieses Procedere in der gesicherten Kenntnis, dass monosymptomatische Störungen im Feld der Versorgung die Ausnahme und multimorbide Patienten die Regel sind. Dieses dem WBP zu jeder Zeit bewusste „Mischen von Äpfeln und Birnen“ machte nur dann Sinn, wenn man das damalige Ziel des WBP, nämlich einer Prüfung der Indikationsbreite der zu begutachtenden Verfahren würdigt. Berücksichtigt man diese Ausgangsbasis, dann wird die sich abzeichnende Praxis, aus den Begründungen des WBP für die Empfehlung der Zulassung eines bestimmten Verfahrens herauszulesen, dass nur umschriebene Indikationsfelder belegt seien, vollends nicht nachvollziehbar. Das Gegenteil ist der Fall: Aufgrund der erwiesenen Wirksamkeit in einer Reihe von Feldern wurde ja gerade auf eine ausreichend gesicherte Generalität der Wirkung geschlossen und deshalb im einen positiv geprüften Fall die Zulassung zur allgemeinen Ausbildung empfohlen. Einzige Ausnahme stellt die Neuropsychologische Therapie dar, für die entsprechend den bisherigen Erfahrungen, vom WBP ausschließlich der Einsatz bei hirnorganischen Störungen empfohlen wurde.

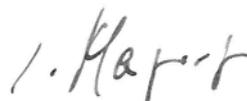
Es liegt auch ein logischer Fehler darin, hier nun in abweichender Auslegung zu einem anderen Schluss zu kommen als das Gremium der Experten, das der WBP darstellte und darstellt. Wir versuchen uns konkret vorzustellen, wie diese sich abzeichnende Praxis aussähe, wenn der WBP seinerzeit eine andere Prüfpraxis der *Wissenschaftlichkeit* gewählt hätte, die das Gesetz ja in keiner Weise vorgegeben war.

Schließlich: Um die weitgehende Simplifizierung, die dieser Umgang mit Empfehlungen des WBP beinhaltet, zu verdeutlichen, sei auf die internationale Position verwiesen. 1986 veröffentlichten K. Howard und D. Orlinsky auf der Basis großer Metaanalysen ihr heute weitgehend anerkanntes „Prozess-Wirkungs-Modell“. Nach dieser Analyse hing der Erfolg von Psychotherapie – vereinfacht – von 4 Faktoren ab: von der Person des Patienten (und ihrer Struktur), von der Person des Therapeuten (zweifach, zum einen seiner Persönlichkeit, zum anderen seiner Therapietechnik), von der Art der Störung des Patienten und vom Krankheitsmodell des Therapeuten in Interaktion mit der Fähigkeit des Patienten von diesem zu profitieren. Dieser Beitrag erschien bereits in der Auflage von 1986 des mittlerweile zum Referenzwerk überhaupt gewordenen „Handbook of Psychotherapy and Behaviorchange“ von Bergin & Garfield. In der aktuellen 5. Auflage (Hg. M. Lambert, 2004) ist der ganze Buchteil, der sich der Frage der Effektivität und Effizienz von Psychotherapien widmet, in vier Kapitel aufgeteilt, die weitgehend diesen 4 Faktoren von Howard & Orlinsky entsprechen. Eine ausschließlich störungsspezifische Therapieindikation ist hieraus nicht abzuleiten.

Wir verbinden mit diesem Schreiben die Erwartung, das bei den Ministerien, Gesundheitsbehörden, Selbstverwaltungskörperschaften und Krankenkassen in Deutschland offensichtlich entstandene Missverständnis aufzulösen, der als Arbeitsinstrument dienende simplifizierte Katalog sei an sich ein geeignetes Instrument und werde als solches vom WBP empfohlen, um Psychotherapieverfahren in Teilbereiche aufzulösen und diese jeweils als wissenschaftlich zu bestätigen oder zu verwerfen.



Prof. Dr. S. O. Hoffmann, Hamburg



Prof. Dr. J. Margraf, Basel

Vorsitzende des WBP von 1998 - 2003

Psychotherapieverbände Gesprächskreis II

15. März 2006 7

PSYCHOTHERAPIEVERBÄNDE
GESPRÄCHSKREIS II

Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 1763
z. Hd. Herrn Dr. Hess
53707 Siegburg

BUNDESGESCHÄFTSSTELLE BAMBERG
Dr.-Haas-Str. 4
96047 Bamberg
Telefon 0951-2085211
Telefax 0951-2085215
E-Mail-Adresse: info@avm-d.de
Internet: <http://www.avm-d.de>

Postadresse: AVM-D, Dr.-Haas-Str. 4; 96047 Bamberg

| | | | | | | |
|------------------------------------|---------------|------|------|------|-------|---------|
| Gemeinsamer Bundesausschuss | | | | | | |
| Abteilung I | | | | | | |
| Eingang: | 15. März 2006 | | | | | |
| Original: | M. Walmsley | | | | | |
| Kopie: | | | | | | |
| Vorsitzender | GF | S1St | S2St | Prüf | Verw. | Abt. II |

Bamberg, den 06.03.2006

Anerkennungsverfahren Gesprächspsychotherapie

Sehr geehrter Herr Dr. Hess,

der Gesprächskreis II der Psychotherapieverbände hat auf seiner letzten Sitzung eine gemeinsame Stellungnahme verabschiedet, die wir Ihnen als derzeit geschäftsführender Verband zur Kenntnis bringen möchten.

Das Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie ist durch Missverständnisse erschwert und verzögert worden, die aufgrund der Prüfungsweise des Wissenschaftlichen Beirats entstanden sind. Aus der Tatsache, dass die Wissenschaftlichkeit der GPT - wie auch die der anderen Verfahren - vom WBP nach 12 Anwendungsbereichen/ Indikationsfeldern geprüft wurde, wurde die Schlussfolgerung gezogen, das Verfahren sei nur für umschriebene Indikationsfelder zuzulassen. Mit dem Nachweis der Wirksamkeit in wesentlichen Indikationsbereichen sah der WBP jedoch die Wirksamkeit der GPT in ihrer Generalität als erwiesen an, weshalb er die Zulassung zur allgemeinen Ausbildung empfahl.

Nach derzeitigem Stand der Psychotherapieentwicklung und der Psychotherapieforschung ist eine einzelheitliche, z.B. diagnosebezogene Bewertung nicht möglich, da es an normierbaren Erkenntnissen fehlt (vgl. Stellungnahme des WBP zur Psychotherapie-Evaluationsforschung und zum „Förderprogramm Psychotherapie“ des BMBF).

Bei der Beurteilung von wissenschaftlichen Untersuchungen ist zu berücksichtigen, dass Untersuchungen an ausgewählten monosymptomatischen Populationen kaum durchzuführen sind. In Deutschland machen behandlungsbedürftige Patienten von ihrem Recht der freien Therapeutenwahl Gebrauch. Eine Auswahl würde mit vertragstherapeutischen Verpflichtungen kollidieren und an ethische Grenzen stoßen, da jeder Kranke einen Anspruch auf medizinisch notwendige Behandlung hat. Bei Durchführung einer Akquise von Probanden würde man daher Populationen generieren, die mit denen im ambulanten Behandlungsspektrum nicht zu vergleichen sind. Daher können auch in Zukunft nur selten EbM-Studien der obersten Evidenz-Stufen an komorbid Erkrankten durchgeführt werden, wobei die Komorbidität deren Zuordnung zu einzelnen Indikationsbereichen erschwert. Demgegenüber besteht aber hierzulande die Möglichkeit, Feldstudien an Patienten in Versorgungspraxen durchzuführen, die hinsichtlich Art und Häufigkeit des Vorkommens seelischer Störungen epidemiologisch relevant und repräsentativ sind.

Eine Beschränkung der GPT-Zulassung auf bestimmte Indikationsbereiche ist auch aus behandlungstechnischen Gründen abzulehnen: Der überwiegende Anteil der ambulant behandelten Patienten leidet „komorbid“ bzw. im Krankheitsverlauf an Störungen, die unterschiedlichen Kategorien zuzuordnen sind. Eine Ausrichtung an Störungsspezifität würde zu einer Zergliederung von einem zumeist ineinandergreifenden Krankheitsgeschehen in Einzelaspekte führen und damit

zu einer Aufgliederung in Behandlungs-Zuständigkeiten mit dann entsprechend auseinandergerissenen Behandlungs- und Patientenkarrerien.

Eine Aufteilung der Psychotherapie in Teilbereiche und deren gesonderte Bestätigung ist also weder aus der Arbeitsweise des WBP abzuleiten (wie aus dem Schreiben von Prof. Hoffmann und Prof. Margraf vom 15.01.2006 hervorgeht), noch aus der Psychotherapieforschung. Sie kann auch aus behandlingstechnischen Gründen nicht verantwortet werden. Deshalb ersucht der GK II den GBA, das Prüfverfahren im Sinne der Zulassung zum gesamten psychotherapeutischen Versorgungsspektrum durchzuführen und noch vor dem Ende der Übergangsfrist der neuen Verfahrensordnung abzuschließen. Auch künftig sollte bei möglichen Anträgen weiterer Psychotherapieverfahren eine Überprüfung auf sozialrechtliche Zulassung zum gesamten psychotherapeutischen Versorgungsspektrum erfolgen.

Wir bitten Sie diese Stellungnahme des GK II allen mit diesem Thema betrauten Gremien zur Kenntnis zu bringen.

Auf Nachfragen stehen wir Ihnen gerne auch kurzfristig telefonisch, wie schriftlich zur Verfügung.

Mit den besten Grüßen



DP/PP Rainer Knappe
1. Vorsitzender der AVM-D



Verbände Gesprächskreis II:

Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände (**AGPF**)
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation e.V. (**AVM**)
Berufsverband der approbierten Gruppenpsychotherapeuten (**BAG**)
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (**BKJ**)
Berufsverband der Psychologischen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker (**BPP**) in der **DGPT**
Bundesverband der Krankenhauspsychotherapeuten (**BVKP**)
Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. (**BVKJ**)
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (**bvvp**)
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (**DFT**)
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (**DGAP**)
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie (**DGAPT**)
Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (**DGIP**)
Deutsche Gesellschaft für Körperpsychotherapie (**DGK**)
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (**DGPs**)
Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (**DGPSF**)
Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. (**DGfS**)
Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (**DGSF**)
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (**DGVT**)
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (**DPG**)
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (**DPV**)

Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (**DPGG**)
Gesellschaft zur Förderung der Methodenvielfalt in der Psychologischen Psychotherapie e.V.
(**GMVPP**)
Gesellschaft für Neuropsychologie (**GNP**)
Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (**GwG**)
Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (**M.E.G.**)
Neue Gesellschaft für Psychologie (**NGfP**)
Sektion Analytische Gruppenpsychotherapie im **DAGG**
Systemische Gesellschaft (**SG**)
Verband für Integrative Verhaltenstherapie (**VIVT**)
Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V. (**VPP im BDP**)
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (**VAKJP**)