

# Projekt Psychotherapie

## 02/2009

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes  
der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Euro 6,00 · [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)



## Gruppenpsychotherapie

Viele Therapeuten schrecken heute vor der fachlichen und persönlichen Herausforderung zurück. In der Gruppenpsychotherapie stecken aber viele ungenutzte Chancen. Zeit für ein Comeback

### Nachwuchs in der Schuldenfalle

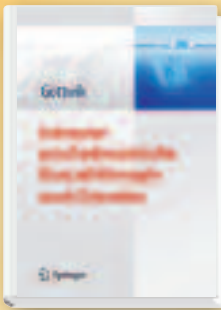
Wenn jetzt nicht gegengesteuert wird, droht den jungen Kollegen das Aus eigener Praxistätigkeit. Was ist die Lösung im Generationenkonflikt?

### Ungesicherte Zukunft der Psychotherapie

Das zehnjährige Jubiläum des PTG ist kein Grund zum Ausruhen. Ungelöste Fragen gehen an die Substanz: düstere Aussichten und neue Herausforderungen

### Aufbruch ins Ungewisse

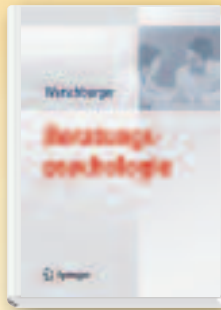
Der AOK-Hausarztvertrag erschüttert die Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich. Kann die neue Vertragslandschaft im Kollektivvertragssystem Fuß fassen?



**G. Gottwik**

- ▶ Ein in Deutschland neues Therapiekonzept ausführlich erläutert
- ▶ Bisher das einzige deutschsprachige Werk zur IS-TDP

2009. X, 350 S. 4 Abb. in Farbe. Geb.  
€(D) 39,95; €(A) 41,07; \*sFr 62,00  
ISBN 978-3-540-89386-8



**P. Warschburger**

- ▶ 4 große Anwendungsfelder der Beratung: Klinische, Pädagogische, A&O- und Gesundheitspsychologie
- ▶ Diskussion neuerer Ansätze: transtheoretisches Modell, Konzept des Motivational Interviewing, Fragen der mediengestützten Beratung

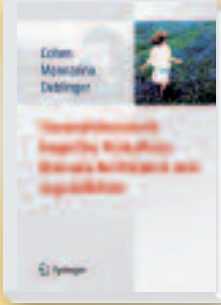
2009. XII, 277 S. 24 Abb. Geb.  
€(D) 34,95; €(A) 35,93; \*sFr 54,50  
ISBN 978-3-540-79060-0



**J. Körkel, C. Schindler**

- ▶ Das S.T.A.R.- Programm gehört zu den erfolgreichsten Rückfallpräventionsprogrammen
- ▶ Getestet und evaluiert

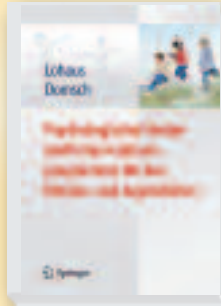
2. Aufl. 2009. 510 S. 78 Abb. Mit 16 Arbeitsbögen, 21 Infoblätter Notfallpass. Mit CD-ROM. Brosch.  
€(D) 39,95; €(A) 41,07; \*sFr 62,00  
ISBN 978-3-540-79562-9



**J. Cohen et al.**

- ▶ Der neue, erfolgreiche Ansatz, erstmals in deutschsprachiger Veröffentlichung
- ▶ Direkt umsetzbar in die Praxis durch konkrete Beispieldialoge, Arbeitsblätter, Problemlösungsmuster

2009. Etwa 215 S. 2 Abb. Brosch.  
€(D) 34,95; €(A) 35,93; \*sFr 54,50  
ISBN 978-3-540-88570-2



**A. Lohaus, H. Domsch**

- ▶ Erster Gesamtüberblick über wissenschaftlich geprüfte Förderprogramme
- ▶ Einheitliche Vorstellung der Verfahren, mit praktischer Vergleichstabelle

2009. Etwa 310 S. Brosch.  
€(D) 39,95; €(A) 41,07; \*sFr 62,00  
ISBN 978-3-540-88383-8



**S. Schneider, J Margraf**

- ▶ Das Standardwerk jetzt mit Extra-Band für das Kindes- und Jugendalter
- ▶ Konsequent praxisorientiert
- ▶ Viele Fallbeispiele

2009. Etwa 1100 S. 50 Abb. Geb.  
€(D) 79,95; €(A) 82,19; \*sFr 124,00  
ISBN 978-3-540-79544-5



**A. Maercker**

- ▶ Jetzt neu mit Grundlagen und ausführlichen Anwendungsbeispielen
- ▶ Ein Buch für alle Aspekte rund um die PTSD

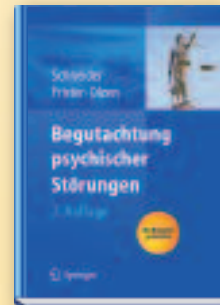
3. Aufl. 2009. Etwa 360 S. 20 Abb. Geb.  
ca. €(D) 49,95; €(A) 51,35; \*sFr 77,50  
ISBN 978-3-540-88488-0



**M. Bachmann, A. El-Akhras**

- ▶ Materialien zur Vorbereitung für Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen
- ▶ Hilfe für den Patienten im Falle eines drohenden Rückfalls

2009. VI, 180 S. Brosch.  
€(D) 39,95; €(A) 41,07; \*sFr 62,00  
ISBN 978-3-540-89225-0



**F. Schneider et al.**

- ▶ Übersichtliche, knappe Darstellung aller relevanter Fakten zum Thema Begutachtung
- ▶ Mit ausführlichem Beispielgutachten und vielen praktischen Tipps

2. Aufl. 2009. 415 S. 3 Abb. Geb.  
ca. €(D) 74,95; €(A) 77,06; \*sFr 116,50  
ISBN 978-3-540-68655-2

€(D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; €(A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt. sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

090068x

# Wissen bewegt, gestaltet, verändert!

springer.de



## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

dieses Heft ist ein besonderes Heft, denn das Thema – Gruppe – findet seine Entsprechung in der Art der Erstellung und der damit verbundenen Zusammenarbeit: Wir freuen uns außerordentlich über das gelungene und kreative Zusammenwirken des Berufsverbandes der approbierten Gruppenpsychotherapeuten (BAG) mit dem bvvp, das für das Gelingen dieses Heftes grundlegend war, und danken ganz besonders herzlich dem 2. Vorsitzenden des BAG, Herrn Dr. med. Heribert Knott. Kräfte gemeinsam zu bündeln macht Sinn. Dieses Heft ist ein Beleg dafür. Wir sind sicher, dass für alle, die bereits mit Gruppen arbeiten, die Beiträge sehr lesenswert sind, und hoffen, damit auch noch bei weiteren Therapeuten das Interesse für ein eigenes Arbeiten mit Gruppen wecken zu können, denn der psychotherapeutischen Versorgung mangelt es nach wie vor an ambulanten Psychotherapiegruppen.

In der großen Politik feiert das Gegeneinander und vor allem auch wieder das „Gegen die Psychotherapie“ hingegen republikweit fröhliche Urstände. Während in der Ärzteschaft die Unzufriedenheit über die eigene Honorarsituation täglich wächst, suchen die Entscheidungsträger fieberhaft nach Schuldigen. Das Schema ist so alt wie abgedroschen. Die Politik weist alle Verantwortung von sich und zeigt auf die Kassenärztliche Vereinigung (KV). Die KVen ihrerseits verweisen wiederum auf die Politik und auf die Psychotherapeuten. Sie sollen einmal mehr an den Honorarverlusten der anderen Fachgruppen schuld sein, verzeichnen sie doch überproportionale Gewinne, wohingegen beispielsweise die Orthopäden überall enorme Umsatzeinbrüche erleiden. Entsprechend liest sich der Medizinklimaindex Frühjahr 2009 der Stiftung Gesundheit. Annähernd zwei Drittel der Ärzte in Deutschland schätzten ihre wirtschaftliche Perspektive für die kommenden sechs Monate schlechter ein als noch vor einem halben Jahr, insbesondere niedergelassene Ärzte und Zahnärzte. Nur die Psychotherapeuten seien optimistisch.

Herr Prof. Fritz Beske, Leiter des Kieler Instituts für Gesundheits-System-Forschung (IGSF), recycelt dazu passend altbekannte Rezepte, bei denen er sich der Zustimmung eines Großteils der Ärzteschaft sicher sein kann. Wenn man die Psychotherapie reglementiert, geht's doch sicher allen gleich viel besser. Er schlägt einen Neuzuschnitt des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einen Mix aus Grund- und Zusatzversorgung mit transparenten Festbeträgen, Festzuschüssen und Zuzahlungen vor:

- Abschaffung der Praxisgebühr, vorläufige Gebühr von zehn Euro ab dem vierten Arztbesuch wegen nachgewiesenermaßen mangelnder Steuerungsfunktion
- Zehn Euro für jeden Hausbesuch
- Wegfall der Zuzahlungsgrenze von 28 Tagen bei Klinikaufenthalt (Einsparpotenzial von zirka 650 Millionen Euro)
- **Zehnprozentige Eigenbeteiligung bei psychotherapeutischer Behandlung**
- Ersatz der bisher gültigen Zuzahlung bei Arzneimitteln in Höhe von fünf bis zehn Euro je Packung durch die Kombination einer festen Zuzahlung in Höhe von fünf Euro und einer Zuzahlung in Höhe von zehn Prozent der Differenz zum Preis des Arzneimittels, maximal 20 Euro
- Wegfall der Zuzahlungsgrenze von einem Prozent für chronisch Kranke
- Umstellung der Kostenübernahme bei der künstlichen Befruchtung: GKV, Staat und Paare mit Kinderwunsch sollen künftig je ein Drittel der Kosten tragen. Bisher zahlen GKV und die Paare hälftig

Jetzt muss Herr Beske nur noch erklären, wieso es besser sein soll, Gesunde, Leichtkranke und kinderlose Paare zu entlasten und Kranke, die den Arzt, Psychotherapeuten, Medikamente oder Klinikaufenthalte häufiger brauchen, zu belasten. Das ist unsozial und ein gesellschaftspolitischer Rückschritt! Da kann man nur hoffen, dass sich auch die CDU daran erinnern wird, dass ihr schon bei der letzten Wahl der Beigeschmack des Unsozialen nicht gut bekommen ist.

Mit freundlichen Grüßen, Ihre Birgit Clever, 1. Vorsitzende des bvvp



# Projekt Psychotherapie

## 02/2009

Das Magazin des Bundesverbandes  
der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V.



Illustration und Titelbild: Jennifer Kuck

### Wissen

- 05 **Wie gewonnen, so zerronnen?**  
Das Konzept des Zeitkontingents erfasst erstmals die Arbeitsweise der Psychotherapeuten korrekt. Reicht aber für mögliche Mengenausweitungen das Geld?
- 08 **Interessenvertreter bewähren sich**  
Erfreuliche Ergebnisse der Frühjahrs-Delegiertenversammlung
- 09 **Nachwuchs in der Schuldenfalle**  
Wenn jetzt nicht gegengesteuert wird, droht den jungen Kollegen das Aus eigener Praxistätigkeit. Was ist die Lösung im Generationenkonflikt?
- 10 **Ungesicherte Zukunft der Psychotherapie**  
Das zehnjährige Jubiläum des PTG ist kein Grund zum Ausruhen. Die ungelösten Fragen gehen an die Substanz: düstere Aussichten und neue Herausforderungen für den bvvp
- 12 **Das begutachtete Gutachten**  
Was muss sich an der Ausbildung zum Psychotherapeuten ändern? Ein Forschungsgutachten soll Licht ins Dunkel bringen

### Meinung

- 14 **Positionen des bvvp zum Forschungsgutachten**  
Welche Zugangsvoraussetzungen und Schwerpunkte sind für die psychotherapeutische Ausbildung geboten?
- 15 **Aufbruch ins Ungewisse**  
Der AOK-Hausarztvertrag erschüttert die Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich. Kann die neue Vertragslandschaft im Kollektivvertragssystem Fuß fassen?

- 37 Vertraulich
- 36 Literatur
- 38 Marktplatz, Impressum
- 38 Veranstaltungskalender
- 39 Ausblick auf Heft 03/2009

### Schwerpunkt Gruppenpsychotherapie

- 19 **Gruppenpsychotherapie als Herausforderung**  
Gruppenpsychotherapie wirkt. Viele Vorteile der Gruppentherapie gibt es in der Einzelbehandlung nicht. Woran krankt das schmale Angebot?
- 21 **Keine Angst vor Gruppen – es lohnt sich!**  
Wie weit ist die Gruppenpsychotherapie erforscht? Ist die Wirksamkeit bewiesen oder ist der Stand noch unzureichend?
- 22 **Das menschliche Gehirn ist ein soziales Organ**  
Gruppenanalyse und Neurowissenschaften sind eng verwandt. Psychische Störungen spiegeln ein soziales Ungleichgewicht wider
- 24 **Haben Sie Lust, Gruppentherapie anzubieten?**  
Formale Voraussetzungen und konzeptionelle Vorüberlegungen im Überblick
- 26 **Am Puls der Gruppe**  
Viele suchtkranke Patienten erleben ihre Erkrankung als schicksalhaft. Gruppenteilnehmer kämpfen oft mit Scham und Schuld. Ein Erfahrungsbericht
- 27 **„Zurück zu den Anfängen“**  
Gruppenlehranalytiker Rolf Haubl fordert im Interview die Weiterentwicklung der Gruppenpsychotherapie für eine „individualisierte“ Gesellschaft
- 29 **Gemeinschaft aus katholischer Sicht**  
Ein Blick in die Zweite Enzyklika „SPE SALVI“
- 30 **Freie Bahn für die Gruppentherapie**  
Die Gruppenpsychotherapie steckt im Stau. Viele Therapeuten fühlen sich überfordert. Wie kommt die Gruppe in Fahrt?
- 31 **Das gruppenadäquate Gutachten**  
Der Bericht im Krankenkassenantragsverfahren muss analog zur Einzelpsychotherapie entschlackt werden
- 32 **Zwischen Vision und Wirklichkeit**  
Der DAGG steckt im Stimmungstief – das Interesse an Gruppenarbeit geht zurück. Von der Gründungsidee zur heutigen Verfasstheit
- 34 **Der Mehrwert steckt im Unterschied**  
Die IAGP bringt Gruppenarbeit international auf einen Nenner
- 34 **Abschied von Kurt Höck**  
Ohne „Vater Höck“ hätte es Gruppenpsychotherapie in der DDR so nicht gegeben
- 35 **Glossar**  
Die wichtigsten Begriffe zur Gruppe

## Wie gewonnen, so zerronnen?

*Erstmals wird die Arbeitsweise der Psychotherapeuten mit dem Konzept des Zeitkontingents korrekt abgebildet. Die Möglichkeit zur Mengenausweitung lässt aber Befürchtungen aufkommen, dass das Geld nicht reicht. „Konvergenz“ und „Psychotherapeutischer Vergütungsbereich“ sind die Überschriften, unter denen es den Psychotherapeuten an den Kragen gehen könnte*

Von Jürgen Doebert, kooptiertes Vorstandsmitglied bvvp

Ab dem 1. Januar 2009 gelten die im letzten Jahr beschlossenen Veränderungen: Bundesweit beträgt das Honorar für eine Einzel-Psychotherapie-Sitzung 81 Euro. Diese Erhöhung bedeutet in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sehr Unterschiedliches. Das Spektrum reicht von leichtem Verlust bis zu 17 Euro mehr pro Sitzung. Diese Unterschiedlichkeit wurde von allen Psychotherapeuten in der Regel akzeptiert, da nun eine überregionale Ausgeglichenheit der Honorare und damit die Basis für deutschlandweite Solidarität erreicht ist.

Genauso gilt ab dem 1. Januar 2009 das Zeitkontingent, eine Regelung, die für zirka 90 Prozent aller Psychotherapeuten relevant ist. Diese Regelung ist in mehrfacher Hinsicht eine systemüberwindende Neuerung, deren geradezu revolutionären Aspekte erst langsam klar werden. Erstmals wird eine Mengengrenzung nicht durch die Anzahl von Patienten oder durch die Menge an Punkten pro Patient oder pro Praxis definiert, sondern durch die auf den Arzt oder Psychotherapeuten bezogene Arbeitszeit pro Tag, Woche oder Quartal. Diese Systematik passt natürlich sehr gut zu der „Stundenlohn-Systematik“ psychotherapeutischer Arbeit, während die bisherige Systematik mit Fällen und Punkten zu der Arbeitsweise des typischen Arztes passt, die man als Akkordarbeit bezeichnen kann: Das Einkommen des Arztes hängt davon ab, wie effizient er seine Praxis organisiert und wie viel abrechenbare Leis-

tung er pro Zeiteinheit erbringen kann. Die im Zeitkontingent vorhandenen Zeiten orientieren sich – insbesondere aus rechtlichen Gründen – an der sogenannten voll ausgelasteten Praxis. Dies lässt für die Masse der Psychotherapeuten eine Mengenausweitung sowohl bei den nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen als auch bei den genehmigungspflichtigen Leistungen zu, da bisher die vorhandene Zeit nicht ausgenutzt wurde. Ob real eine solche Mengenausweitung stattfindet, weiß zurzeit niemand. Erst wenn die Honorarabrechnung für das erste Quartal vorliegt, wird es erste Hinweise geben. Erst wenn die Abrechnungen von vier Quartalen vorliegen, kann man vernünftige Aussagen machen. Das wäre im Juli 2010.

### Lotto-Könige mit 60.000 Euro Umsatz im Jahr

Trotzdem sind sich alle KV-Funktionäre und Arztgruppen sicher, dass die Psychotherapeuten durch ihre Honorarerhöhung geradezu gigantische Lotto-Könige geworden sind und dass sie nun binnen kurzer Zeit die freien Minuten ihres Zeitkontingents auffüllen würden. Dafür würde aber in der Tat das neue Geld für die Psychotherapie nicht reichen.

Und schon gibt es viele kreative Vorschläge, wie man diesem Euro-Hunger der Psychotherapeuten Grenzen setzen kann.

Dies schlug sich in zwei intensiv diskutierten Entwicklungen nieder: Angesichts einer heftigen Verlierer-Gewinner-Diskussion innerhalb der KVen zwischen den Arztgruppen, aber auch innerhalb jeder Arztgruppe wurden Konvergenzregelungen gefordert und umgesetzt. Die Zeitkontingent-Regelung löste die Sorge aus, dass Psychotherapeuten in eine nicht finanzierbare Mengenausweitung hineinlaufen würden.

„Konvergenz“ ist ein schönes Wort für die Vermeidung von Umverteilung. Wenn in einer KV sehr viele sogenannte Verlierer sind, hat der KV-Vorstand ein Interesse, dieser Gruppe zu helfen. Das kann er aber nur, wenn es eine Befreiung von der vorgeschriebenen Verteilungssystematik gibt. Dies hat der Bewertungsausschuss durch zwei Beschlüsse zur Konvergenz getan. Der Effekt ist, dass die KVen, wenn nötig, das Ausmaß der Verluste auf zum Beispiel fünf Prozent begrenzen und das dafür notwendige Geld bei denen eintreiben können, die gegenüber dem Vorjahresquartal dazugewonnen haben.

Angesichts der Vorstellung, dass bei den Psychotherapeuten größere Gewinne zu verzeichnen sind, sollten auch alle Leistungen der Psychotherapeuten zur Finanzierung der Begrenzung der Verluste anderer Arztgruppen herangezogen werden.

Dabei wird zunächst übersehen, dass dabei eine Gruppe, die zwischen 60.000 Euro und 70.000 Euro Umsatz im Jahr hat, zur

Unterstützung von Arztgruppen herangezogen werden sollte, deren Umsätze pro Jahr über 200.000 Euro liegen.

Es muss hier aber erwähnt werden, dass die psychiatrischen Fachgruppen durch die Veränderung der Mengensteuerungssystematik dermaßen in Not geraten sind, dass eine unmittelbare Abhilfe unbedingt notwendig ist. Diese Tatsache ist inzwischen bei Politikern und Journalisten angekommen, sodass sie überall erwähnt wird. Hintergrund ist aber die gleiche Dynamik, unter der auch die Psychotherapeuten immer wieder gelitten haben: Psychische Krankheit unterliegt ganz besonderen Abwehrprozessen. Alle, die damit als Ärzte oder Patienten zu tun haben, unterliegen dem gleichen Prozess von mangelnder Empathie, Wegschauen, Nichtwahrhabenwollen und Rücküberweisung von Schuld.

### *Es gibt schon viele kreative Vorschläge, wie man den Euro-Hunger der Psychotherapeuten begrenzen kann*

Wieder einmal erwiesen sich aber die Gesetzgebung und die Bundessozialgerichts-Rechtsprechung (BSG) als entscheidender Schutz. Im zweiten Konvergenzbeschluss vom 27. Februar 2009 wurden die genehmigungspflichtigen Leistungen des Kapitels 35.2. im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ausdrücklich vom Einbezug in die Konvergenz ausgenommen.

Die nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen hingegen können einbezogen werden. Da die KVen aber erst Ende Juni wissen, ob und wie viel Geld ihnen fehlt, wird man auch erst im Laufe des Juli 2009 wissen, wie viel Geld dies die Psychotherapeuten kosten wird.

Überall, wo es Konvergenzregelungen gibt, ist jedoch zu fordern, dass bei Psychotherapeuten folgender Sachverhalt berücksichtigt wird: Wenn Psychotherapeuten im

Vertrauen auf das Zeitkontingent ihre Praxis in Richtung auf mehr nichtgenehmigungspflichtige Leistungen umgestellt haben, erbringen sie gleichzeitig bei den genehmigungspflichtigen Leistungen weniger Leistungen. Daher muss hier ein rechnerischer Ausgleich gefunden werden.

Insgesamt wird die Konvergenzregelung von den KVen als eine Art generelle Härtefallregelung aufgefasst, bei der man sich sozusagen auf einen Ausnahmezustand beruft. Insofern ist damit zu rechnen, dass die Rechtsaufsicht für diese Notlage den KVen einen Übergangsspielraum zugesteht. Ob die Gerichte dem folgen, wird sehr spannend sein.

Von dieser Konvergenzregelung ist zu unterscheiden, was für die Zeit ab dem 1. Juli generell zur Mengensteuerung geplant ist.

In der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) taucht dies in folgender Weise auf: Am 27. Februar 2009 wurde ein sogenannter Ankündigungsbeschluss in den Bewertungsausschuss eingebracht und verabschiedet, mit dem eine Korrektur an der Mengensteuerung bei allen Arztgruppen und allen Leistungen ab 1. Juli 2009 vorgenommen werden soll. Aber es wurde zunächst nicht definiert, wie dies real aussehen sollte.

Bei den Psychotherapeuten in den Gremien löste dieser Ankündigungsbeschluss große Besorgnis aus. Was heißt die schöne Formulierung: „Eigener Vergütungsbereich Psychotherapie“? Soll das Zeitkontingent eingestampft werden? Sollen eventuell sogar die genehmigungspflichtigen Leistungen einer Begrenzung unterworfen werden? Sollen die Ärzte mit Zusatztiteln die gerade gewonnene Ausweitungsmöglichkeit wieder verlieren? Sollen die Psychiater daran gehindert werden, zu Lasten der psychiatrischen Versorgung auf Psychotherapie umzusteigen?

Zunächst wurde gegenüber der KBV ein deutliches Plädoyer dafür abgegeben, erst einmal abzuwarten, bis Daten vorliegen.

Untermuert wurde diese Idee mit dem Vorschlag, für das Zeitkontingent ein Modellprojekt einzurichten, bei dem auch bestimmte finanzielle Regelungen geklärt werden sollten.

Aber wieder entstand ein immenser Zeitdruck: Innerhalb des Monats März sollte dieses Problem zusammen mit vielen weiteren durch die Gremien gebracht werden. Glücklicherweise gibt es auch in verschiedenen KVen ein Gefühl der Erschöpfung, sodass es mehrere Stimmen gab, keine neuen Regelungen zu treffen, ehe nicht die Daten von mindestens einem Quartal vorliegen.

Auch der unparteiische Schlichter, Jürgen Wasem, ist inzwischen ein gebranntes Kind. Mehrfach hat er öffentlich zugestanden, dass manche Regelung vom August 2008 für 2009 mit zu heißer Nadel gestrickt wurde. Er hat sich fest vorgenommen, nur noch gut überprüfte Regelungen zu verabschieden.

### *Heiße Nadel oder ruhige Datenanalyse?*

Nun sollte am 30. März 2009 der Bewertungsausschuss ein Reparatur-Sofort-Programm in Bezug auf die Regelungen zur Mengenbegrenzung verabschieden, wie sie im letzten Jahr beschlossen worden waren. Aufgrund bestimmter Datenanalysen wurde diese Veränderung aber aufgeschoben. Damit verstreicht der Redaktionsschluss dieses Heftes, und es kann immer noch keine endgültige Entwarnung gegeben werden. Es ist allerdings äußerst unwahrscheinlich, dass in diesem Reparatur-Programm eine Mengenbegrenzung für die Psychotherapeuten enthalten sein wird.

Zusammen mit vielen weiteren Regelungen wurde somit auch eine grundsätzlichere Veränderung an der Mengensteuerung für die Psychotherapie aufgeschoben, und zwar auf den 1. Januar 2010. Zentrales Argument in den Gremien war die Tatsache, dass man doch mindestens ein oder zwei Quartale

abwarten müsse, ehe man – nur aufgrund vermuteter Mengenentwicklungen – neue Regelungen erlässt. Dies war auch ein Argument, das von den Psychotherapeuten vorgetragen wurde, verbunden mit dem Hinweis auf die BSG-Rechtsprechung, die eine Mengenbegrenzung der genehmigungspflichtigen Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen unterhalb der berühmten 36 Sitzungen pro Woche aus verschiedenen Gründen für nicht zulässig erklärte.

### **Entwarnung für 2010 mit 90 Prozent**

In der Vertreterversammlung der KBV am 26. März 2009 stellte der KBV-Vorsitzende Andreas Köhler seine Vorstellungen für die Regelungen ab 2010 vor. Die Diskussion darüber hat schon begonnen. Angesichts sehr unterschiedlicher regionaler Entwicklungen führen alle bundesweiten Regelungen immer

wieder zu Interessenkonflikten zwischen den KVen. Im Getümmel dieser Auseinandersetzungen müssen auch die psychotherapeutischen Interessen vertreten werden. Immerhin ist Zeit gewonnen, um eine sachgerechte Lösung für alle Arztgruppen zu finden, die Psychotherapie-Leistungen erbringen.

### **Die zentralen Forderungen der Psychotherapeuten müssen dabei sein:**

1. Erhaltung des Zeitkontingents und der dadurch entstehenden Möglichkeiten für neue Praxisstrukturen und für eine angemessene Diagnostik und für Konsiliar-dienste
2. Keine Mengenbegrenzung der genehmigungspflichtigen Leistungen unter der vom BSG definierten Grenze von 36 Sitzungen pro Woche
3. Übernahme des Mehrbedarfs an Honorar für Psychotherapie durch die Kassen bei

Mengenausweitung durch gesetzliche Regelungen (Einführung der KJP-Quote, Reduktion der Ärztequote, Einführung von halben Versorgungsaufträgen). Diese gesetzlichen Regelungen sollen alle zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung führen. Es wurde nur nicht geregelt, wer das bezahlen soll

4. Keine Rücknahme der Regelungen für Hausärzte und Fachärzte, die in geringerem Umfang Psychotherapie erbringen
5. Einführung einer Regelung, mit der psychiatrische Patienten sinnvoll behandelt werden können, zum Beispiel ein dem Zeitkontingent entsprechendes Regelwerk

Gleichzeitig werden die Diskussionen um die Rolle der KVen und der Selbstverwaltung immer heftiger. Der Wahlkampf beginnt und die Parteien streiten sich über die Gesundheitspolitik. In dieser Gemengelage rationale Entschlüsse herbeizuführen wird nicht ganz einfach sein. —

## **KOMMENTAR**

### **Sieg der Vernunft**

— **Zum 1. Juli 2009** werden keine weiteren umwälzenden Beschlüsse gefasst. Erst müssen Daten vorliegen, sonst ist das Vorgehen nur eine Flucht nach vorn, bei der so viel Schaden angerichtet wird, dass man am Ende noch schneller weiter fliehen müsste.

Uns Psychotherapeuten lässt diese Entscheidung Raum, die Daten zu analysieren und dann gemeinsam mit der KBV in Ruhe nach Regelungen zu suchen, die der Art der Leistungserbringung und auch einer sinnvollen Versorgung der Bevölkerung gerecht werden.

Lernen konnten wir aus den Beschlussentwürfen, dass eine KBV, die unter dem Druck empörter Ärzte steht, sehr schnell bereit ist, einmal gefundene sinnvolle Lösungen wie das Zeitkontingent wieder einzudampfen oder bis zur Unkenntlichkeit zu verändern.

Der Gesetzgeber hat durch seine Regelungen zur KJP- und zur Ärztequote sowie zu den halben Versorgungsaufträgen eine bessere psychotherapeutische Versorgung beabsichtigt. Leider fehlt dabei aber eine Regelung, wer die Kosten dafür übernehmen soll. Zwar ist es möglich, im Folgejahr einen gestiegenen Leistungsbedarf für psychotherapeutische Behandlungen als gestiegene Morbidität an die Kassen weiterzureichen. Im laufenden Jahr müssen solche Steigerungen jedoch aus den einmal

und abschließend von den Kassen überwiesenen Honoraren vergütet werden. Dieses Geld ist praktisch nicht vorhanden. Insofern ist zu fordern, klare Signale an die Politiker zu senden, hier Regelungen zu finden, die den gestiegenen Bedarf an Psychotherapie auch finanzieren. Es wäre äußerst unklug von den KVen, durch mengenbegrenzende Maßnahmen bei den Psychotherapeuten dieses Problem sozusagen mit den Bordmitteln der KV unter Selbst einschränkung der Ärzte und Psychotherapeuten diese Mittel aufzubringen. In immer neuen Statistiken und Reports wird die steigende Anzahl an psychischen Krankheiten festgestellt. Hier muss das Morbiditätsrisiko wirklich umgehend zu den Krankenkassen verlagert werden. Dies ist bisher nur in Schleswig-Holstein gelungen. —

## Interessenvertreter bewähren sich

*Die Frühjahrs-Delegiertenversammlung zeigt erfreuliche Ergebnisse. Der neu gewählte Vorstand repräsentiert alle im bvvp organisierten Berufsgruppen. Auf der Agenda standen außerdem die Verabschiedung einer Resolution zur Vergütung und ein Symposium zur Zukunft der Psychotherapieausbildung*

Von Frank Roland Deister, 1. stellvertretender Vorsitzender bvvp

Am 13. und 14. März 2009 hielt der bvvp in Göttingen turnusgemäß seine Frühjahrs-Delegiertenversammlung (DV) ab, zu der 44 Delegierte der 17 Landesverbände aus ganz Deutschland anreisten. Auf der Tagesordnung stand auch die Neuwahl des Vorstands. Alle bisherigen Vorstandsmitglieder wurden mit überwältigender Mehrheit wiedergewählt. Frau Dr. med. Birgit Clever, Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie, ist somit weiter die Vorsitzende, ebenso wie Dipl.-Psych. Dr. Frank Roland Deister und Martin Klett (KJP) erneut ihr erster und zweiter Stellvertreter wurden. Ebenfalls wiedergewählt wurden: Dipl.-Psych. Tilo Silwedel als Schriftführer, Dr. med. Reinhold Hildmann als Schatzmeister sowie Dr. med. Martin Kremser und Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Yvo Kühn als Beisitzer. Gleichfalls erhalten bleiben dem Vorstand die bewährten und unverzichtbaren kooperierten Vorstandsmitglieder Dipl.-Psych. Elisabeth Schneider-Reinsch und Dipl.-Psych. Jürgen Doeber sowie Norbert Bowe, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie als Vorstandsreferent.

Das Wahlergebnis ist insofern sehr erfreulich, als damit die Kontinuität der Arbeit durch jahrelang erprobte und bewährte Kollegen gewährleistet wird und außerdem alle im bvvp organisierten psychotherapeutischen Berufsgruppen im Vorstand wieder repräsentiert sind. So kann der bvvp als größter gemischter Psychotherapeutenverband mit zirka 4.200 Mitgliedern weiterhin mit Recht behaupten, die Interessen aller Psychotherapeuten gleichermaßen integrativ vertreten zu können.

Großes Interesse fand auch das Symposium zur Zukunft der Psychotherapieausbildung im Hinblick auf eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. Die versammelten Delegierten sprachen sich für Ausbildungs-

strukturen aus, die einen breiten Zugang zur Ausbildung über pädagogische und psychologische Masterabschlüsse ermöglichen und die praktische Ausbildung in den unterschiedlichen Verfahren gewährleisten. Sie forderten außerdem die umgehende Beendigung des bestehenden „sozialen Numerus Clausus“, unter anderem durch angemessene Bezahlung der praktischen Tätigkeit.

### **Kontinuität der Arbeit durch jahrelang erprobte Kollegen gewährleistet**

Abschließend wurde auf der DV außerdem eine Resolution zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen verabschiedet (Auszug):  
 ■ Mit der Einführung des Euro-Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) wurde ein jeweils Kassenärztliche Vereinigung (KV)-einheitliches Zeitkontingent errechnet. Dieses Zeitkontingent pro Quartal ermöglicht den unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlergruppen erstmals eine flexible, bedarfsgerechte Anwendung von unterschiedlichen psychotherapeutischen Leistungen. Bei Mengenausweitung über den Rahmen des Zeitkontingents hinaus wird eine radikalere Abstufung des Honorars als in anderen Fachgruppen erfolgen.

■ Das Zeitkontingent, das von allen psychotherapeutischen Behandlergruppen als Beitrag zu einer Versorgungssicherung von differenzierten Behandlungsangeboten begrüßt wird, muss im Sinne einer guten Versorgung erhalten und weiterentwickelt werden. Auch sollte für Psychiater eine vergleichbare Regelung über ein Zeitkontingent eingeführt werden, um die dort herrschenden eklatanten Versorgungs- und Vergütungsmissstände zu bereinigen.

■ Psychotherapeutische Leistungen unterliegen bereits einer Mengensteuerung auf-

grund der Psychotherapierichtlinien und des EBM. Antragspflichtige Psychotherapie wird außerdem durch ein Gutachtenverfahren gesteuert und genehmigt, das sonst in keinem ärztlichen Bereich üblich ist.

■ Psychotherapeuten haben einen Sicherstellungsauftrag im Rahmen ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit wie andere ärztliche Gruppen auch. Verschiedene Erhebungen unter anderem in den Gesundheitsreports der Krankenkassen belegen, dass der Anteil psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft zunimmt, die einer fachgerechten Versorgung bedürfen.

■ Seitens der Krankenkassen wurden bundesweit für die psychotherapeutische Versorgung 160 Millionen Euro neu in die Gesamtvergütung eingestellt. Sollten zusätzliche finanzielle Mittel zur Finanzierung der ambulanten Versorgung notwendig werden, so sind Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), KVen und Krankenkassen gefordert, in Nachverhandlungen einzutreten und morbiditätsbezogene Lösungen zu finden.

■ Der bvvp wird sich daher mit aller Kraft für den Erhalt und die Weiterentwicklung dieses neuartigen Konzepts einsetzen.

Die Behebung von sich möglicherweise abzeichnenden Schiefen bezüglich der Finanzierung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen innerhalb der morbiditätsgestützten Gesamtvergütung kann verantwortlich erst nach Analyse der unter dem EBM 2009 entstandenen Abrechnungstrends konzipiert werden. Alles andere wäre eine vorschnelle Reaktion auf Zuruf aus ungeprüften Beweggründen. Ein fortschrittliches Vergütungsmodell zur Versorgungsverbesserung darf so nicht zur Disposition gestellt werden.

Der vollständige Text ist unter [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de) nachzulesen.



## Nachwuchs in der Schuldenfalle

*Wenn jetzt nicht gegengesteuert wird, droht den jungen Kollegen in statu nascendi das Aus eigener Praxistätigkeit. Die Interessen der alteingesessenen Praxisbesitzer und der Psychotherapeuten in Ausbildung klaffen weit auseinander. Der bvpv zeigt Lösungsmöglichkeiten im Generationenkonflikt auf*

Von *Tilo Silwedel*, Vorstandsmitglied des bvpv



Foto: Privat

Der bvpv kommt mit seinen Mitgliedern in die Jahre. Während der 15-jährigen Entwicklung des bvpv und seiner Landesverbände in der Mitgliederstruktur ist ein Altersberg entstanden, dem der Nachwuchs wegzubrechen droht, wenn jetzt nicht gehandelt wird und wenn sich die in ihren Praxen etablierten und arrivierten Psychotherapeuten nicht um ihren Nachwuchs kümmern. Der Dialog zwischen den Generationen der Psychotherapeuten in eigener Praxis und der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) fehlt, sodass sich die zentrale Frage erhebt, wie die Gruppen trotz divergenter Interessen zusammenkommen können.

### Die Niederlassung der jungen Psychotherapeuten sichert die Zukunft der ambulanten Psychotherapie

In der Bestandsaufnahme zur Situation der PiAs wurden auf dem bvpv-Symposium zur Situation der PiAs folgende Positionen formuliert: Für die Zulassung zur Ausbildung zum Psychotherapeuten soll der Masterabschluss einer Hochschule verbindlich sein. Die Vergütung der praktischen Tätigkeiten eines PiA in der Klinik muss gewährleistet und tarifrechtlich abgesichert sein. Die Niederlassung der jungen Psychotherapeuten darf nicht über unsittlich überhöhte Preise für den Erwerb eines Kassensitzes verunmöglicht werden. Eine zusätzliche Altersvorsor-

gung kann aus Sicht des Abgebenden dennoch durch den Verkaufspreis, oftmals wegen unzureichender Vorsorge, notwendig sein. Für Übernehmer einer Praxis kann sich die Frage stellen, wie sie mit einer hohen Grundverschuldung noch aus der Ausbildungszeit ihren Verpflichtungen nachkommen sollen.

Angehende Vertragsbehandler brauchen eingehende Beratung zum Beginn ihrer Tätigkeit, die die Landesverbände und der bvpv anbieten können. Alternativ zum Erwerb eines vollständigen Vertragsbehandlersitzes eröffnen sich verschiedene Zulassungsmöglichkeiten: die Entlastungsassistenz, das Job-Sharing und neuerdings die Teilzulassung. Die Entlastungsassistenz eignet sich als Einstieg in die Praxistätigkeit nur bedingt, da diese Form der Vertragsbehandlung nur befristet in einer bestehenden Praxis ausgeübt werden kann. Das Job-Sharing-Modell in einer Praxis ist nicht viel besser, weil die Behandlerfähigkeit wegen der Leistungsmengenbegrenzung auf 103 Prozent zum Bezugsquartal vor Gründung des Job-Sharing-Verhältnisses in der Praxis nicht ausgeweitet werden darf. Die Teilzulassung ist seit Kurzem gesetzlich möglich und bewirkt, dass ein voller Vertragsbehandlersitz hälftig aufgeteilt wird, indem ein Praxisinhaber und der Praxisnachfolger jeweils einen hälftigen Versorgungsauftrag übernehmen. Das Modell der Teilzulassungen mit Wachstumschancen der jungen Praxis wird jedoch nicht in allen KV-Regionen umgesetzt, weil – nicht

ganz unbegründet – Leistungsausweitungen im Bereich der Psychotherapie befürchtet werden. Über die Teilzulassung herrschen regional unterschiedliche Rechtsmeinungen in der Auslegung der Gesetzeslage und der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die Berliner KV verwehrt wegen der fehlenden Eindeutigkeit der Rechtslage die Teilzulassung. Im Bereich der KV Bayerns wird auf der Verwaltungsebene die Auffassung vertreten, dass eine Zulassung nicht zur Hälfte verkauft werden kann, wenn die Zulassung nicht zur Hälfte genutzt wird.

### Vieldeutige Auslegung geltenden Rechts

Der bvpv Bayern wird demnächst eine Veranstaltung zur Praxisabgabe, zur Praxisnachfolge, zur Teilzulassung und zur Praxisnachfolge für PiAs anbieten und beide Interessengruppen zusammenführen. Der vhpv Hessen hat auf dem Gebiet der Niederlassungsberatung und zur Berufskunde schon vielfältige Erfahrungen gesammelt und Veranstaltungen zu diesen Themen durchgeführt. In Hessen gibt es eine lebhafte Nachfrage nach den Teilzulassungen, die als halbe Versorgungsaufträge definiert und mit dem hälftigen Zeitkontingent ausgestattet sind. Wenn es eine Mengenentwicklung geben sollte, sind die KVen aufgerufen, mit den Krankenkassen wegen des Morbiditätszuwachses nachzuverhandeln.

## Ungesicherte Zukunft der Psychotherapie – düstere Aussichten und neue Herausforderungen für den bvvp

*Das zehnjährige Jubiläum des PTG ist kein Grund zum Ausruhen. Die ungelösten Fragen gehen an die Substanz: Wie kann das Erreichte auch in Zukunft auf feste Beine gestellt werden? Welche Startbedingungen braucht der Therapeuten-Nachwuchs?*

Von *Birgit Clever*, 1. Vorsitzende des bvvp



Foto: Privat

2009 ist ein wichtiges Jahr. Zehn Jahre Psychotherapeutengesetz (PTG) – das PTG war und ist in seinen Auswirkungen bis heute ein Meilenstein in der Institutionalisierung und der strukturellen Verankerung der Psychotherapie in der medizinischen Versorgung Deutschlands. Der bvvp hat deshalb die erste Ausgabe von Projekt Psychotherapie in diesem Jahr dem zehnjährigen Jubiläum des Psychotherapeutengesetzes gewidmet. Damit aber nicht genug: Die Schwerpunktsetzung der inhaltlichen, berufspolitischen Arbeit des bvvp wird sich in diesem Jahr ebenfalls an diesem Thema ausrichten. Zehn Jahre PTG bedeuten nicht nur Rückschau und enge Verbindung mit den Aktivitäten gerade auch des bvvp, der gleichzeitig seinen 15. Geburtstag feiert. Bilanz zu ziehen nach zehn Jahren PTG heißt für den bvvp vor allem, den Blick nach vorn zu richten. Steht das, was für die Psychotherapie bisher erreicht werden konnte, auch in der Zukunft auf festen Füßen? Diese Frage gliedert sich in verschiedene Teilbereiche.

■ Ist die strukturelle Verankerung der Psychotherapie in den maßgeblichen, gesundheitspolitisch entscheidenden Institutionen in Zukunft gewährleistet?

■ Ist die Existenz dieser Institutionen, wie etwa der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als relevantem Organisator ambulanter psychotherapeutischer Versorgung, überhaupt gesichert?

■ Wie muss zukunftsstaugliche psychotherapeutische Versorgung nach Art und Umfang für das nächste Jahrzehnt organisiert werden, soll sie den Bedürfnissen der Menschen beziehungsweise den bisherigen Erkenntnissen der Epidemiologie gerecht werden?

■ Wie sieht es mit der Manpower der Psychotherapeuten aus angesichts der Tatsache, dass die Psychotherapeuten wie alle anderen niedergelassenen Ärzte auch älter werden und die meisten das 50. Lebensjahr schon überschritten haben?

■ Gibt es in der Psychotherapie in Anbetracht des prognostizierten enormen Anstiegs psychischer Erkrankungen und der damit verknüpften wachsenden Versorgungsnotwendigkeiten überhaupt genügend qualifizierten Nachwuchs?

■ Tun wir genug dafür, alle diejenigen, die sich diesem interessanten Tätigkeitsfeld zuwenden wollen, auch in die Lage zu versetzen, ihrer Neigung nachzugehen, um eines Tages als junge Kollegen mit uns gemeinsam die Verantwortung für unsere Patienten tragen zu können?

Nicht nur die Aktivitäten des Bundesverbandes des bvvp und seiner Landesverbände werden in diesem Jahr unter diesen Vorzeichen stehen, auch die Herbst-Tagung des bvvp wird diese Themen aufgreifen. Am Freitag, dem 9. Oktober 2009, beginnen die

zirka 50 Delegierten des bvvp morgens mit der Delegiertenversammlung im Rahmen der Herbst-Tagung. Am frühen Abend wird die Tagung in den Räumen der KV Nordrhein, Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln mit zwei aufeinanderfolgenden Veranstaltungen dann der allgemeinen Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Von 18 bis 20 Uhr wird es als Einstieg einen Vortrag zur Epidemiologie psychischer Erkrankungen geben.

### **Wie sieht es mit der Manpower der Psychotherapeuten aus?**

Die Erkenntnisse aus diesem Vortrag, gerade auch in Hinblick auf den sich daraus ableitenden zukünftigen Behandlungsbedarf, werden dann sicher die anschließende öffentliche Podiumsdiskussion bereichern können. Sie steht unter dem Motto „Zehn Jahre PTG – Rückblick und Vor-Sicht: Was braucht der Nachwuchs?“ und wird unter Beteiligung von Vertretern der Politik, der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der an der Versorgung psychischer Erkrankungen beteiligten Berufsgruppen und Wissenschaftler stattfinden. Wir stellen diesmal bewusst nicht auf die Patienten als zentrale Figuren der psychotherapeutischen Versorgung ab, sondern auf den Nachwuchs auf Seiten der Therapeuten. Dazu gibt es viel zu

## Wie muss zukunftsstaugliche Versorgung für das nächste Jahrzehnt überhaupt organisiert werden?

sagen und noch viel mehr zu tun. Bei den Ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sieht es ganz düster aus. Es gibt viele Gründe, warum diese Gruppe nicht einmal den notwendigen Turn-over schafft, die jetzige Zahl an psychotherapeutisch tätigen Ärzten auch zukünftig zu erhalten. Nicht unwesentlich tragen dazu offensichtlich die enorm hohen Weiterbildungsanforderungen bei. Sie erfordern über die übliche Klinik­tätigkeit hinaus im Vergleich zum Erwerb anderer Gebietsbezeichnungen einen erheblichen Zusatzeinsatz an persönlichen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen und führen trotzdem nur zu einem Einkommen am unteren Ende der Verdienstmöglichkeiten der Ärzte. Etwas anders, aber keinesfalls besser, eher noch desolater, sieht es beim Nachwuchs der Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus. Nach dem Abschluss ihres Studiums werden sie zu sogenannten PiAs, PsychotherapeutInnen in Ausbildung.

### *Der Nachwuchs steht im Mittelpunkt der Herbst-Tagung*

Der Teufel steckt wie immer im Detail: Ärzte, Psychologen und Pädagogen können sich im Endeffekt als Psychotherapeuten

qualifizieren, und in der Berufsausübung sind die Unterschiede nicht größer als zwischen Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlich tätigen Internisten. Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der PiAs während ihrer Ausbildung sind dennoch ungleich schlechter als die ohnehin dürftigen Rahmenbedingungen der Assistenzärzte während ihrer ärztlichen Weiterbildung.

Sowohl die Art der Tätigkeit als auch die ihr gegenüberstehende Entlohnung müssen bereits als abenteuerlich bezeichnet werden. Darüber hinaus ist aber die Chance auf Veränderung noch geringer als bei den ärztlichen Kollegen, weil die PiAs während ihrer Ausbildung noch weniger mit den Organisationen ihrer Berufsgruppe verbunden sind als die Ärzte während ihrer Weiterbildung. Ärzte erhalten nach dem Studium die Approbation. Damit sind sie richtige Ärzte und Vollmitglieder in ihren berufsständischen Organisationen, seien es die zuständigen Landesärztekammern, die kammer­spezifischen Versorgungswerke oder die Berufsverbände, wie der vergleichsweise mächtige Marburger Bund, in dem fast alle angestellten und verbeamteten Ärzte organisiert sind.

Die PiAs haben all das nicht. Sie sind nach dem Studium noch nicht approbiert. Damit sind sie nicht Mitglieder in den Landespsychotherapeutenkammern. Nur weitsichtige

Landespsychotherapeutenkammern wie die LPK Baden-Württemberg haben die Möglichkeit geschaffen, dass PiAs auf Antrag freiwillig Mitglied werden können. Und nur ebenso weitsichtige Berufsverbände wie der bvvp haben die Möglichkeit eröffnet, dass PiAs Mitglieder werden können. Auch was die Altersversorgung angeht, sieht es bei den PiAs ganz düster aus.

### *Bei den Ausbildungsbedingungen der PiAs steckt der Teufel im Detail*

Der bvvp ist fest davon überzeugt, dass die psychotherapeutische Versorgung nur so gut sein kann wie die entsprechende Berufsgruppe wohl­lauf und lebendig ist. Ob dies gelingt, hängt sehr von der Vor(aus)sicht der Älteren ab. Dazu will der bvvp gerne seinen Teil beitragen. Nicht nur unsere Herbst-Tagung haben wir deshalb unserem Nachwuchs gewidmet, auch die bvvp-Landesverbände werden dieses Jahr beginnen, mehr Angebote speziell für unsere jungen Kollegen auszuweisen. Fast überall werden Veranstaltungen zur Abgabe und Übernahme psychotherapeutischer Praxen stattfinden oder auch spezielle Seminare zum Start in die psychotherapeutische Praxis.

# Das begutachtete Gutachten



Foto: Privat

*Was muss sich an der Ausbildung zum Psychotherapeuten ändern? Ein Forschungsgutachten soll Licht ins Dunkel bringen. In der idealen Ausbildungslandschaft sind viele konträre Positionen unterwegs*

Von [Martin Klett](#), 2. stellvertretender Vorsitzender des bvvp

\_\_\_ **Das Bundesministerium** für Gesundheit (BMG) hat letztes Jahr ein Forschungsgutachten zur Evaluierung des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) ausgeschrieben. Dabei soll untersucht werden, ob und wie sich das Gesetz und besonders die Ausbildung zum Psychotherapeuten in den zehn Jahren seit Verabschiedung bewährt hat und wo möglicherweise Änderungsbedarf besteht. Äußerer Anlass für dieses Vorhaben war die aufgrund des Bologna-Prozesses erforderlich gewordene Hochschulreform mit Umstellung auf Bachelor-/Master-Studiengänge und die dadurch notwendig gewordene gesetzliche Anpassung der Zugangsqualifikationen für die Psychotherapeutenausbildungen.

Den Zuschlag für das Forschungsgutachten des BMG erhielt eine Forschergruppe unter Leitung von Bodo Strauß aus Jena. In den vergangenen Monaten wurden von den Forschern mehrere Befragungen durchgeführt, die sich an Ausbildungsinstitute, Dozenten, Kandidaten, Studierende, Kammern, Berufs- und Fachverbände, Ausbildungsteilnehmer usw. richteten. Dabei wurden die Meinungen zum aktuellen Stand der Psychotherapeutenausbildung sowie auch die Vorstellungen bezüglich deren Zukunft erfragt. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat inzwischen begleitend dazu mehrere Workshops zur Zukunft der Psychotherapeutenausbildung durchgeführt.

Dabei kamen zahlreiche Wissenschaftler, Vertreter der Hochschulen, der Ausbildungskandidaten, der Kammern, der Berufs- und Fachverbände und andere Experten zu Wort. Im Laufe des Frühjahrs 2009 sollen die Ergebnisse des Gutachtens bereits vorliegen. Am 28. Januar 2009 fand deshalb ein Panel zum Forschungsgutachten statt, bei dem die am Gutachten beteiligten Wissenschaftler anwesend waren und als Einführung erste Ergebnisse berichteten. Demnach nimmt der Anteil der Verhaltenstherapie bei den Psychotherapeutenausbildungen seit Jahren zu, der Anteil der psychodynamischen Therapieverfahren nimmt entsprechend ab.

### **Die Ausbildungen dauern erheblich länger als vorgesehen**

Zirka 50 Prozent der derzeitigen Psychologiestudenten streben eine Psychotherapieausbildung an. Die Ausbildungen dauern erheblich länger als vorgesehen. Nur 36 Prozent der Kandidaten können die Ausbildung innerhalb der drei Jahre abschließen, die bei einer Ganztagsausbildung vorgesehen sind. 54 Prozent der Ausbildungskandidaten benötigen fünf Jahre. Zehn Prozent der Kandidaten verbringen noch mehr Zeit mit ihrer Therapieausbildung. Die Gründe hierfür werden in der finanziellen Belastung gesehen, da neben der Ausbildung auch noch der Lebensunterhalt verdient werden muss. Das fertige Gutachten soll bis zum 28. März 2009 dem Ministerium vorgelegt werden. Anschließend konnten sich Vertreter der maßgeblichen psychotherapeutisch/ärztlichen Berufsverbände, der Kammern, der Hochschulen sowie auch Sprecher der Ausbildungskandidaten mit kurzen Statements zu sieben Themenkomplexen äußern. Jeder Verband konnte dazu zu zwei der sieben Themen maximal drei-

minütige Erklärungen abgeben. Für unseren Verband hatten dies Benedikt Waldherr und Martin Klett übernommen.

Die sieben Themen, zu denen Statements abgegeben werden konnten, lauteten:

1. Ein Beruf – zwei Berufe (Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut)
2. Zugangsvoraussetzungen für die psychotherapeutischen Ausbildungen (Studiengänge, Kompetenzprofile) und deren Überprüfung
3. Ausbildungsstruktur (Verortung, Ausbildung, Weiterbildung)
4. Aufsicht, Qualitätssicherung, Kontrolle, Zertifizierung (Ausbildung und Ausbildungsstätten, Bedeutung der Hochschulen)
5. Ausbildungsbausteine (Theorie, Selbsterfahrung, praktische Tätigkeit – unter anderem „Psychiatriejahr“ – und praktische Ausbildung, Supervision, „Freie Spitze“, Prüfungen)
6. Schwerpunktausbildung (orientiert an Psychotherapieschulen, orientiert an psychischen Störungen, andere Konzeptionen)
7. Medizinorientierung (Inhalte, formale Kompetenzen wie Medikation, Krankschreibung, Einweisung usw.)

In vielen grundsätzlichen Fragen konnten in den vorgetragene Statements große Übereinstimmungen festgestellt werden. Die völlig unzureichende Vergütungssituation der Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit wurde gleichermaßen von allen Vortragenden kritisiert. Wie schon im Laufe der zuvor stattgefundenen Befragungen und Diskussionen zum Thema Zukunft der Psychothera-

pieausbildung zeigten sich aber auch in der Anhörung einige Hauptthemen in der Auseinandersetzung bezüglich der wünschenswerten zukünftigen Ausbildungslandschaft, bei denen unterschiedliche Positionen deutlich wurden:

#### **1. Struktur:**

Soll an der bisherigen Struktur der postgradualen Ausbildung festgehalten werden, oder soll eine grundlegende Strukturveränderung in Richtung universitärer Direktausbildung erfolgen? Wie sollten oder könnten dann entsprechende Studiengänge aussehen? Die Option einer Direktausbildung wurde in den meisten Statements abgelehnt. Dabei gab es aber auch Kompromissvorstellungen, wie zum Beispiel einen Teil der bisherigen Theorie vorzulagern und mit einer ersten Staatsprüfung abschließen zu lassen, sei es an der Universität und/oder an den Ausbildungsinstituten. Einige sprachen sich für solche Kompromissvorstellungen aus, allerdings mit unterschiedlichen Detailvorstellungen. Eine weitere Frage war, ob die Approbation wie bisher am Ende der Ausbildung erteilt werden soll oder auch früher erteilt werden kann, im Falle der Direktausbildung am Ende des Studiums oder bei Einführung eines Ersten Staatsexamens unmittelbar nach diesem, zumindest in Form einer eingeschränkten Berufserlaubnis. Hier sprach sich eine Mehrheit für die Beibehaltung der Approbation am Ende der Ausbildung aus.

#### **2. Verfahrensorientierung:**

Soll weiterhin in einem Psychotherapieverfahren mit Grundkenntnissen in anderen Verfahren ausgebildet werden, oder soll einer an Störungsbildern orientierten verfahrensübergreifenden Ausbildung der Vorzug gegeben werden? Oder sogar beides nebeneinander möglich sein? Hier sprach sich ei-

ne Mehrheit der Vortragenden für die verfahrensbezogene Ausbildung aus.

### 3. Zugangsvoraussetzung:

Weitgehende Einigkeit gab es bezüglich der Forderung, dass grundsätzlich ein Master Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) sein sollte. Strittiger war dann aber die Frage, ob es künftig einen oder zwei Heilberufe geben soll. Einige Vertreter forderten, dass die bestehende Struktur mit Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufgegeben werden sollte. Vorgeschlagen wurde stattdessen, dass man nach einem gemeinsamen Ausbildungsteil im weiteren Verlauf entscheiden kann, ob man sich als Psychologischer Psychotherapeut oder als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut qualifizieren möchte.

Problematisch bei diesem Modell wurde gesehen, dass dabei zunächst die Frage der Zugangsqualifikation zur Ausbildung geklärt werden muss. Wenn es nämlich eine gemeinsame Psychotherapieausbildung geben soll, die sich erst im Verlauf der gemeinsamen Ausbildung in PP und KJP spezialisiert, dann muss zuerst geklärt werden, welche Studiengänge zur Psychotherapieausbildung berechtigen. Sollten dies nur die psychologischen Master-Studiengänge sein, dann würde die bisherige breite Eingangsqualifikation für die KJP-Ausbildung enorm verengt. Die pädagogischen Studiengänge wären von der Zugangsberechtigung ausgeschlossen. Die bestehende Vielfalt der Grundberufe wäre in dieser Konzeption nicht mehr gegeben. Neben einigen wenigen

Ausnahmen sprachen sich die meisten Redner des Panels für eine Beibehaltung beider Berufe mit dem breiteren Zugangsspektrum aus.

### 4. Inhaltliche Änderungen:

Soll am Umfang der praktischen Tätigkeit festgehalten werden? Soll mehr störungsspezifisches Wissen vermittelt werden? Sollen die PP/KJP die Berechtigung erhalten, Krankschreibungen und Klinikeinweisungen sowie Medikamentenverordnungen vorzunehmen? Ist gegebenenfalls dann dafür eine zusätzliche Qualifikation erforderlich? Soll der Umfang der Selbsterfahrung und/oder der Supervision erhöht werden? Hier zeigten sich unterschiedliche Meinungen. Für die Berechtigung zur Medikation sprach sich nur ein kleiner Teil aus, Krankschreibung und Einweisungsberechtigung für PP/KJP waren dagegen zumindest für einige eher vorstellbar, für eine Verringerung der praktischen Tätigkeit sprachen sich nur wenige Vertreter aus.

Seitens der Forscher wurde geäußert, dass sich der vorliegende Forschungsauftrag nicht darin erschöpfen könne, die Profession nach ihren Vorstellungen zur zukünftigen Psychotherapieausbildung zu befragen und die sich dabei herauskristallisierenden Mehrheitsmeinungen als Lösungswege zu präsentieren. Man darf also gespannt sein, welche Schlüsse die Forschergruppe aus den erhobenen Daten ziehen wird. Auch wenn die Ergebnisse des Forschungsgutachtens im Frühjahr vorliegen: Bis zur Änderung des Psychotherapeutengesetzes dürfte es noch einige Zeit dauern, schließlich stehen im Herbst 2009 zunächst einmal Bundestagswahlen an. —

## Positionen des bvvp zum Forschungs- gutachten

### *bvvp-Statement zu Thema 2: Zugangsvoraussetzungen für die psychotherapeutischen Ausbildungen (Studiengänge, Kompetenzprofile) und deren Überprüfung*

Der bvvp setzt sich zunächst wie fast alle hier im Raum dafür ein, dass für Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) dieselbe Zugangsvoraussetzung zugrunde gelegt wird, nämlich der Master-Abschluss (MA) in einem Studium der Psychologie, der Pädagogik oder der Sozialpädagogik. Weiterhin befürworten wir die Beibehaltung des bestehenden Systems von zwei Grundberufen PP und KJP. Die Ausbildung hat sich in diesem Punkt bewährt, und es gibt unseres Erachtens keinen Anlass, hier etwas zu ändern. Grundprinzipien sollten die fachlich definierte Mindestqualität des Zugangs einerseits und möglichst breite Zugangsmöglichkeiten andererseits sein. Wir sprechen uns dafür aus, dass den Berufskammern der Psychotherapeuten ein wesentlicher Einfluss darauf zuerkannt wird, welche Inhalte psychologischer beziehungsweise (sozial-)

## „Ein Psychotherapeut muss auch in Zukunft alle wesentlichen Störungsbilder behandeln können“

pädagogischer und klinisch-psychologischer Ausbildung in den Studiengängen zum Master realisiert sein müssen, um ihn als Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapeutenausbildung zu qualifizieren. Der Bologna-Prozess hat leider ziemlich genau das Gegenteil dessen bewirkt, was er eigentlich sollte: Die Studienlandschaft wurde extrem unübersichtlich und heterogen mit geringen Möglichkeiten für Studierende, den Studienort zu wechseln. Trotz dieser Diversifikation in unzählige Master- und natürlich auch Bachelor-Studiengänge, die sich dann als Eingangsvoraussetzung für das Psychotherapeutenstudium anbieten wollen, müssen diese hinsichtlich der Mindeststandards der Zugangsvoraussetzungen systematisch vergleichbar sein. Hier können die Kammern die klinisch-psychologischen Inhalte der jeweiligen Studiengänge mitdefinieren, die mindestens dem psychologisch-psychotherapeutischen Basiswissen der bisherigen Anforderungen an klinischer Psychologie entsprechen sollten. Andererseits sollten bei den die Mindeststandards nicht erfüllenden MA-Abschlüssen strukturell verankerte Nachqualifikationsmöglichkeiten vorgesehen werden, die zu einer Zugangsberechtigung führen.

Mindeststandards sichern in Zukunft ein einheitliches und gleich bleibend hohes Niveau bei der Ausbildung qualifizierter Psychotherapeuten, Nachqualifikationsmöglichkeiten gewährleisten den ungehinderten Zugang bei divergierenden MA-Abschlüssen.

„Ziel ist ein breiter  
Ausbildungszugang  
mit definierter  
Mindestqualität“

### *bvvp-Statement zu Thema 6: Schwerpunktausbildung (orientiert an Psychotherapie- schulen, orientiert an psychischen Störungen, andere Konzeptionen)*

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

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

2. Da außerdem die vor allem in Langzeittherapien im Vordergrund stehende Bearbeitung individuumspezifischer und biografiespezifischer Bedingungs- und Bedeutungszusammenhänge psychischer Störungen sich mit störungsspezifisch vormodellierten Behandlungsstrategien nicht hinreichend realisieren lässt, bereitet die störungsspezifische Ausbildung nur unzureichend auf die künftige Berufstätigkeit vor.

3. Unterschiedliche störungsspezifische Ansätze mit unterschiedlichen theoretischen und pathogenetischen Grundannahmen nebeneinander gelehrt zu bekommen, verhindert ein fundiertes Kennen- und Anwendenlernen eines Verfahrens mit der Aussicht auf selbstständige und kreative Umgangsweise damit in der Berufspraxis. Stattdessen bekommt der Ausbildungsteilneh-

mer einen Theorie-Flickenteppich zu einem entsprechenden technizistischen Methoden-Flickenteppich vermittelt.

4. Störungsspezifität wird der überwiegend zu behandelnden Komorbidität nicht gerecht und birgt die Gefahr, Behandlungskompetenzen nach Störungen aufzuteilen, was in Konsequenz zu einer Parzellierung von Versorgung und von Teilaspekten psychischen Leidens der Patienten führen kann. Stattdessen ermöglicht die Wahl unter mehreren Therapieverfahren, sich in einem mit eigenen vernünftigen Überzeugungen und persönlichen Fähigkeiten kompatiblen Verfahren dessen Sprache und Struktur anzueignen und es dann souverän anzuwenden. Erst diese Souveränität erlaubt Anpassungen des eigenen Behandlungsvorgehens an die je individuellen Behandlungserfordernisse des Patienten.

Es muss auch in Zukunft gewährleistet sein, dass der niedergelassene Psychotherapeut in der Lage ist, alle wesentlichen Störungsbilder zu behandeln. Dafür hat sich in der Vergangenheit der Verfahrensbezug bewährt. Psychotherapeuten können dann in „ihr“ Verfahren im Laufe ihres Berufslebens weitere Kompetenzen integrieren – zum Beispiel Weiterentwicklungen des Verfahrens, störungsspezifisches Wissen und eigene Behandlungserfahrungen.

Zuletzt als Anregung noch eine Frage zur praktischen Tätigkeit: Macht es eventuell Sinn, diese statt am Anfang der Ausbildung mehr in der Mitte zu absolvieren? Das hätte zwei Vorteile: eine dann bereits gewonnene psychotherapeutische Grundkompetenz für klinische Tätigkeiten und damit auch eine bessere Grundlage für eine angemessene Bezahlung.

# Aufbruch ins Ungewisse

## Der AOK-Hausarztvertrag erschüttert die etablierten Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich. Kann sich ein Fließgleichgewicht zwischen Kollektivvertragssystem und der neuen Vertragslandschaft einpendeln?

Von Michael Knoke

\_\_\_ **Seit Beginn** des neuen Quartals 2/08 können sich die AOK-Patienten in Baden-Württemberg in den AOK-Hausarztvertrag eintragen, der von ihrer Kasse mit dem Hausärzteverband und der Ärzteorganisation MEDI verhandelt worden ist. Das Datum des 1. Juli 2008 wird vermutlich Geschichte schreiben, denn es kann den Zeitpunkt markieren, an dem die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ihr Monopol bei der Gestaltung der Kollektivverträge mit den Krankenkassen verloren haben, und es kennzeichnet den Prozess der Erosion, der durch den Paradigmenwechsel in der ambulanten Versorgung in Gang gesetzt wurde. Noch ist offen, ob und auf welchem Niveau dieser Erosionsprozess anhalten wird beziehungsweise ob sich ein Fließgleichgewicht zwischen Kollektivvertragssystem einerseits und der neuen Vertragslandschaft andererseits einpendeln wird.

Verträge ohne Beteiligung der KVen hat es in letzter Zeit immer öfter gegeben, dass aber einer KV, noch dazu der zweitgrößten der Republik, die Sicherstellung für die flächendeckende hausärztliche Versorgung von Versicherten der größten Krankenkasse im Land quasi aus der Hand gewunden wird, ist neu und zeigt, dass die Politik mit dem Umbau des ambulanten Gesundheitswesens ein großes Stück weitergekommen ist. Entsprechend groß war die Genugtuung, mit der die Bundesgesundheitsministerin seinerzeit dem Abschluss des Vertrags applaudiert hat. Entsprechend groß war aber auch bundesweit die Enttäuschung und Kritik vieler Ärztefunktionäre, die dem Hausärzteverband

und MEDI den Dammbbruch zum Untergang des Kollektivvertragssystems vorgeworfen haben.

Vor allem die MEDI-Funktionäre können mit diesem Vorwurf leben, sehen sie in den KVen doch nichts anderes mehr als willfähige Institutionen und Unterdrückungsinstrumente zur Umsetzung der politischen Vorgaben. Sie propagieren die entschlossene und unbeugsame Haltung einer unabhängigen Anbietermacht, die frei von allen Rücksichten direkt mit den Krankenkassen Verträge zu Konditionen aushandeln kann, welche Letztere den KVen niemals einräumen würden. In Kauf genommen wird dabei, dass die Kassen zu Konzessionen gegenüber freien Ärzteorganisationen nicht aus Sympathie für frei denkende Ärzte bereit sind, sondern vor allem aus dem Kalkül handeln, das Verhandlungsmonopol der KVen zu schwächen und ihre Ansprüche an die ärztlichen Leistungen zu erhöhen.

### *Die KV als logistisches Versorgungsschiff im Flottenverband der Anbieter?*

Der Hausärzteverband seinerseits möchte den § 73b Sozialgesetzbuch (SGB) mit seinen Vorgaben zur hausarztzentrierten Versorgung dazu nutzen, seiner Vision einer eigenen Hausarzt-KV näher zu kommen. Diesem Ziel scheint er mit der Novelle des Paragraphen im GKV-Org-WG ein gutes Stück näher gekommen zu sein, derzufolge die Krankenkassen gehalten sind, mit denjenigen Organisationen einen Vertrag zur Haus-

### *Was ist MEDI?*

Unter den in den letzten Jahren entstandenen Praxisnetzen hat der ursprünglich unter dem Namen MEDI X in Nord-Württemberg gegründete Praxisverbund besondere Aufmerksamkeit erregt. Er wurde von dem berufspolitisch umtriebigen Arzt Werner Baumgärtner, dem langjährigen Vorsitzenden der KV Nord-Württemberg und zeitweiligen Mitglied des Vorstands der KBV, und seinen Mitstreitern ins Leben gerufen.

Erklärtes Ziel der Initiatoren der MEDI-Verbundsysteme war, „unter widrigen politischen Rahmenbedingungen der Ärzteschaft ein Konzept an die Hand zu geben, welches das Überleben der einzelnen ärztlichen Praxis sichern kann“. Baumgärtners Person und der MEDI-Verbund, der bereits in anderen KV-Bereichen Nachahmer gefunden hat, spalten die Gemüter: Für die einen ist Baumgärtner eine Lichtgestalt und MEDI das einzig geeignete Bollwerk, die niedergelassenen Ärzte vor dem drohenden Untergang zu bewahren. Für die anderen ist MEDI ein zentralistisches System, dessen Führung die Angst und Empörung vieler Niedergelassener für die Durchsetzung seiner radikalen politischen Ziele nutzen will.

Organisiert ist der MEDI-Verbund so, dass die regionalen Netze (MEDI GbR), deren Gesellschafter die niedergelassenen Vertragsbehandler vor Ort sind, in einem Geschäftsbesorgungsvertrag die Zentrale, MEDI GmbH, mit weitreichenden Vollmachten ausgestattet haben. Die Organisation und Aufsicht der MEDI GmbH ist allein ihren Gesellschaftern, den Mitgliedern der sogenannten Vertragsärztlichen Gemeinschaft, vorbehalten. Zeitweise war auch die KV NW mit 20 Prozent an der MEDI GmbH beteiligt, bis die Gerichte entschieden haben, dass es mit der neutralen Stellung der KVen unvereinbar ist, wenn diese sich an privaten Ärzteverbänden oder deren Unterorganisationen beteiligen.

arztzentrierten Versorgung (HZV) abzuschließen, welche ein Mandat von mindestens 50 Prozent der Hausärzte einer KV erteilt bekommen haben.

Insofern ist der Hausärzteverband auch nicht ganz so radikal wie MEDI, vor deren Umar-



mung er trotz beziehungsweise gerade wegen der Kooperation bei der Verhandlung des AOK-Hausarztvertrags auf der Hut sein muss.

Im Gegensatz zu MEDI hat er, abgesehen von den politischen Folgen seines Kurses, weniger Rechtfertigungsdruck für den Inhalt des Vertrags, der fast ausschließlich pauschale Vergütungsmodule vorsieht, da der Hausärzterverband schon seit Jahren einer ausreichend hohen Pauschalvergütung das Wort redet. MEDI dagegen hat auf allen früheren Propagandaveranstaltungen die Einzelleistungsvergütung wie eine Monstranz vor sich hergetragen. Inzwischen propagieren die MEDI-Vertreter auch für den fachärztlichen Bereich weitgehende Pauschalierungen mit dem Hinweis darauf, dass bei den meisten Fachgebieten Diagnostik und Therapie ohnehin normiert abliefen. So bleibt vom einstigen Kreuzzug für die Frei-

heit des Arztiums nicht viel mehr übrig als das Aufbessern der Honorare. Damit können sich MEDI und der Hausärzterverband allerdings sehen lassen, beschert der von ihnen mit der AOK ausgehandelte HzV-Vertrag den beteiligten Ärzten doch einen warmen Geldregen. So kann ein Hausarzt mit einem eingeschriebenen Patienten bis zu doppelt so viel verdienen wie in der Basis-Regelversorgung.

Dabei ist der Gedanke des Zusammenschlusses von Ärzten und Psychotherapeuten gegen die zunehmende Macht der Krankenkassen natürlich grundsätzlich richtig. Aus diesem Grunde wurden die Mitglieder der Vertreterversammlung der KV BW im Juli 2007 sowie im Januar 2008 zu Klausurtagungen eingeladen, um eine gemeinsame Strategie gegen die drohende Übermacht der Krankenkassen zu entwerfen.

### *MEDI irritiert durch zentralistische Strukturen*

Die Quintessenz der beiden Tagungen war die Erkenntnis, dass den Vertragsbehandlern keine andere Wahl bleibt, als synergistisch zu kooperieren. Die KV sollte auf längere Sicht zum Versorgungsschiff umgewandelt werden, das den Flottenverband logistisch unterstützt, der sich aus Dick-schiffen (Großorganisationen), mittelgroßen Schiffen (Ärzenetze) und Schnellbooten (Praxen) zusammensetzt. Allerdings irritiert die bisher mitgliederstärkste Organisation MEDI immer wieder durch ihre zentralistischen Strukturen und das oft demagogische Auftreten ihrer Repräsentanten innerhalb und außerhalb der KV. Hinzu kommt, dass die Vergütung der Hausärzte im HzV-Vertrag mit der AOK durch die hausärztliche Vertragsgemeinschaft anstatt durch die KV abgewickelt wird, was bedeutet, dass die KV auch in der ihr zugeordneten künftigen Funktion als Versorgungsschiff geschwächt wird.

Die Vertragspsychotherapeuten haben daher allen Grund, sich dem Werben von MEDI zu entziehen, zumal dann, wenn MEDI, was denkbar ist, von einzelnen Krankenkassen mit der gesamten Sicherstellung der ambulanten Versorgung betraut werden sollte. Auch in einer Organisation wie MEDI wird das Honorar irgendwie verteilt beziehungsweise ausgehandelt werden müssen.

Zwar betont MEDI seine innerorganisatorischen demokratischen Strukturen, de facto laufen die Fäden aber in der Zentrale zusammen. In einem solchen System ist zu erwarten, dass die Interessen der Psychotherapeuten an den Rand gedrängt werden, zumal im Falle eines Rechtsstreits für MEDI-Mitglieder nicht mehr das Sozialrecht, sondern das Zivilrecht zuständig sein wird, für das der Schutz der BSG-Urteile keine Anwendung finden kann.

Unter diesen Voraussetzungen haben die maßgeblichen Verbände der Psychotherapeuten in Baden-Württemberg die Zeichen der Zeit erkannt und auf Einladung des bvpp Baden-Württemberg für alle beteiligten Verbände verbindliche Eckpunkte für den Abschluss von Verträgen nach § 73c beziehungsweise §140 SGB V (IV-Verträge) diskutiert und beschlossen.

#### *Verabschiedete Eckpunkte der Verbände der Psychotherapeuten in Baden-Württemberg für den Abschluss von Verträgen nach § 73c beziehungsweise §140 SGB V (IV-Verträge)*

- Erhalt des Erstzugangsrechts für alle Vertragspsychotherapeuten
- Erhalt der Richtlinien-Psychotherapie und uneingeschränkter Zugang zur Richtlinienpsychotherapie für alle GKV-Versicherten
- Beschränkung der Selektivverträge auf die vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannten Verfahren
- Erstellung einer konsentierten Honorarliste für typische Leistungen
- Vereinbarkeit aller Selektivverträge mit den von den beteiligten Verbänden vereinbarten Eckpunkten
- Vertragshoheit jedes beteiligten Verbandes für die Gestaltung der Verträge im Detail
- Öffnung aller Selektivverträge für die Mitglieder aller beteiligten Verbände

Der Verbändetreff BW ist inzwischen zu einer festen Institution geworden und befasst sich derzeit mit dem Entwurf eines von allen beteiligten Verbänden getragenen Vertrags zur Akutversorgung psychischer Erkrankungen.



Foto: Privat

**Michael Knoke** ist Arzt für Psychotherapie und Nervenarzt mit dem Schwerpunkt Psychoanalyse. Seit 1994 ist er im Vorstand des Verbandes der Vertragspsychotherapeuten Nordbaden. Von 1999 bis 2004 war er ärztlicher Vorsitzender des Fachausschusses Psychotherapie der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordbaden. Seit 2005 ist er ärztlicher Vorsitzender des Fachausschusses Psychotherapie, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg (BW) und der Landesärztekammer BW. Seit 1998 ist er Mitglied der Vertreterversammlung der Bezirksärztekammer Nordbaden. Er ist Mitbegründer der Liste Sprechende Medizin in Nordbaden.



*In den 70er Jahren stand  
Gruppenpsychotherapie hoch im Kurs.  
Die Euphorie für die Reparaturwerkstatt  
gesellschaftlichen Versagens ist lange  
abgeklungen. Viele Therapeuten  
schrecken heute vor der fachlichen und  
persönlichen Herausforderung zurück.  
In der Gruppenpsychotherapie stecken  
aber viele ungenutzte Chancen.  
Zeit für ein Comeback*

# Gruppentherapie als Herausforderung

*In einer fluiden Gesellschaft ist es Aufgabe der Psychotherapie, eine Antwort auf das Sinnvakuum zu geben. Nicht nur hierfür sind Gruppen eine gute Bühne*

Von *Karl König*, Psychoanalytiker

Die **Wirksamkeit** von Gruppentherapien wird heute kaum angezweifelt. Unter günstigen Bedingungen durchgeführt, überschneiden sie und Einzeltherapien sich in einem breiten Indikationsbereich. Gruppentherapien eignen sich besonders für Patienten mit einer Symptomatik, die sich in ihren Beziehungen äußert, wie das zum Beispiel bei Charakterneurosen der Fall ist. Auch bei Patienten mit strukturellen Störungen verlagert sich die innere Konflikt-dynamik in hohem Maße in die interpersonellen Beziehungen. Da kann es hilfreich sein, wenn an der Beziehung zu mehreren Personen im Hier und Jetzt gearbeitet wird.

Ein weiterer Vorteil ist auch, dass einzelne Teilnehmer einer Gruppe zunächst abwartend zuhören können, ehe sie sprechen. Ihre Einschätzung der anderen Gruppenmitglieder verändern sie dabei bereits durch die Informationen, die sie deren Interaktionen entnehmen. Diese Möglichkeit gibt es in der Einzeltherapie nicht.

In Deutschland werden verschiedene Gruppenkonzepte angewandt. Die beiden häufigsten, die Gruppenanalyse von S. H. Foulkes und die Gruppentherapie nach dem Göttinger Modell von A. Heigl-Evers und F. Heigl, haben gemeinsam, dass sie auch sozialpsychologische Aspekte berücksichtigen. Foulkes befand sich in einem Diskussionsaustausch mit dem Soziologen Norbert Elias. Heigl-Evers und Heigl berücksichtigten die akademische Sozialpsychologie und beschäf-

tigten sich mit den Schriften der Sozialphilosophin Hannah Arendt.

Das Foulkessche Modell kann, je nachdem mit welchem Patienten es der Therapeut in seiner Gruppe zu tun hat, unterschiedlich praktiziert werden. Das Göttinger Modell besteht aus drei Verfahren mit unterschiedlichen Indikationen. Besondere Bedeutung für die Behandlung strukturell gestörter Patienten hat die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie erlangt, die sich auf die Ich-Funktionen und die archaischen inneren Objekte strukturell gestörter Patienten konzentriert. Dies kann die Voraussetzungen für ein deutendes Vorgehen schaffen, das sich an eine psychoanalytisch-interaktionelle Therapie anschließt. Das Foulkessche und das Göttinger Modell sind insofern verwandt, als sie die interpersonellen Aspekte in einer Gruppe, den Umgang der Gruppenmitglieder miteinander und nicht nur die Übertragungen auf den Therapeuten oder die Gesamtgruppe besonders berücksichtigen.

Leider findet die Gruppentherapie heute nicht die breite Anwendung, die sie von ihren Möglichkeiten her verdienen würde. Gruppentherapie findet heute in vielen Kliniken, aber nur in wenigen Praxen statt. Patienten, die in einer Klinik mit gutem Erfolg an einer Gruppenpsychotherapie teilgenommen haben und ambulant eine Gruppenpsychotherapie machen möchten, finden oft kein Angebot am Ort. Der pro-

zentuale Anteil an Psychotherapeuten, die ambulante Gruppentherapien in ihren Praxen durchführen, ist klein. Therapeuten scheuen den Antragsaufwand bei fremd-finanzierten Therapien. Gruppentherapie wird heute besser bezahlt als noch vor Kurzem, das Mehr an Geld kann aber für viele den tatsächlichen Aufwand noch immer nicht kompensieren. Besonders gilt das für Therapeuten, die sich mit den Anträgen schwertun. So führen auch solche Psychotherapeuten keine Gruppentherapien durch, die es gelernt haben.

## **Viele Vorteile der Gruppentherapie gibt es in der Einzelbehandlung nicht**

An vielen Kliniken findet Gruppentherapie zudem unter Bedingungen statt, die ihre Erfolgsaussichten verringern. Manche Assistenten, die Gruppentherapien durchführen, haben keine Selbsterfahrung in Gruppen und sind bezüglich der theoretischen Voraussetzungen auf Selbststudium angewiesen. An manchen Kliniken ist die Teilnahme an therapeutischen Gruppen für alle Patienten obligatorisch, ohne dass eine Indikation für oder gegen Gruppenpsychotherapie gestellt wird. Die Patienten werden auf die Gruppe nicht hinreichend vorbereitet. Sie kommen in eine Gruppe ohne ausreichende Informationen darüber, was sie dort sollen.

Anzeige



Meistens finden während eines stationären Aufenthalts mehrere Gruppensitzungen pro Woche statt. Die Gesamtzahl an Gruppensitzungen bleibt aber wegen der Kürze des stationären Aufenthalts klein. In den halboffenen Gruppen gibt es ein permanentes Kommen und Gehen. Manche Kliniken richten Vorbereitungs- und Verabschiedungsgruppen ein, um die Therapiegruppen im engeren Sinne von einem Teil der Arbeit an der Kontaktaufnahme und am Abschiednehmen zu entlasten. Geschlossene Gruppen lassen sich bei den kürzer gewordenen Behandlungszeiten in den meisten Kliniken kaum einrichten. Sie sind nur dort gut möglich, wo Kliniken die Patienten aus einer großen Ambulanz aufnehmen. Die Gruppen können dann in der Ambulanz zusammengestellt werden.

### **Die meisten Patienten wünschen einen Therapeuten exklusiv für sich**

Die ungünstigen Bedingungen, unter denen an vielen Kliniken Gruppentherapie stattfindet, demotivieren die Therapeuten. Auch die Patienten werden kaum angeregt, sich einen ambulanten Gruppen-Behandlungsplatz zu suchen. Deshalb und weil die Tendenz, miteinander in Gruppen Probleme zu lösen, in der Allgemeinbevölkerung im Zuge des Rückgangs der Gruppeneuphorie der siebziger Jahre abgeklungen ist, ist die spontane Nachfrage gering. Die meisten Patienten wünschen einen Therapeuten nur für sich. Die ambulant tätigen Therapeuten sind so wenig geneigt, Gruppen in ihrer Praxis einzurichten. Die meisten Patienten nehmen lange Wartezeiten überdies nicht gern in Kauf, die erforderlich werden, bis sich eine Gruppe vollstän-

dig gebildet hat und mit der Therapie beginnen kann. Sie melden sich vielfach wieder aus der Gruppe ab, ehe die Gruppentherapie begonnen hat. Manche Therapeuten nehmen dann Patienten in die Gruppe, für die eine Einzeltherapie geeigneter wäre.

Bei der Indikation ist zu beachten, dass eine ambulante Gruppenpsychotherapie nicht für jeden Patienten geeignet ist, der in einer Klinik mit gutem Erfolg an einer Gruppe teilgenommen hat. In einer Klinik ist die Gruppentherapie nur ein Teil eines umfassenden Angebots. Neben Gruppensitzungen, die denen einer ambulanten Gruppenpsychotherapie entsprechen, finden weitere therapeutische Aktivitäten statt. Auch hat die Klinik eine haltende und schützende Funktion. In einer ambulanten Gruppentherapie fällt dieser Faktor fort. In Kliniken werden die Gruppen meistens mit Einzelsitzungen kombiniert. Die Kostenübernahme von kombinierten Einzel- und Gruppenbehandlungen nach den Psychotherapie-Richtlinien ist dagegen für die ambulante Therapie sehr eingeschränkt. Für schwer gestörte und für agierende Patienten, beides oft kombiniert, eignet sich eine einmal pro Woche stattfindende Gruppe meistens nicht. In einem einmal pro Woche stattfindenden Einzelgespräch ist der Patient die ganzen 50 Minuten dran. Er hat mehr Zeit, um über Schwierigkeiten außerhalb der therapeutischen Situation zu sprechen. Die therapeutische Wirksamkeit einer Gruppe entfaltet sich dagegen über die Teilnahme am Gruppenprozess, wobei die Gruppe als System mit anderen Systemen, in denen der Patient sonst lebt, bezüglich ihrer Einwirkungen konkurriert. Auf den einzelnen Patienten würden bei gleicher Aufteilung in einer Gruppensitzung nur

**Karl König** ist Facharzt für Innere Medizin und Psychosomatische Medizin, Psychotherapeut und Supervisor. Er war Vorsitzender am Lou Andreas-Salomé-Institut in Göttingen, des Ausbildungszentrums für Psychotherapie und Psychoanalyse und Leiter der Abteilung für Klinische Gruppenpsychotherapie an der Universität Göttingen. Er ist als Autor von zahlreichen Sachbüchern und Artikeln zur Psychotherapie sowie als Mitherausgeber von Fachzeitschriften publizistisch hervorgetreten.

etwa elf Minuten entfallen. Da kann es leicht sein, dass ein Patient mit seinen aktuellen Problemen nicht zu Wort kommt, weil andere Gruppenmitglieder ein Gespräch über ihre eigenen Probleme mit einer stärkeren interaktionellen Potenz durchsetzen.

Alles in allem sind klare Indikationsstellungen, eine gute Ausbildung der Therapeuten und die Berücksichtigung des Umfeldes einer Gruppentherapie die wichtigsten Voraussetzungen dafür, dass die Gruppenpsychotherapie mehr Verbreitung findet.

#### **Literatur:**

- Garland, C.** (1962): *Group analysis: Taking the non-problem seriously.* in *Group Analysis* 15, S. 4-14
- König, K.** (2005): *Abstinenz, Neutralität und Transparenz in psychoanalytisch orientierten Therapien.* Stuttgart (Klett-Cotta)
- König, K.** (2007): *Transfer – von der Psychotherapie in den Alltag.* Stuttgart (Klett-Cotta)
- König, K.** (2008): *Gruppenanalyse im Göttinger Modell.* Heidelberg (Mattes)

# Keine Angst vor Gruppen – es lohnt sich!

## Wie weit ist die Gruppenpsychotherapie erforscht? Ist die Wirksamkeit bewiesen oder ist der Stand noch unzureichend?

Von *Tamara Anbeh*

\_\_\_ **Es existieren** mehrere Metaanalysen zur vergleichenden Wirksamkeit von Einzelpsychotherapie (EPT) und Gruppenpsychotherapie (GPT). In allen Studien wurde eine vergleichbare Effektivität gefunden. Barlow (2005) fasst unterschiedliche Metaanalysen zusammen und stellt ebenfalls fest, dass die Wirksamkeit vergleichbar oder kaum geringer ist. Somit kann sich die GPT bezüglich ihrer Effektivität mit der EPT messen. Bei der Betrachtung der Kosten-Nutzen-Analyse kommt Tschuschke (2007) zu dem Fazit, dass GPT deutlich ökonomischer als EPT ist. So ist der Zeitaufwand des Therapeuten für den Patienten bei der GPT deutlich geringer: bei 25 Sitzungen EPT: 20,8 Stunden pro Patient und bei GPT mit 8 Patienten 4,7 Stunden pro Patient. In einer Studie von Heinzl (1998) zeigte sich bei vergleichbarer klinischer Effizienz, dass die GPT 13-fach ökonomischer im Vergleich zur EPT ist. Gemessen an der Kosteneinsparung im Gesundheitssystem hatte die EPT nach 27 Monaten circa 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub> ihrer Kosten eingespart, die GPT dagegen das 3,3-fache.

### Ambulant versus stationäre Gruppenpsychotherapie

Die stationäre GPT ist deutlich besser untersucht als die ambulante GPT. Dies verwundert insofern nicht, da stationär der ökonomische Vorteil der Gruppe längst erkannt wurde. Strauß (2009) kommt bei der Betrachtung einer Metaanalyse von Kösters (2006) zu dem Schluss, dass es einen guten Beleg für die Wirksamkeit stationärer GPT gibt. So zeigte sich zum Beispiel ein deutlicher Unterschied zu Wartelistenbedingungen (Effektstärke (ES) = 0,73). Der Forschungsstand im ambulanten Bereich ist

nach wie vor noch unzureichend. Überwiegend gibt es Studien zu unterschiedlichen Behandlungsmodellen und hierbei zeigt sich ein deutliches Übergewicht der positiven Befunde der kognitiv-behavioralen Behandlungskonzepte in den letzten 20 Jahren (Strauß, 2009). Dies mag daran liegen, dass psychodynamische GPT seltener systematisch überprüft werden. Zudem wird im nordamerikanischen Raum häufiger manualisierte, kognitiv-behaviorale Kurzzeit-GPT eingesetzt. Burlingame (2005) und andere kommen zu positiven Schlussfolgerungen mit sehr guter bis exzellenter Evidenz für die Wirksamkeit ambulanter GPT bei Bulimie, sozialer Phobie sowie bei Patienten mit pathologischer Trauer (Piper, 2002). Vielversprechende Ergebnisse liegen für Panik-, Zwangsstörungen und somatoforme Störungsbilder vor. Gute Evidenz zeigt sich bei Gruppen mit HIV-Infizierten, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und Opfern sexueller Übergriffe. Ein deutlicher Trend zur Kurzzeitpsychotherapie ist zu beobachten – dies gilt auch für die GPT – jedoch ist die Langzeitpsychotherapie nicht ausgestorben (Tschuschke, 2007). Es handelt sich bei der Langzeitgruppenpsychotherapieforschung in der Regel um naturalistische Studien, selten mit Kontrollbedingungen. Die Ergebnisse sind auch hier vielversprechend. So zeigten sich in der ambulanten Page-Studie (Tschuschke, Anbeh, 2004) bei psychodynamischen GPT nach durchschnittlich 81 Sitzungen Effektstärken zwischen ES=0,71-1,5. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt Lorentzen (2003) mit ES bis zu 1,81 bei 115 Sitzungen, ebenso McCallum (1997) mit ES=1,03 bei 90 Sitzungen und Wilberg (2003) mit ES=1,40 bei 140 Sitzungen. Burlingame, Strauß und Johnson (2008) fassen

**Dr. Tamara Anbeh** ist Dozentin, Supervisorin, Lehranalytikerin und Leiterin der Gruppentherapieweiterbildung am Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Rhein-Eifel in Andernach. Sie ist stationär am Stiftungsklinikum Mittelrhein, Boppard und ambulant in eigener Praxis einzel- und gruppentherapeutisch tätig. 2007 veröffentlichte sie mit Prof. V. Tschuschke das Buch „Ambulante Gruppenpsychotherapie“ bei Schattauer.

die empirischen Befunde zur Prozessforschung und Gruppendynamik zusammen. Es gibt deutliche Evidenz bei den Studien zur Allianz und zum interpersonalen Feedback; vielversprechende Evidenz zur Gruppenvorbereitung, frühe Formatierung der Gruppe, Gruppenentwicklung und Gruppenklima. Uneinheitlich bis nicht untersucht waren die Aspekte der Gruppenzusammensetzung, Normen und Rollen, Subrollen, Selbstöffnung, Kohäsion und therapeutische Faktoren (zum Beispiel Universalität, Katharsis, stellvertretendes Lernen). Auch zeigen neuere Forschungsergebnisse interessante Zusammenhänge von Bindung nach der Theorie von Bowlby und Gruppenprozessen auf. Ebenso zeigte sich, dass eine gute Gruppenvorbereitung den Drop-out minimiert und sich günstig auf den Therapieerfolg auswirkt. Zusätzlich zu Clinical Outcome Results Standardized Measures – Revised (CORE-R) hat die American Group Psychotherapy Association (AGPA) Leitlinien veröffentlicht, die Gruppenpsychotherapeuten in jeder Phase des Therapieprozesses Rat und Anregungen bieten ([www.agpa.org](http://www.agpa.org)).

GPT hat insgesamt deutlich ihre Effektivität nachgewiesen, jedoch bleibt ein Defizit, insbesondere im ambulanten Bereich der Versorgungsforschung, wo sie verschwindend gering angewandt wird. Ich kann mich dem Appell von Mattke, Strauß und Reddemann nur anschließen und sowohl Forschern als auch Praktikern und Patienten mitteilen: Keine Angst vor Gruppen – es lohnt sich! \_\_\_\_\_

### Literatur:

**Mattke, D. Reddemann, L. und Strauß, B.** (2009) *Keine Angst vor Gruppen. Gruppenpsychotherapie in Praxis und Forschung*. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart.

# Das menschliche Gehirn ist ein soziales Organ

Über die Beziehung von neuronalen und sozialen Netzwerken: Psychische Störungen werden nicht länger in einer Person lokalisiert, sondern prinzipiell als zwischen Personen verortet angesehen

Von Dieter Nitzgen

Es besteht eine, wenn auch wenig bekannte, Verbindung zwischen Geschichte und Entstehung der Analytischen Gruppenpsychotherapie und den Neurowissenschaften. So hat zum Beispiel Sigmund Freud stets den prägenden Einfluss der neurobiologischen Theorien von Kurt Goldstein (1878-1965) auf die Konzeption der von ihm begründeten Gruppenanalyse betont. Goldstein, dessen Assistent Foulkes von 1926 bis 1928 in Frankfurt war, hatte im Rahmen seiner Arbeit mit hirnverletzten Soldaten während des Ersten Weltkriegs die Unfähigkeit der zeitgenössischen Biologie und Medizin, Auswirkungen solcher Verletzungen angemessen zu verstehen, erkannt (Gelb u. Goldstein, 1918). Ausgehend von Goldsteins These (1934) von der „Unhaltbarkeit der klassischen Lokalisationslehre“ in der Neurologie hatte Foulkes dann selbst ausdrücklich Stellung „gegen die Lokalisierung von Funktionen“ (a. a. O., S. 216) in seinem frühen Aufsatz „Zum gegenwärtigen Stand der Biologie“ (1936) bezogen. Stattdessen verwies er auf John Hughlings Jackson und betonte eine funktionale Hierarchie von Hirnfunktionen „nach verschiedenen Levels (Leistungsstufen), nach denen der Aufbau des Nervensystems in seiner Entwicklung erfolgt und auf die der Abbau bei Schädigung zurückgreift“ (a. a. O., S. 214; vgl. Har-

rington, 1996). „Lokalisierbar“ sind daher „immer nur der Grad und die besondere Färbung der Störung der Gesamtfunktion, die mit der Schädigung einer bestimmten Stelle verknüpft ist“ (a. a. O., S. 216). Mit Blick darauf forderte Foulkes als Voraussetzung jeder Diagnose und Therapie von Hirnerkrankungen „die genaueste Berücksichtigung und Analyse aller Änderungen des Verhaltens“ (a. a. O., S. 216), die als Folge gestörter Hirnfunktionen auftraten. Und bereits 1936 formulierte er seine später gruppenanalytisch bekannt gewordene Auffassung des Nervensystems als eines Netzwerks, das immer „als Ganzes funktioniert“ (a. a. O., S. 216/17).

## Die neuronale Entwicklung des Gehirns findet in sozialen Beziehungsnetzwerken statt

Es lässt sich zeigen, dass Foulkes grundlegendes Buch „Einführung in die gruppenanalytische Psychotherapie“ (1948) konzeptionell im Wesentlichen auf der Übersetzung der ursprünglich neuro(bio)logisch konnotierten Begriffe „Netzwerk“ und „Lokalisation“ in die eines sozialen Netzwerks und einer psychologischen „Location“ beruht. Darauf aufbauend wird auch die zentrale Innovation des Buches, die Darstellung der Verbindung der klassischen



Foto: Privat

Dieter Nitzgen studierte Philosophie, Literaturwissenschaften und Psychologie. Im Institut für Gruppenanalyse in Heidelberg ist er als Gruppenanalytiker und Gruppenlehranalytiker tätig. Er ist Ordentliches Mitglied der Sektion AG im DAGG, Vorstandsmitglied der Group Analytic Society, London, und Mitglied der Assoziation für die Freudsche Psychoanalyse (AFP). Er ist Bereichsleiter Psychotherapie in der Rehaklinik Birkenbuck, Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen, und Mitglied der Arbeitsgruppe Abhängigkeitserkrankungen der OPD.

Freudschen Libidotheorie mit einer Theorie der Kommunikation, formuliert (vgl. Nitzgen, 2007, 2008). Auffällig und bezeichnend ist, dass die neurobiologische Dimension mit Erreichen dieser Synthese in den Hintergrund tritt und der Begriff der „Lokalisierung“ ab 1948 aus den Schriften von Foulkes verschwindet. Er wird, als „neuer“ Begriff bezeichnet, durch „Location“ ersetzt (1948, S. 127), und Foulkes führt nun die Kritik an der neurologischen Lokalisationslehre auf psychologischer Ebene weiter: Psychische Störungen und ihre Entstehung werden nicht länger in einer Person, sondern prinzipiell zwischen Personen lokalisiert. Das ist die Grundlage der spezifisch gruppenanalytischen Krankheitslehre, die Foulkes unter Rekurs auf Psychoanalyse, Soziologie und Sozialpsychologie entwickelt. Dabei nimmt er von seinem früheren Versuch einer neurobiologischen Begründung Abstand. Die dafür relevanten methodischen und wissen-

schaftshistorischen Gründe sind unlängst von Spitzer (2003) überzeugend dargelegt worden (vgl. Nitzgen, 2008). Der Hauptgrund dafür war, dass Foulkes, dem Freud des „Entwurfs“ von 1897 vergleichbar, die theoretischen Mittel und besonders der für das Verständnis von Neuronen und neuronalen Netzwerken zentrale Begriff der Information fehlten. Spitzer zufolge gelang es erst McCollough und Pitts (1943), „den Informationsbegriff auf die Neuronenfunktion“ anzuwenden (a. a. O., S. 42). Vor dem Hintergrund der rasanten Fortschritte in den Neurowissenschaften ist es heute möglich, die abgebrochene Beantwortung der Frage nach der Beziehung von neuronalen und sozialen Netzwerken weiterzuführen. Mit Blick darauf hat Malcolm Pines unlängst auf neuere Befunde der Psychoanalyse, der Neuropsychanalyse sowie der Bindungstheorie verwiesen und dafür plädiert, sie einschließlich der Befunde der Neuroanatomie und -physiologie in der Gruppenanalyse ver-

stärkt zur Kenntnis zu nehmen. Er betrachtet dies als eine unerledigte Aufgabe des gruppenanalytischen Projekts und zitiert in diesem Zusammenhang die Aussage von Louis Cozolino (2001):

„Das menschliche Gehirn ist ein soziales Organ, das kreuz und quer von neuronalen Netzwerken durchzogen ist, die damit beschäftigt sind, Botschaften über die soziale Synapse hinweg zu empfangen, zu prozessieren und zu kommunizieren.“

So betrachtet erscheint das Gehirn als „soziales Organ“, als „social brain“, dessen neuronale Entwicklung *in* sozialen Beziehungsnetzwerken erfolgt und *durch* diese strukturiert wird. Entwicklungsprozesse verlaufen dabei synchron. Insofern hängt die „Größe“ des Gehirns von der Möglichkeit der emotionalen Verfügbarkeit des „Anderen“ und von reziproken Interaktionen und Beziehungen mit anderen ab, wobei das Kind sich entwicklungspsychologisch zunächst die entsprechenden neuropsychologischen

Funktionen des Erwachsenen ausborgt, etwa bei der Affektregulation. Pines erläutert diese Zusammenhänge mit Verweis auf aktuelle Befunde zu den „Spiegelneuronen“ (vgl. Rizzolati und Sinigaglia, 2008) und zur „neuronalen Plastizität“ (vgl. Ansermet und Magistretti, 2003) und deren erstaunlicher Übereinstimmung mit gruppenanalytischen Konzepten wie der „Spiegelreaktion“ und der „Resonanz“ bei Foulkes. Klinisch und behandlungspraktisch wird dies auch durch aktuelle Forschungen im Bereich der Bindungstheorie ergänzt. So hat etwa Peter Fonagy die klinischen Zusammenhänge zwischen Psychoanalyse und Bindungstraumata unter neurobiologischen Aspekten dargestellt und als „Verlust der Mentalisierungsfähigkeit“ beschrieben (2008). Alle diese Befunde verweisen darauf, dass wir Foulkes' Aussage von 1948 zustimmen können: „Eine gestörte Hirn-Funktion ist Ausdruck einer Störung des Gleichgewichts der sozialen Gesamtsituation.“ (1948/1993, S. 2) —

#### Literatur:

Ansermet, F., und Magistretti, P. (2005)

*Die Individualität des Gehirns. Neurobiologie und Psychoanalyse.*

Frankfurt a. M. (Suhrkamp)

Cozolino, L. (2001) *The Neuroscience of Human Relationships.* Attachment and the Developing Social Brain. New York (W.W. Norton & Co.)

Fonagy, P. *Psychoanalyse und Bindungstrauma unter neurobiologischen Aspekten.* In: Leuzinger-Bohleber, M., Roth, G. und Buchheim, A.: *Psychoanalyse. Neurobiologie*, S. 132-147. Stuttgart, New York 2008 (Schattauer)

Foulkes, S. H. (1936) *Zum Stand der heutigen Biologie.* Dargestellt in Kurt Goldstein: „Der Aufbau des Organismus“ in *Imago* 22, S. 21-241. Eine gekürzte englische Version erschien unter dem Titel „Biology in the Light of the Work of Kurt Goldstein“ in Foulkes, S. H. (1990) *Selected Papers*, S. 39-56

Foulkes, S. H. (1948) *Introduction to Group Analytic Psychotherapy.*

London 1983 (Karnac)

Foulkes, S. H. (1990) *Selected Papers.* London (Karnac)

Freud, S. (1897) *Entwurf einer wissenschaftlichen Psychologie.*

In: Freud, S. (1950) *Aus den Anfängen der Psychoanalyse.* Frankfurt 1962 (S. Fischer)

Gelb, A., und Goldstein, K. (1918)

*Zur Psychologie des optischen Wahrnehmungs- und Erkennungs-*

*vorgangs* (Psychologische Analyse hirnpathologischer Fälle aufgrund von Untersuchungen Hirnverletzter). *Zeitschrift für d. Ges. Neurologie und Physiologie* 41,

S. 1-143. Wiederveröffentlicht in: *Sourcebook of Gestalt Psychology* (übersetzt von W.D. Ellis), S. 315-325, London 1938

Goldstein, K. (1934) *The Organism. A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man.*

New York 1939 (American Book Co.)

Harrington, A. (1996) *Die Suche nach Ganzheit.* Die Geschichte biologisch-psychologischer Ganzheitslehren: Vom Kaiserreich bis zur New-Age-Bewegung.

Reinbek bei Hamburg 2002 (rowohlt) enzyklopädie)

McCullough, W. S., und Pitts, W. (1943)

*A logical calculus of the ideas immanent in nervous activity.* In: *Bulletin of Mathematical Biophysics*, S. 115-133

Nitzgen, D. (2007) *Development by Adaptation. Notes on „applied“ Group Analysis.* *Group Analysis* 41 (3). London 2008a (Sage)

Nitzgen, D. *In-Between. Versuch, die Gruppenanalyse zu lokalisieren.* Vortrag anlässlich des wissenschaftlichen Symposium des ÖAGG in Wien am November 2008 (unveröffentlicht)

Pines, M. (2008) *Group Analysis and Neuroscience.* Vortrag auf dem 14. Münsteraner Symposium des Fördervereins Gruppentherapie e. V. und des Instituts für Therapeutische und Angewandte Gruppenanalyse (ITAGA) Münster (unveröffentlicht)

Rizzolati, G., und Sinigaglia, C. (2008)

*Empathie und Spiegelneurone: Die biologische Basis des Mitgefühls.*

Frankfurt a. M. (Suhrkamp)

Spitzer, M. (2003) *Neuronale Netzwerke und Psychotherapie.* In: Schiepek, G. *Neurobiologie der Psychotherapie*, S. 42-57. Mit Geleitworten von Klaus Grawe und Hermann Haken. Stuttgart und New York (Schattauer)

# Haben Sie Lust, Gruppentherapie anzubieten?

*Gruppen sind lebendig und herausfordernd. Eine funktionierende psychotherapeutische Gruppe ins Leben zu rufen bedeutet organisatorischen und zeitlichen Mehraufwand. Formale Voraussetzungen und konzeptionelle Vorüberlegungen im Überblick*

Von *Sigrid Pape*

## **Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie**

Um in dem erlernten Psychotherapieverfahren auch Gruppentherapie abrechnen zu dürfen, müssen Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten laut Psychotherapievereinbarung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bescheinigungen vorlegen, aus denen hervorgeht, dass sie eingehende Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der Gruppentherapie an einem dafür anerkannten Institut erworben haben. Es müssen mindestens

- 40 Doppelstunden Selbsterfahrung in der Gruppe
- 24 Stunden Theorie der Gruppen-Psychotherapie und Gruppendynamik
- 60 Doppelstunden kontinuierliche Gruppenbehandlung
- 40 Stunden Supervision

nachgewiesen werden. Ärztliche Psychotherapeuten mit der Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“ oder „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ haben automatisch auch die Genehmigung für die Behandlung von Gruppen. Übende Verfahren können im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung auch ohne Nachweis einer speziellen gruppentherapeutischen Qualifikation im Gruppensetting angeboten werden.

## **Vor Gruppenbeginn**

Unklare Rahmenbedingungen sind für jede Art von Therapie ein Störfaktor. Bei einer

Gruppentherapie können sie jedoch die Existenz der ganzen Gruppe infrage stellen. Daher lohnt es sich, folgende Punkte – auch in ihrer gegenseitigen Interaktion – vor Beginn genau zu bedenken und festzulegen:

- Zielgruppe und Ausschlusskriterien
- Eigene Präferenzen und (In-)Kompetenzen
- Therapiezeiten, Räumlichkeiten, Sitzgelegenheiten
- Offene, halboffene oder geschlossene Gruppe
- Laufzeit, Leitungsform, Co-Leitung
- Bekanntgabe des Gruppentherapie-Angebots
- Weitere Vereinbarungen: Schweigepflicht, Selbstverantwortung, Verbindlichkeit der Teilnahme, Ausfallregelung, Kündigungsfristen, Kontakte der Gruppenmitglieder untereinander außerhalb der Gruppe u. a.

## **Probatorische Sitzungen**

Sie dürfen laut Psychotherapie-Vereinbarung (leider) nur als Einzeltherapie erbracht werden. Zusätzlich zu den üblichen Themen sollten explizit Hoffnungen und Erwartungen, auf die Gruppentherapie bezogene Bedenken und Befürchtungen, vergangene Gruppenerfahrungen und zu erwartende Besonderheiten einer Gruppenpsychotherapie durchgesprochen werden.

## **Das Gutachterverfahren**

Sind die Gruppenteilnehmer gefunden, muss für jeden Patienten ein Bericht an den Gut-

achter geschrieben werden. Da alle Gruppenmitglieder nach einer Absprache zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Krankenkassen seit einiger Zeit von demselben „Gruppengutachter“ begutachtet werden sollen, kann die jeweilige Krankenkasse gebeten werden, einen bestimmten Gutachter zu beauftragen, den man sich unter den eventuell schon vorhandenen Gutachtern anderer Gruppenteilnehmer auswählen darf. Inhaltlich sollten das geplante Setting und eine differenzierte Reflektion der Indikation für Gruppentherapie bei der vorliegenden Störung in den Erstberichten beschrieben werden.

## **Kombination von Einzel- und Gruppentherapie?**

Was sich im Klinikalltag seit Langem bewährt hat, ist in der ambulanten tiefenpsychologischen und analytischen Gruppentherapie nicht erlaubt: Nur die Sonderform der niederfrequenten Psychotherapie darf mit Gruppentherapie kombiniert werden. Allerdings gibt es zum Glück die Möglichkeit, ohne gesonderte Bewilligung pro zehn Gruppentherapiesitzungen eine Einzeltherapiesitzung abzurechnen, was sich in manchen Krisensituationen als wertvolle Hilfe erweist. In der Verhaltenstherapie (VT) dagegen ist eine Gruppenbehandlung nur im Rahmen einer gleichzeitig angebotenen – gegebenenfalls kurzen – Einzeltherapie, eventuell auch bei unterschiedlichen Therapeuten, zulässig. Der jeweilige Anteil von Gruppen- und Einzelbehandlung kann hier





frei gewählt werden. Dabei zählt eine Doppelsitzung Gruppentherapie wie eine Einzelsitzung. Auch in der psychosomatischen Grundversorgung sind Einzel- und Gruppensitzungen kombinierbar.

#### **Bewilligungsschritte**

In der nachfolgenden Tabelle bezeichnet die 1. Spalte den „Normalfall“ einer Langzeittherapie, die 2. Spalte den „besonders zu begründenden Fall“ und die 3. Spalte den „Ausnahmefall“. Bei VT beziehen sich die Zahlen auf Einzel- und Gruppentherapie gemeinsam. Im Beihilfeverfahren gelten andere Bewilligungsschritte.

<b>VT</b> /(Ki-Ju)	<b>45</b> / (45)	<b>15</b> / (15)	<b>20</b> / (20)
<b>TP</b> /(Ki-Ju)	<b>40</b> / (40)	<b>20</b> / (20)	<b>20</b> / (30)
<b>PA</b> /(Ki-Ju)	<b>80</b> / (40)	<b>40</b> / (20)	<b>30</b> / (30)

Wird eine Gruppentherapie im Anschluss an eine Einzeltherapie beantragt – was inhaltlich häufig erwünscht ist, so kann erneut der volle Leistungsumfang genutzt werden. Um eine Befreiung vom Gutachterverfahren auch bei Kurzzeit-Gruppentherapien (25 Sitzungen) zu erhalten, müssen von den 35 insgesamt erforderlichen Bewilligungen 15 speziell auf Gruppentherapie bezogen sein.

#### **Frequenz, Dauer, Gruppengröße**

Gruppensitzungen finden in der Regel einmal pro Woche statt und dauern 100 Minuten. Sie können aber auch – unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit – zweimal an einem

Tag abgerechnet werden, was die Durchführung von „Kompakttagen“ ermöglicht. Bei der VT sind im Ausnahmefall – zum Beispiel bei Expositionsbehandlungen – nach vorheriger Beantragung Behandlungsblöcke im Umfang von bis zu vier Einheiten möglich. Die Gruppengröße darf bei tiefenpsychologischen und analytischen Gruppen sechs bis neun, bei verhaltenstherapeutischen zwei bis neun (Beihilfe: acht), bei übenden Verfahren zwei bis zehn Teilnehmer umfassen. Innerhalb dieser Grenzen können auch privat Versicherte einbezogen werden.

#### **Finanzielles**

Die Gruppensitzung wird zurzeit mit 40,25 Euro (VT-Großgruppe = 20,30 Euro) pro anwesendem Teilnehmer vergütet. Bei maximaler Gruppengröße erscheint das zunächst als ein gutes Honorar. Dabei sollte man allerdings bedenken, dass die Vor- und Nachbereitung sowie das Protokollschreiben ungleich länger dauern als bei einer Einzeltherapie. Durch die Anzahl der Gruppenteilnehmer und die schneller aufeinanderfolgenden Bewilligungsschritte müssen zudem deutlich mehr Berichte geschrieben werden, die ja im Grunde durch das Sitzungshonorar mitfinanziert werden. Da meistens nicht alle Teilnehmer anwesend sind, der Gruppentermin aber, im Gegensatz zur Einzeltherapie, bei Absagen einzelner Teilnehmer nicht ausfallen kann, ist es empfehlenswert, von Anfang an eine Ausfallregelung zu treffen, die diesen Umstand einbezieht.



Foto: Privat

**Sigrid Pape** ist Psychologische Psychotherapeutin und Supervisorin. Sie arbeitet seit 1999 tiefenpsychologisch fundiert mit Einzelpatienten, Paaren und Gruppen in einer Praxengemeinschaft in Hamburg-Altona. Zurzeit bietet sie eine ambulante Therapiegruppe für junge Frauen an. Zuvor leitete sie mehrere Jahre lang eine Erziehungs-, Familien- und Lebensberatungsstelle und eine stationäre Jugendhilfeeinrichtung.

#### **Literatur:**

- Pape, S.** (2007): *Wie plane ich eine Therapiegruppe?* In: *Forum Psychotherapeutische Praxis* 7 (1), S. 7-14, Göttingen (Hogrefe)
- Rüger, U., et al.** (2009) *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien.* München (Urban & Fischer)

## Am Puls der Gruppe

*Viele suchtkranke Patienten erleben ihre Erkrankung als schicksalhaft. Die Bereitschaft zur Integration neuer Teilnehmer als „Leidensgenossen“ ist deshalb besonders hoch. Ein Erfahrungsbericht*

Von Corinna Beckschäfer

Die Gruppe besteht aus acht Männern und einer Frau im Alter von 40 bis 55 Jahren. Wie angekündigt kommen ein 23-jähriger Mann (Herr A.) und eine 58-jährige Frau (Frau U.) neu dazu. Fr. I. hat heute ihren 40. Geburtstag. Die Therapeutin begrüßt die Neuen und erläutert die Gruppenregeln. Fr. I. fragt die Neue, ob sie möchte, dass sie sich vorstellen. Fr. U. möchte das Wort zunächst den „alten“ Teilnehmern überlassen, um zu sehen, wie es hier vor sich geht. Daraufhin eröffnet Fr. I. die Vorstellungsrunde. Nachdem Herr M. sich angeschlossen hat, wartet Fr. U. die Runde nicht weiter ab und stellt sich vor. Es scheint, als hätte sie durch die vorangehenden Beiträge genug gehört, um sich sicher genug zu fühlen, und als möchte sie nicht länger warten. Die Aufregung, dass sie „dran“ ist, soll nicht weiter steigen. Sie berichtet, dass sie jahrzehntelang getrunken habe, bis sie im letzten Jahr an einer schweren Leberzirrhose erkrankte, an der sie fast gestorben sei. Wie schlimm ihr Zustand gewesen sei, hätten ihre Angehörigen viel bewusster miterlebt, weil sie selbst einige Tage im Koma lag. Von der weiteren Abstinenz hing ihr Leben ab. Sie nennt auch ein bestimmtes Datum, seit dem sie jetzt abstinent sei. Ohne dass die unterbrochene Runde fortgesetzt wird, stellt sich jetzt Herr A. vor. Die Aufregung, vor der Gruppe zu sprechen, ist ihm deutlich anzusehen. Er sagt, dass er mit seinen Kumpels mit 16 Jahren angefangen habe, zu viel zu trinken.

Sie hätten infolge dessen auch gegen das Gesetz verstoßen, sodass er eine mehrmonatige Gefängnisstrafe abzusitzen hatte. Für die jetzige ambulante Therapie habe er eine gerichtliche Auflage. Es sei aber auch sein eigener Wunsch, eine Therapie zu machen. Schulisch und beruflich sei er nicht weit gekommen, es sei ihm wichtig, Arbeit zu finden. Hier wird nachgefragt, ob es am Alkohol gelegen habe, dass er keinen weiterführenden Schulabschluss und Beruf habe, was er bejaht. Fr. I. stellt fest: „Wie mein ältester Sohn.“ Der sei auch drogenabhängig und auf die schiefe Bahn, aber „leider“ nicht in den Knast gekommen. „Leider“ insofern, als er dadurch eine Chance zur Umkehr bekommen hätte.

### **Abhängige kämpfen oft mit Scham und Schuld**

Während die Vorstellungsrunde fortgesetzt wird, wendet sich Herr C. zu Herrn A. Er habe auch mit 16 Jahren angefangen zu trinken. Später habe er oft vergeblich versucht, damit wieder aufzuhören. Doch das sei ihm erst mithilfe der vor einem Jahr begonnenen Therapie gelungen. Auch Herr N. sagt mit Blick zu Herrn A., durch den Alkohol habe er schon seinen Job, den Führerschein, seine Familie, „eigentlich alles“, verloren; doch das habe er sich „wiedergeholt“.

Im Gegensatz zu Vorstellungsrunden in Gruppen, in denen es oft scheint, als würden persönliche Angaben nur aneinander-

gereicht, werden in dieser Gruppe rasch Gemeinsamkeiten in Bezug auf die Alkoholabhängigkeit gefunden und persönliche Bezüge hergestellt. Sie ermöglichen es den neuen Teilnehmern, sich zunächst ohne Einbeziehung der schuldhaften und beschämenden Seite ihrer Suchterkrankung vorzustellen. Als etwas später Fr. U. noch ihre 41-jährige Tochter erwähnt, wird deutlich, dass drei Generationen in beeindruckender Weise mit vergleichbarer Problematik vertreten sind. Das unterstreicht ein familiäres Erleben der Gruppensituation.

Ein bedeutendes Thema in der Arbeit mit Abhängigen ist der Umgang mit Scham und Schuld:

Weil die Teilnehmer ihre Scham- und Schuldgefühle in der oben beschriebenen Gruppensituation zunächst übergehen, ermöglichen sie es den Neuen, sich bald zu integrieren und zugehörig zu fühlen. Im späteren therapeutischen Prozess ist dann diesbezüglich ein „Nachholen“ beziehungsweise eine „Nachreifung“ erforderlich.

Es ist vorteilhaft, einzel- und gruppentherapeutisch parallel vorzugehen: Die meisten Patienten betrachten die jeweiligen Prozesse als getrennt. Wenn auch das Einzelgespräch gelegentlich genutzt wird, um eine Bemerkung zum Erleben der letzten Gruppenstunde „loszuwerden“, erwarten Patienten in der Regel nicht, dass die Gruppenthemen im Einzelgespräch fortgeführt werden. Da es dennoch um einen einheitlichen Therapieprozess geht, haben die Teilnehmer die Möglichkeit, Anregungen aus dem Einzelgespräch probeweise in der Gruppe zu praktizieren. Dies geschieht nicht immer bewusst. Gelegentlich nehmen die Patienten in der Gruppe bei der Besprechung von Problemen ihrer Mitpatienten die gleiche Haltung ein, wie sie sie zuvor selbst einzeltherapeutisch erfahren haben, und können so neue Erfahrungen und zugleich einen Zuwachs an eigener Kompetenz mithilfe der Gruppe gewinnen.

**Corinna Beckschäfer** ist Diplom-Sozialpädagogin, Sozial- und Gruppen-Psychotherapeutin mit analytischer Orientierung und Heilpraktikerin.



## „Zurück zu den Anfängen: Unser Bild von der Bedeutung der therapeutischen Gruppenbewegung müssen wir revidieren“

Gruppenlehranalytiker Rolf Haubl ermahnt zur Rückbesinnung auf die sozialen Bezogenheiten des Menschen von Anfang an. Im Interview betont er die Bedeutung der Gruppenpsychotherapie und fordert ihre Weiterentwicklung für eine „individualisierte“ Gesellschaft

Das Interview führte Rüdiger Hagelberg

**Kann man sagen, dass die Attraktivität von Gruppen in einer Gesellschaft zunehmender Individualisierung abnimmt und sich dies auch auf die Gruppenpsychotherapie auswirkt?**

In der Tat ist es so, dass wir in den 60er und 70er Jahren eine Hochphase der Gruppenbewegung erlebt haben. Die Zugehörigkeit zu Selbsterfahrungsgruppen jedweder Richtung, in denen neue Verhaltensmuster er-

probt werden sollten, hat besonders die damaligen emanzipatorischen Strebungen gefördert. Daran gemessen hat die Hochschätzung inzwischen gelitten. Aber insgesamt stimme ich der These nicht zu. Man soll sich nicht täuschen: Selbsthilfegruppen sind aus der Gesundheitsfürsorge nicht mehr wegzudenken, und jeder Kirchentag belegt, wie groß die Sehnsucht nach Gruppenzugehörigkeit ist. Nur bilden sich diese Grup-

**Rolf Haubl** studierte Psychologie und Germanistik mit Schwerpunkt Sprachwissenschaft, Dr. phil. in Germanistik, Dr. rer. pol. Habil. in Psychologie. Seit 2003 ist er Professor für Soziologie und Psychoanalytische Sozialpsychologie im Fachbereich Gesellschaftswissenschaften der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt a.M., und Direktor des Sigmund-Freud-Instituts. Nach einem Jahrzehnt Einzel-Lehranalyse spezialisierte er sich auf Gruppenanalyse. Er ist Gruppenlehranalytiker (AG/DAGG) und Gruppenanalytischer Supervisor und Organisationsberater (DGVs). Er ist Mitherausgeber der „Freien Assoziation“ und der „Zeitschrift für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik“. Aktuelle Forschungsgebiete: sozialwissenschaftliche Emotionsforschung, Krankheit und Gesellschaft, Methodologie und Methodik psychoanalytischer Sozialforschung u. a.

**Veröffentlichungsauswahl:**

**Haubl, Lamott** (Hg.): *Handbuch Gruppenanalyse*. (1994)

**Haubl, R.** *Neidisch sind immer nur die anderen. Über die Unfähigkeit, zufrieden zu sein*. (2001)

**Haubl, R.** *Gewalt in der Schule* in Leuzinger-Bohleber, Haubl, Brumlik (Hg.): *Bindung, Trauma und soziale Gewalt* (Schriften des SFI, 2006)

**Haubl, Brähler** (Hg.): *Neue moderne Leiden, Krankheit und Gesellschaft*. In: *Psychosozial* 30, Heft 4 (2007)

**Haubl, R.** *Macht und Psyche in Organisationen*. In: Schriften des SFI, Reihe 3: *Psychoanalytische Sozialpsychologie*, Bd. 3 (2007)

**Haubl, R.** *Schule als pathogener Ort*. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 43 (2007)

pen heute außerhalb des Medizinsystems und verbinden vitale Bedürfnisse oder Leiden mit politischem Anspruch. Das ist in Therapiegruppen eher nicht möglich oder gewollt. Betrachtet man die Sehnsucht nach Gruppenzugehörigkeit genauer, dann werden oft Gruppen mit flacher Hierarchie und ohne langfristige Bindungen bevorzugt. Das entspricht der Individualisierung in unserer Gesellschaft, die mit einer größeren Fle-

## „Wenn Therapeuten klagen, dass sie ihre Gruppen nicht vollkriegen, liegt das nicht immer an den Patienten“

xibilität einhergeht. Das kann sich als häufiger fluchtartiger Gruppenwechsel äußern, aber auch als Neugier auf neue Kontakte.

Zu bedenken ist ein Weiteres: Wenn die Attraktivität der Gruppenpsychotherapie nachlässt, dann auch deshalb, weil wir es heute immer mehr mit früher und damit auch schwerer gestörten Menschen zu tun haben. Eine dyadische Therapiestruktur liegt dann erst mal näher, in der Gruppenkompetenz allmählich erworben werden muss.

Schließlich gibt es auch auf der Behandlerseite Faktoren, die zu bedenken sind: Wenn Gruppentherapeuten klagen, dass sie ihre Gruppen nicht vollbekommen, liegt das nicht immer an den Patienten. Denn es gibt von Therapeutenseite selbst bisweilen Widerstände, wegen des größeren bürokratischen Aufwands in der Gruppentherapie und anderer eher pragmatischer Erfordernisse. Darüber hinaus gibt es das Kredo der Gruppenpsychotherapie, dass Patienten vor allem von anderen Patienten profitierten. Ein guter Gruppenpsychotherapeut macht sich mit der Zeit überflüssig. Damit sind narzisstische Kränkungen des Leiters denkbar, die sich in einer unbewussten Entwertung von Gruppen manifestieren können. Alles in allem gehe ich davon aus, dass Gruppen auch im therapeutischen Kontext längst nicht am Ende sind, aber offensiver vertreten werden sollten.

### **Welches sind die Entwicklungspotenziale, die Sie damit für die Gruppenpsychotherapie sehen?**

Zunächst einmal ist die Gruppenpsychotherapie im stationären Bereich noch immer das am häufigsten angewendete Verfahren. Eine Lücke tut sich dann in der Tat im Übergang vom stationären zum ambulanten Bereich auf, die durch ein Netzwerk von am-

bulanten Angeboten, besonders Gruppenangeboten, geschlossen werden müsste.

Auch was eine erfolgversprechende Gruppenzusammensetzung betrifft, gilt es nachzubessern. Dazu gehören Überlegungen zu störungsspezifischen Gruppenangeboten, bei denen Setting und Interventionstechnik auf die Störung abgestimmt sind. Bisher wird meiner Auffassung nach zu viel dem Zufall überlassen, wobei freilich zuzugestehen ist, dass der einzelne ambulante Gruppenpsychotherapeut dabei schnell an Grenzen stößt.

### **Entspricht dies der Forderung einiger Kassen für die Einzeltherapie, die Indikation für bestimmte Psychotherapieverfahren von der Störungsdiagnose abhängig zu machen?**

Nein, das ist nicht gemeint. Mir geht es um eine adaptive Indikation. Unterschiedliche Störungsbilder erfordern ja beispielsweise unterschiedliche Haltungen des Therapeuten zur Abstinenz, zur Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen oder auch zur Deutungsarbeit. Gruppenpsychotherapie könnte unter Umständen wirksamer sein, wenn der Therapeut störungsspezifisch interveniert. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass es bisher weitverbreitete gruppenpsychotherapeutische Auffassung ist, Gruppen so heterogen zusammensetzen, dass sich komplementäre Störungsbilder zu einer „gesunden“ Gruppe fügen. Nicht auszuschließen ist daher, dass sich eine störungshomogenere Gruppe dann eher „zum Kranken“ potenziert. Die Überlegungen sind längst nicht abgeschlossen. Überdies ist für die Zukunft unerlässlich, dass Gruppenpsychotherapien mehr vorbereitet werden. Künftige Teilnehmer sollten über das Wie und das Warum der Verfahren genauso gut informiert sein

wie die Therapeuten über die Erwartungen ihrer künftigen Gruppenmitglieder, einschließlich ihrer Wertvorstellungen. Studien belegen, dass Psychotherapieverfahren, für die sich Patienten bewusst entschieden haben, am erfolgreichsten sind.

Ein weiteres Entwicklungspotenzial der Gruppenpsychotherapie für die Zukunft ergibt sich nicht nur aus ihren inzwischen wissenschaftlich gut belegten Behandlungserfolgen, die den Erfolgen von Einzelpsychotherapien in nichts nachstehen, sondern auch aus neueren Entwicklungstheorien wie der Bindungstheorie oder der Mentalisierungstheorie. Galt Gruppenpsychotherapie bisher als aus der Einzelpsychotherapie abgeleitetes und nicht genuines Verfahren, so lässt sich das mit guten Gründen bestreiten.

### **Wir gehen aber doch davon aus, dass am Anfang die Dyade steht, die wir in der Einzelpsychotherapie symbolisieren!**

Konstitutionstheoretisch geht die soziale Determination der Individuierung voraus. Die Dyade ist ebenso eine Abstraktion wie das Individuum. Es sind Figurationen einer sozialen Matrix, die ihnen zugrunde liegt.

### **Ist eine Integrative Gruppenpsychotherapie das Modell der Zukunft?**

Es gibt Strömungen in der Gruppenpsychotherapie, die unspezifischen Wirkfaktoren der Verfahren höher einzuschätzen als die spezifischen. Unspezifische Wirkfaktoren sind zum Beispiel das Wiedererkennen des Problems am anderen Gruppenmitglied oder das Feedback. Die Forschung ist sich aber bei der Gewichtung der unspezifischen und spezifischen Wirkfaktoren keineswegs einig. Es hat sich gezeigt, dass die spezifischen Wirkfaktoren dort durchaus wirken, wo sie mit der Wertbindung eines Patienten korrespondieren. Grob gesprochen ist Einsichtsfähigkeit für Patienten aus dem sogenannten Bildungsbürgertum ein wichtiger spezifischer Wirkfaktor („ich verantworte meine Veränderung selbst“). In einer Gruppe aus Mitgliedern der sogenannten Unterschicht mögen dagegen mehr sozialtechnische Interventionen bestimmend sein („ich wünsche, verändert zu werden“). Behand-

lungsmethoden leuchten Gruppenmitgliedern nur vor dem Hintergrund ihres eigenen Weltbildes ein. Das macht eine Spezifizierung notwendig. Es geht um Wertrationalität, die durch Zweckrationalität nicht ersetzt werden kann.

**Die populäre Gegenüberstellung von Individuum und Gesellschaft haben Sie als falsch bezeichnet. Menschen existierten nur als Mit-Menschen, und die Möglichkeit einer Individuierung sei ein sozialer Effekt. Dazu eine letzte Frage zu einem aktuellen Thema: Könnte der „Amoklauf“ in Winnenden die Folge einer „pathologischen Vereinzelung“ des Täters sein, dessen soziale Bindungen durch virtuelle Bezüge ersetzt wurden? Und wäre dies eine Erklärung für die Grausamkeit des Geschehens?**

Zunächst einmal, wir verwenden das Wort „Amok“ nicht, weil die Vorgänge in Winnenden und frühere ähnliche Ereignisse nicht die Merkmale von Amok, Plötzlichkeit und Rätselhaftigkeit, aufweisen. In den Sozialwissenschaften sprechen wir von „school-shooting“. Einer meiner Diplomanden hat in einer Untersuchung der Internet-Auftritte der fast ausschließlich männlichen Jugendlichen festgestellt, dass es sich bisher immer ursächlich um eine lange Verkettung von permanentem Wegschauen und organisierter Verantwortungslosigkeit gehandelt hat. Es ist mangelnde soziale Resonanz, warum sich „school-shooter“ in eine virtuelle Welt zurückziehen.

Sie verhalten sich ähnlich wie der Säugling einer depressiven, mimisch und gestisch unbewegten Mutter. Ein solches Kind wendet immer extremere Mittel an, um sie zu bewegen, auf es zu reagieren, weil es sich selbst

nur so als sozial wirksam erleben kann. Hat dies keinen Erfolg, sind schließlich Apathie und psychischer Tod die Folge. Auch „school-shooter“ zielen auf soziale Resonanz. Die Mittel, die sie wählen, werden immer extremer. Wenn sie schließlich Mitmenschen und sich selbst töten, ist das für einen Moment das Erleben höchster Selbstwirksamkeit, der aber keine Wende bringt. Wenn ein „school-shooter“ sich selbst tötet, dann nicht aus einem Schuldgefühl heraus, sondern weil er bereits aufgrund mangelnder sozialer Resonanz seit Langem gestorben ist.

**Das Ausweichen in virtuelle Welten und grausame Computerspiele scheinen demnach keine Ursachen für die späteren Taten zu sein, sondern eher eine Art Zwischenstadium auf dem Weg in die Katastrophe?**

Zwischenzeitlich erleben „school-shooter“ in der Tat Selbstwirksamkeit nur noch im virtuellen Leben. In der realen Welt gelingt es ihnen nicht, sie herzustellen. Für diese Beschämung wollen sie sich auf grandiose Weise rächen, indem sie sich mit kaltem Herzen anmaßen, über Leben und Tod zu bestimmen. Haben sie sich erst einmal in eine solche Größenfantasie hineingestiegen, sind sie nicht mehr zu erreichen. Insofern handelt es sich wirklich um eine „pathologische Vereinzelung“ als gewissermaßen finales Symptom. Diagnostisch geht es vermutlich eher um eine manisch abgewehrte adoleszente Depression. In vielen Fällen hätte es nicht so weit zu kommen brauchen, wenn es Eltern, Lehrern und Mitschülern gelungen wäre, sich nicht von Sinn verstehenden Beziehungsangeboten abschrecken zu lassen. Aber das ist leichter gesagt als getan. —



## Gemeinschaft aus katholischer Sicht

**Ein Blick in die Zweite Enzyklika „SPE SALVI“ von Papst Benedikt XVI. vom 30. November 2007**

Die Zweite Enzyklika „SPE SALVI facti sumus“ handelt von der Hoffnung des Menschen: „auf Hoffnung hin sind wir gerettet“ (Paulus, Röm 8, 24).

An Paulus angelehnt beschreibt der Papst die Bedingungen der Rettung des Menschen zum seligen Leben, zur Erlösung: durch die Gnade Gottes und insbesondere durch die Hoffnung. Ist aber, so wird gefragt, christliche Hoffnung individualistisch? Das neuzeitliche Christentum habe sich „angesichts der Erfolge der Wissenschaft in der Entwicklung der Gestaltung der Welt“ weitgehend auf das Individuum und sein Heil zurückgezogen und so den Radius seiner Hoffnung verengt. Hoffnung im christlichen Sinne sei aber auch immer Hoffnung „für die anderen“. So sehr zur großen Hoffnung ein „für alle“ gehöre, weil man nicht gegen die anderen und nicht ohne sie glücklich und frei werden könne, so sei umgekehrt eine Hoffnung, die mich nicht selber betrifft, keine wirkliche. Der Papst beschreibt damit die gegenseitige Bedingtheit des individuellen Heils und des Heils der Gemeinschaft. Eins ist mit dem anderen verwoben.

**„Immer besteht die Frage, ob das Soziale dem Individuellen vorausgeht oder umgekehrt“**

# Impulse für die Gruppenpsychotherapie in der Praxis

*Die Entwicklung der Gruppenpsychotherapie scheint blockiert. Therapeuten fühlen sich oft überfordert und wagen nicht den Schritt zur Gruppe. Was ist zu tun?*

Von Heribert Knott

Im Juni 1999 wurde der BAG (Berufsverband der Approbierten Gruppenpsychotherapeuten e.V.) nach langer Vorgeschichte gegründet. Zwölf Jahre zuvor war die bis dahin feste Koppelung von Honoraren für Gruppen- und Einzelpsychotherapie zuungunsten der Gruppenpsychotherapie aufgegeben worden.

Bis zur Gründung des BAG hatten sich alle organisatorischen Strukturen als unzureichend erwiesen, die erhebliche finanzielle Benachteiligung der Gruppenpsychotherapie rückgängig zu machen.

Der BAG konnte fast alle ärztlichen, psychologischen und kinderpsychotherapeutischen Verbände erstmalig in dem Anliegen zusammenführen, Gruppentherapie besser zu honorieren. Am 29. Oktober 2001 wurde ein von allen Verbänden unterstützter Vorschlag dazu an alle Krankenkassen versendet. In zahlreichen Gesprächen gelang es dann, Kostenträger und KBV zu überzeugen, dass die alte Koppelung der Honorare für Gruppen- und Einzelpsychotherapie am 1. April 2005 wieder in Kraft trat. Die Honorierung von Gruppenpsychotherapie verbesserte sich damit um 66 Prozent und mehr.

Wider Erwarten haben diese Honorar erhöhungen nicht zu erheblich zunehmender Abrechnung von Gruppentherapie geführt. Lediglich im Bereich der Verhaltenstherapie ist ein überproportionaler Zuwachs zu verzeichnen. Nach einem Vergleich der

Jahre 2004 und 2007 liegt der Zuwachs in den psychoanalytisch begründeten Gruppenverfahren gegenüber dem Zuwachs der Einzeltherapie bei nur etwa 15 Prozent.

Dafür gibt es zunächst organisatorische Gründe. Raumfragen sind für die Gruppentherapie schwerer zu lösen und bei der Gruppenorganisation ist oft personelle Unterstützung erforderlich. Die Gruppe bindet den Therapeuten stärker terminlich, eine Absaberegelung ist komplizierter. Das Krankenkassenantragsverfahren fordert weit mehr Berichte als in der Einzeltherapie. Die Indikation für Gruppenpsychotherapie wird zu selten gestellt.

## **Die Berichte im Krankenkassenantragsverfahren sind nicht gruppenadäquat**

Vorwiegend sind es aber inhaltliche Gründe, die Kollegen zögern lassen, vermehrt Gruppenpsychotherapie anzubieten. Für Einzelpsychotherapie ist man in Deutschland besser ausgebildet. Schon rein quantitativ ist die einzelpsychotherapeutische Ausbildung viel umfangreicher als die gruppenpsychotherapeutische. Die Gruppentherapie-Ausbildung ist immer nur eine zusätzliche Ausbildung. Unsere an der Zweierbeziehung orientierte psychotherapeutische Ausbildung und Theorie erfordert eine Umorientierung hin zu einer Berücksichtigung der zugrundeliegenden basalen Gruppen-

verfasstheit des Menschen. Das vorwiegende Denken in der Einpersonen-Psychologie beziehungsweise in der Zweierbeziehung macht es uns sehr schwer, in Gruppenkategorien zu denken und zu fühlen.

Erst recht wird es schwierig, etwas bewusstseinsnah zu entwickeln, was ich „Sinnesorgan für die Gruppe“ nenne. Auch in den psychotherapeutischen Metatheorien dominiert der individuelle Gesichtspunkt. Gruppenfähigkeit gilt allgemein als ein Reifeschritt, wenngleich eigentlich bekannt ist, dass in der mentalen Entwicklung des Menschen unbewusste Gruppenphantasien der Individuierung vorausgehen. So ist es nicht verwunderlich, wenn der Therapeut sich von der Gruppe überfordert fühlt und immer wieder gerade auch eine unbewusste Angst vor der Gruppe hat – und deshalb auch von Fachleuten die Indikation für Gruppenpsychotherapie viel zu selten gestellt wird. Um dem regressiven Sog der Gruppensituation gewachsen zu sein und ihn nicht nur äußerlich unzerstört zu überleben, sondern kreativ zu nutzen, muss der Gruppenpsychotherapeut in seiner Ausbildung auch eine genügend gute Selbsterfahrung in Gruppen gemacht haben. Auch in der einzeltherapeutischen Ausbildung wäre eine theoretische, besser auch praktische Vermittlung der Gruppenverfasstheit des Menschen förderlich. Was ist also zu tun, um die trotz der skizzierten Probleme nachgewiesen sehr wirksame und nicht nur

im finanziellen Sinn ökonomische Gruppenpsychotherapie zu fördern?

**A.** Die praktisch-organisatorischen Notwendigkeiten sind prinzipiell nicht vermeidbar, mäßigen sich jedoch im Lauf der Zeit durch eine gewisse Routine. Organisatorische Unterstützung von außen verbietet sich wegen der notwendigen Intimität der Arzt-Patient-Beziehung.

Kurzfristig könnte die Unterversorgung mit Gruppenpsychotherapie durch folgende Maßnahmen gemildert werden:

**B.** Der vorbewussten Angst, sich mit den Anforderungen der Gruppenpsychotherapie auseinanderzusetzen und neue Gruppen zu beginnen, könnte man mit einem sehr wirksamen praktischen Anreiz begegnen: Eine geeignete Institution könnte Intervision in Gruppen für alle Gruppenpsychotherapeuten vermitteln; diese Intervision könnte auch verfahrenübergreifend sein; verhaltenstherapeutische und psychodynamisch orientierte Kollegen könnten diese Intervisionsgruppe gemeinsam führen, da es hier auf das Gruppenspezifische ankommt und nicht auf das Verfahrensspezifische.

**C.** Die Berichte im Krankenkassenantragsverfahren müssen gruppenadäquat werden. Eine gruppenadäquate Regelung könnte etwa sein, dass jeder Behandler alle 40 Sitzungen (also einmal im Jahr bei wöchentlichen Sitzungen) einen Bericht verfasst. Dieser Bericht muss konzentriert sein auf die Entwicklung der gesamten Gruppe. Er wird nicht mehr unterschieden zwischen Erst- und Folgebericht. Bezüglich der einzelnen Teilnehmer beschreibt er lediglich, inwieweit diese die Entwicklung aktiv beeinflussen und/oder von ihr profitieren. Des Weiteren sollte der Bericht eine Hypothese beschreiben, in der die Entwicklung interpretiert wird, sowie eine Prognose über den weiteren Verlauf.

Diesen akut wichtigsten Vorschlag könnte man überschreiben mit: Gleichstand herstellen – numerisch und inhaltlich – von Einzel- und Gruppenpsychotherapie im Krankenkassenantragsverfahren (siehe Kästen). Mittelfristig zu verwirklichen und dringend notwendig ist folgender Vorschlag:

**D.** Um das beschriebene strukturelle Defi-

zit an Empfinden für Gruppenverfassungen zu mildern, ist die Ausbildung in der Praxis zu verbessern und die im Vergleich zur Einzelpsychotherapie wenig explizite Theorie der Gruppe bekannt zu machen. Dies schließt ein, die großen Fortschritte der jüngsten Zeit in der Konzeptualisierung der Einzeltherapie mit der Praxeologie der Gruppentherapie zu vernetzen.

Längerfristig sollten die Möglichkeiten der Gruppenbehandlung umfangreicher genutzt werden:

**E.** Größere Gruppen sind therapeutisch nach allen bisherigen Erfahrungen mindestens so wirksam wie die derzeitigen Gruppen mit maximal neun Teilnehmern. Daher wäre die Implementierung von mittelgroßen Gruppen („median group“, 12 bis 20 Teilnehmer) in das Gesundheitssystem sehr wünschenswert. Um solche Gruppen leiten zu können, bedarf es einer gründlichen zusätzlichen Ausbildung.

Bei Kindern und Jugendlichen wird Gruppenpsychotherapie noch seltener angewendet als bei Erwachsenen. Gruppengrößen und Dauer der Sitzungen – bei den psychodynamischen Verfahren unverändert von der Erwachsenentherapie übernommen – sind nicht altersentsprechend. Kleine Gruppen – zwei bis fünf Teilnehmer – gibt es bisher nur in der Verhaltenstherapie. In der Gruppentherapie sollten Sitzungsdauer und Teilnehmerzahl mit dem Alter der Patienten etwa in folgender Weise allmählich steigen:

**F.** Für Kinder im Vorschulalter 60 Minuten bei drei bis fünf Kindern; im Schulalter bis neun Jahren: 75 Minuten bei vier bis sechs Kindern; im Alter von neun bis zwölf Jahren: 90 Minuten bei fünf bis sieben Kindern; ab 13 bis 16 Jahren: 90 Minuten bei fünf bis acht Jugendlichen.

Darauf nehmen aber die Psychotherapie-Richtlinien bisher keine Rücksicht.

Zusammengefasst gilt, dass sich vor allem konzeptuelle Schwierigkeiten als Ursache für die nach wie vor geringe Abrechnungshäufigkeit der Gruppenpsychotherapie heraus kristallisieren. Es kommt darauf an, der Gruppenpsychotherapie den aufgrund ihrer Wirksamkeit zustehenden Platz in der Krankenversorgung allmählich zu geben.

## Der gruppenadäquate Bericht im Gutachterverfahren

*Der Bericht im Krankenkassenantragsverfahren muss analog zur Einzelpsychotherapie gestaltet werden*

Das Gutachterverfahren für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie sollte gruppenadäquat gestaltet und gleichwertig zum Bericht in der Einzelpsychotherapie verfasst werden, wie es oben vorgeschlagen wurde und hier in einer beispielhaften Aufzählung vorgestellt wird:

1. Spontanäußerungen in der Gruppe:  
Hier sollen signifikante Äußerungen der Gruppenmitglieder berichtet werden.
2. Kurze Darstellung der Entwicklung der Gruppe
3. Krankheitsanamnese der Gruppe
4. Psychischer Befund der Gruppe als ganzer – mit denselben Unterpunkten wie im Bericht für Einzelpsychotherapie
5. Somatischer Befund der Gruppe als ganzer (Körperschemastörung des Selbstbildes der Gruppe inklusive der Bedeutung der einzelnen Störungen und der einzelnen Mitglieder für das Ganze)
6. Gruppendynamik der neurotischen Konstellation
7. Gruppen-neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt des Berichts
8. Behandlungsplan und Zielsetzung
9. Prognose der Gruppenpsychotherapie

Damit wäre eine adäquate Beschreibung der Gruppentherapie im Vergleich zur Einzeltherapie möglich und die Anforderungen an Behandler und Behandlungsplan angemessen. Die würde für die Verhaltenstherapie ebenso gelten.

**Heribert Knott** ist Lehranalytiker für Psychoanalyse und Gruppenanalyse. Von 1999 bis 2008 war er Vorsitzender des BAG.

## Zwischen Vision und Wirklichkeit

*Der DAGG steckt im Stimmungstief. Das Interesse an Gruppenarbeit geht zurück. Im Wandel der Gesellschaft wächst aber der Bedarf an Gruppenangeboten. Von der Gründungsidee des DAGG zur heutigen Verfasstheit*

Von Hella Gephart

\_\_\_ **Schon 1959** wurde der Österreichische Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik von Raoul Schindler gegründet. Diesem Beispiel folgend gab es auch in Deutschland ein starkes Interesse, die Personen, die mit Gruppen arbeiteten, in einem Fachverband zusammenzuschließen. Wichtiges historisches Datum in der hiesigen Gründungsgeschichte war das von Kurt Höck 1966 unter Beteiligung westdeutscher Gruppenfachleute veranstaltete internationale Symposium zur Gruppentherapie im Haus der Gesundheit in Ostberlin. Es stellte den Auftakt für die Gründung des Deutschen Arbeitskreises für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG) 1967 dar, an dem unter anderem Annelise Heigl-Evers, Helmut Enke, Hans-Joachim Werner, Georg-Heinrich Schwöbel, Dorothea Fuchs-Kamp und Tobias Brocher beteiligt waren. Alf Däumling brachte die Gruppendynamik Kurt Lewins mit ein. Leitidee war und ist, einen fachlichen Rahmen für die Erforschung und Anwendung von Gruppenprozessen verschiedenster Art mit multiprofessioneller Beteiligung zu schaffen.

### **Gesellschaftlicher Hintergrund**

Die Gründung des Verbandes wurde von allerhand Bedenken und Kritik begleitet. Horst-Eberhard Richter trug Sorge, dass die analytische Gruppentherapie durch die

Begegnung mit anderen Methoden an Qualität verlieren würde. Auch Tobias Brocher war zunächst skeptisch. Eine große Rolle spielte die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), die sich für die Standards von Therapie und damit auch Gruppentherapie zuständig fühlte und diese Position nicht aufgeben wollte.

Die erste Satzung des DAGG organisierte das fachliche Leben in methodenorientierten Sektionen, eine Entscheidung, die sich meines Erachtens als eine der Hauptursachen für die Konfliktstruktur im DAGG erweisen sollte. Statt Arbeitsfelder zu definieren, wie man es auch diskutierte, wurde die Chance, berufs- und feldübergreifende Organisationsstrukturen zu gründen, zugunsten dieser Methodenorientierung vergeben. Zwei Nachteile entstanden: Dadurch, dass man nur über die Aufnahmeverfahren der Sektionen Mitglied im DAGG werden kann, entsteht eine starke Identifikation mit der Sektion/Methode und weniger mit dem Gesamtverband. Außerdem greift der gruppendynamisch übliche Mechanismus der Identifikationsbildung durch Vergleich mit benachbarten Gruppen: Erst durch Abgrenzung von den anderen Sektionen entsteht die eigene Identität. Auch wenn dies nicht zwangsläufig destruktiv sein muss, bleibt die Gefahr eines eher bewertenden Vergleichs – auch innerhalb des DAGG – bestehen. Diese Gefahren wären durch die

Organisation in Arbeitsfeldern mit gemischt vertretenen Berufsgruppen und methodischen Ansätzen weniger groß gewesen.

In den Anfängen des DAGG war das Klima durchaus von gegenseitiger Neugier getragen. Vertreter verschiedener Sektionen luden zur Kooperation ein und lernten auf gemeinsamen Tagungen und Workshops voneinander. Allerdings wurde die Verpflichtung für eine Teilnahme an Veranstaltungen anderer Sektionen nicht in den Ausbildungsrichtlinien der Sektionen verankert. Als dann die Interessen der Sektionen in den 80er und 90er Jahren auseinandergingen, verlor sich diese Kultur weitgehend. In diesen Jahren waren die Mitglieder der Sektionen „Analytische Gruppentherapie“ und „Klinik und Praxis“ vor allem bemüht, dass die Gruppentherapie als Kassenleistung anerkannt wurde. Die Gruppendynamiker beschäftigten sich mit ihrer Professionalisierung im Sinne der Anwendung der Gruppendynamik in verschiedenen Praxisfeldern. Die Psychodramatiker kämpften um die Anerkennung ihres Verfahrens im Rahmen des Psychotherapeutengesetzes und die Sozialtherapeuten um die Verbreitung ihrer Ansätze im sozialpolitischen Raum. Mit anderen Worten: Partikularinteressen traten in den Vordergrund, in dieser Phase ging das inhaltliche Interesse aneinander verloren, und die von Anfang an durch die Konstruktion des DAGG nahegelegte Konkurrenz zwischen den Sektionen gewann an Raum.



Die Gründung eines Gruppenfachverbandes fiel nicht vom Himmel, sondern wurde durch gesellschaftliche Phänomene hervorgerufen und/oder getragen. Kurt Lewin hat – angetrieben von den schrecklichen Erfahrungen mit der Gewaltherrschaft der Nationalsozialisten in Deutschland – die „Sensitivity Trainings“ als Möglichkeit der basalen Demokratisierung und Immunisierung gegen autoritäre, faschistoide Strukturen entwickelt. In den 60er und 70er Jahren fand die Gruppenarbeit eine euphorisch anmutende Entwicklung und Rezeption. Damit verbunden war die Sehnsucht, die Gruppe möge eine friedliche Gegenwelt zur konfliktgeschüttelten Realität ermöglichen. In dieser Zeit und auch noch in den 80er Jahren galt die Gruppe als Reparaturwerkstatt für gesellschaftliches Versagen. Außerdem wurde Gruppentherapie immer auch als Antwort auf mangelnde Ressourcen in der psychotherapeutischen Versorgung angesehen. Dann folgte der bis heute anhaltende Niedergang der Gruppenarbeit in allen Spielarten von Therapie, Selbsterfahrung, politischen und Selbsthilfegruppen. Die Zahl der durch die

Kassen abgerechneten Gruppentherapien stagniert trotz besserer Honorierung. Gruppenformen in der ambulanten Arbeit mit psychisch Kranken sind im Vergleich zur individuenzentrierten Förderung kaum noch zu finden. Auch auf der gesellschaftlichen Ebene wurde das Motto „jeder eine Ich-AG“ zum Leitbild.

### **Die Entwicklungsmöglichkeiten des DAGG**

Der DAGG und seine Sektionen sind mit dieser Entwicklung eng verflochten. Der Niedergang des Interesses an Gruppenarbeit prägt die Stimmung in einem Verband. Es wurde angestrengt nach Lösungen gesucht: Ab Ende der 80er Jahre wurde im DAGG immer wieder überlegt, ob der Verein sich in einen „therapeutischen“ und einen „nicht therapeutischen“ Bereich gliedern sollte, um damit eine Fokussierung der Arbeit zu fördern. Dieser Vorschlag ist inzwischen obsolet: In einer Mitgliederbefragung des DAGG im Sommer 2008 wurde deutlich, dass die beruflichen Felder der Mitglieder breit gestreut und quer über alle Sektionen vertreten sind. Die klassische Aufteilung in klinische und nicht klinische Sektionen ist vor diesem Hintergrund nicht mehr aufrechtzuerhalten. Therapie, Supervision, Beratung und Bildung sind laut Befragung als wichtige sektionsübergreifende Arbeitsfelder zu betrachten.

In den Zukunftskonferenzen 2005 und 2007 haben sich Mitglieder des DAGG mit Stärken und Schwächen und inhaltlichen Visionen einerseits und mit einer passenden Organisationsstruktur andererseits befasst. Als Stärken wurden vor allem die Vielfalt in der Interdisziplinarität der Sektionen, die theoretisch-fachlichen Kompetenzen, das Know-how über die praktische Verwertbarkeit des Gruppenformats und der DAGG selbst als fachliche Heimat, die es so in der BRD sonst nicht gibt, benannt. Gesellschaftlichen Rückenwind für den DAGG glauben die Mitglieder vor allem in der wachsenden Beschleunigung gesellschaftlicher Veränderungen, der dadurch entstehenden Sehnsucht nach Sicherheit in einer Gemeinschaft und in dem steigenden Bedarf nach Gruppen-Know-how zu sehen. Als Aufgaben wurden benannt: die Verstärkung intersektioneller Projekte, eine

gesellschaftspolitisch relevante Öffentlichkeitsarbeit und die Weiterentwicklung der Organisationsstruktur. Die Diskussion gerade um diesen letzten Punkt ist nicht beendet. Vieles deutet darauf hin, dass die Sektionen sich in jeweils eigenen Vereinen selbstständig machen und die Aufgaben eines zu bildenden Dachverbandes DAGG und der Unterverbände klarer fokussiert werden. Die Notwendigkeit der Balance von Eigenständigkeit und Integration der Verfahren, die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit und einer starken Vertretung nach außen und die Sicherung der Qualität der Ausbildung und Berufsausübung sind die zu bewältigenden Aufgaben. Zu 94,3 Prozent sind sich die Mitglieder in der Aussage einig, dass der DAGG als Gesamtverband erhalten werden soll.

Gruppenkompetenz bleibt in vielen Bereichen unverzichtbar: in Sozialisation und Bildung, in Gesundheitswesen und Politik, in Therapie und Beratung, in Supervision und Organisationsentwicklung. Für den DAGG liegt hier die Chance, sich mit seiner Kompetenz und Methodenvielfalt in den entsprechenden Anwendungsfeldern zu engagieren und damit gleichzeitig die eigene Professionalität weiterzuentwickeln. Dass in der gesellschaftlichen Diskussion zurzeit wieder Themen von Solidarität und sozialer Verantwortung aufgerufen sind – gleich ob als drohender Konflikt zwischen den Generationen oder zwischen Arbeitenden und Arbeitslosen, lässt die damit gefragten Kompetenzen der Gruppenfachleute mit Sicherheit wieder in den Vordergrund rücken.

### **Literatur:**

**Gfäller, G.R., und Leutz, G.:** *Gruppenanalyse, Gruppendynamik, Psychodrama*. 2. Aufl. Heidelberg (2006) (Mattes Verlag)

**Hirsch, Mathias:** *Gedanken zum Schwimmen der Attraktivität analytischer Gruppenpsychotherapie*. In: *Gruppentherapie und Gruppendynamik* 40 (2004), Heft 2, S. 164-178

**Richter, Horst-Eberhard:** *Lernziel Solidarität*. Gießen 1974/1998 (edition psychosozial)

*Sonderheft Matrix* (2007) mit Dokumenten und Beiträgen zur Entwicklung des DAGG ([www.dagg.de/pdf/matrix/Matrix2\\_2007.pdf](http://www.dagg.de/pdf/matrix/Matrix2_2007.pdf))



Foto: Privat

**Dr. Hella Gephart** ist Vorsitzende des DAGG, Trainerin für Gruppendynamik (DAGG) und Gestalttherapeutin (DVG). Seit 1988 führt sie eine Praxis als Psychotherapeutin und ist als Professorin-Vertreterin an der Fachhochschule Köln im Bereich Sozialpsychologie und Gruppendynamik tätig.

## Chance für die deutschsprachige Gruppenpsychotherapie

*Die Internationale Gesellschaft für Gruppenpsychotherapie und Gruppenprozesse führt die soziale und therapeutische Dimension von Gruppenarbeit auf internationalem Niveau zusammen*

Von *Jörg Burmeister*, Präsident der IAGP ab August 2009

Die IAGP (Internationale Gesellschaft für Gruppenpsychotherapie und Gruppenprozesse) wurde 1973 in Zürich von Jakob Levy Moreno, Begründer des Psychodrama, Sigmund H. Foulkes, Begründer der analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie, sowie unter anderem Annelise Heigl-Evers, 1. Vorsitzende des DAGG, Grete Leutz und Raymond Battegay gegründet. Die IAGP führt die soziale und therapeutische Dimension von Gruppenarbeit

auf internationalem Niveau zusammen und trägt zum Ausbau ihrer Professionalität bei. Von Anfang an zeigt sich am Modell der IAGP, dass Unterschiede im Hinblick auf Methoden, Kulturen oder Generationen professionellen Mehrwert generieren können. Dabei werden bestehende Differenzen zugunsten der Vision einer gemeinsamen Perspektive für die internationale Gruppentherapie überwunden. Die IAGP hat sich so im Laufe der letzten Jahrzehnte als

tragfähige Basis für eine Integration ganz unterschiedlicher Kulturen und Modellvorstellungen erwiesen. Es haben sich Sektionen einzelner Methoden – Gruppenanalyse, Psychodrama, Familientherapie – gemeinsam mit anwendungsbezogenen Fachgruppen innerhalb der IAGP entwickelt, zum Beispiel Organisationsberatung. Die dreijährig ausgerichteten, großen internationalen Kongresse bilden zusammen mit Regional Conferences, zum Beispiel in Asien, Südamerika, und einer Ausbildungsakademie in Granada eine ideale Plattform für Austausch, Dialog und unterschiedlichste Weiterbildungsformate im interkulturellen und Gruppenbereich. Bedeutende Gruppenorganisationen wie etwa der DAGG und der ÖAGG gehören der IAGP ebenso wie individuelle Mitglieder aus allen Kontinenten an. Humanitäre und Ausbildungsprojekte bilden neue Akzente der Arbeit unserer Organisation.

**Weitere Informationen:** [www.iagp.com](http://www.iagp.com) und [www.granada-academy.com](http://www.granada-academy.com)

### NACHRUF

## Abschied von Kurt Höck

*Ohne „Vater Höck“ hätte es Gruppenpsychotherapie in der DDR so nicht gegeben. Wir trauern um ihn. Wir haben ihm viel zu verdanken*

Von *Christoph Seidler*, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

**Kurt Höck ist tot.** OMR Dr. sc. med. Kurt Höck starb am 29. November 2008 in Klein-Köris bei Berlin. Kurt Höck wurde am 5. September 1920 in Körlin, Hinterpommern geboren. Er studierte von 1940 bis 1945 in Greifswald Medizin. 1946 begann er eine Weiterbildung als Internist bei Koch, Katsch und Brusch in Berlin.

Seine analytische Ausbildung begann er 1949 am Schultz-Hencke-Institut in West-Berlin, nachdem er im Haus der Gesundheit (HdG) am Alexanderplatz mit der Psychotherapie in Berührung gekommen war. Als sich nach dem 17. Juni 1953 der Kalte Krieg verschärfte, blieb Kurt Höck in Ostberlin. Er machte sich nichts vor, er war

nie in einer Partei, aber er hatte sich entschieden. Als im Jahre 1956 die Schließung der Psychotherapie-Abteilung im HdG drohte, übernahm er die Leitung. Aus der Not geboren entstanden 1956 die ersten Therapiegruppen, und es begann ein Prozess, an dessen Ende die Konzeption der „Intendierten Dynamischen Gruppenpsychotherapie“ stand. 1964 wurden die ersten Patienten in der Klinik Hirschgarten aufgenommen – so entstand das „ambulant-stationäre Fließsystem“.

Im Januar 1966 fand unter Höcks Leitung in Ostberlin das 1. Internationale Symposium über Gruppen-Psychotherapie statt mit bedeutenden Namen wie Helmut Enke,

Franz Heigl, Annelise Heigl-Evers, Stefan Leder, Raoul Schindler. 1974 startete die erste Selbsterfahrungs-Kommunität, der bisher über dreißig folgten. Mehr als 1.000 Kollegen nahmen an ihnen teil. 1969 wurde die „Sektion Dynamische Gruppenpsychotherapie“ der „Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie“ gegründet.

An all dem war Höck ebenso federführend beteiligt wie an der Psychotherapieforschung: Neun Bücher, zwei Zeitschriften, mehr als hundertfünfzig Veröffentlichungen – ein wichtiges wissenschaftliches Werk. 1985 fand im HdG mit den Kollegen ein großes Geburtstagsfest statt. Dabei wurde das geehrt, was ihn auszeichnete: Selbstbestimmung, Führungsqualität und visionäre Intelligenz. Auch international genoss er hohes Ansehen. Bei den Oberen war er jedoch schon lange nicht mehr beliebt: Das 1987 von der SED diktierte abrupte Ende seiner ärztlichen Laufbahn hat ihn tief verletzt. Seine Mitarbeiter waren fast immer mindestens zwanzig Jahre jünger als er und entstammten der vaterlosen Generation nach dem Weltkrieg. So stellten sich in großer Zahl Übertragungen ein auf den „Alten“, auf „Vater Höck“. Er hat es getragen. Auch dafür gilt ihm unser aller Dank.

## Glossar

### Die wichtigsten Begriffe zur Gruppe

Von Rüdiger Hagelberg,  
Mitglied der Redaktion Projekt Psychotherapie

#### Gruppe, Soziale:

Spezifischer Typ eines sozialen Systems im Konvergenzbereich der Einflussnahme anderer Systeme (Organisation, Gesellschaft); Sammlung von mindestens drei Personen in Abgrenzung zur Zweierbeziehung (Dyade). Die Gruppenmitglieder stehen in einer unmittelbaren Beziehung zueinander, sind sich des anderen bewusst, Interaktion ist möglich („face-to-face“). Andere Gruppen: Bevölkerungsgruppe, Arbeitsgruppe usw., aber auch im unbelebten Bereich, beispielsweise die Gruppe im Periodensystem.

#### Organisation:

Bezeichnet im Gegensatz zur Gruppe eine komplexere Sozialform mit weitaus größerer Mitgliederzahl, oft anonymer Struktur und formalisierteren Kommunikationsformen.

#### Gruppengröße:

Die Gruppengröße spielt für Geborgenheitsgefühle der Mitglieder und die Leistungsfähigkeit der Gruppe eine entscheidende Rolle. Kleine Gruppen sind konfliktanfälliger, große Gruppen zerfallen häufig in Untergruppen. Eine optimale Gruppengröße wird mit fünf Teilnehmern angegeben.

#### Primärgruppe:

Gruppe, in der jemand zuerst Mitglied wird. Im Prinzip ist dies die Familie. Die Mitglieder stehen in einem vorwiegend emotional bestimmten, direkten persönlichen Kontakt zueinander. Primärgruppen sind zumeist überschaubar. Ähnliche Einstellungen, Werte oder Vorlieben werden gefördert.

#### Sekundärgruppe:

Gruppe, in der die meisten Menschen im Laufe ihres Lebens zu einem bestimmten Zweck oder Ziel Mitglied werden, zum Beispiel im Kindergarten, in der Schulklasse, in Vereinen und Betrieben. Sekundärgruppen haben zumeist eine größere Mitgliederzahl, der Kontakt untereinander ist weniger eng und emotional.

#### Interessengruppe:

Englisch auch „Peergroup“, ist eine zeitlich begrenzte interessenorientierte Sekundärgruppe, in der sich die Teilnehmer einer Ausbildungs-, Lern- oder Arbeitsgruppe zusammenfinden. Peergroups haben in der Jugendkultur als „Gleichaltrigengruppe“ eine besondere Bedeutung.

#### Rollen:

Soziale Rollen und Positionen prägen die Struktur von Gruppen im Hinblick auf Macht, Kompetenz, Einfluss, Autorität oder andere Sozialressourcen. Unterwerfung, Anpassung oder andere Verhaltensweisen können eine Hierarchie oder andere spezifische Strukturen ergeben. Typische Rollen sind: der Gruppenführer, der Mitläufer, der Opponent, der Opportunist, der Sündenbock, der Außenseiter.

#### Gruppenentwicklung:

Jede Gruppe entwickelt sich angeblich in immer ähnlich verlaufenden Phasen: Dependenz – Konterdependenz – Interdependenz.

#### Gruppenkultur:

Bildet sich im Spannungsfeld zwischen Familie und Kultur: hier die Vorstellungen der Primärgruppe (Vergemeinschaftung), dort der Kultur als Prozess der Vergesellschaftung, der immer größere Menschenmengen bindet (Freud). Entscheidend für die Gruppenkultur sind Kulturimages (zum Beispiel das Imago einer demokratischen Kultur oder, im Gegensatz dazu, eine Familiarisierungskultur), nach denen sich der Gruppenleiter mit dem Ziel eines gelungenen Gruppenprozesses ausrichtet.

#### Gruppenprozess:

Spezielle soziale Prozesse in der Gruppe auf der Grundlage von dauerhaften, unmittelbaren Beziehungen und Interaktionen, von Eigen- und Zusammenhandeln, von wechselseitiger Wahrnehmung der Beteiligten, von aufeinander abgestimmten sozialen Rollen und von der Einheit sozialen Handelns mit gemeinsamen Werten und Interessen. Gruppenprozesse umfassen unter anderem Rollenverteilung, Zielbestimmung, Normenbildung, Machtverteilung, Außenwirkung.

#### Gruppendynamik:

Beschreibt die Muster, in denen Vorgänge und Abläufe in einer Gruppe von Menschen erfolgen. Sie ist zugleich eine Methode oder wissenschaftliche Disziplin, die dynamische Prozesse in einer Gruppe beeinflusst und erfahrbar macht.

#### Gruppenleitung:

Findet auf der Grenze zwischen Offenheit für ein gemeinsames Projekt der Selbsterforschung und einer Sonderstellung statt. Die Sonderstellung ist unter anderem durch Neutralität und Abstinenz, die „personifizierte Repräsentanz des Fremden“, geprägt. Im Spannungsfeld der Gruppe zwischen ängstlicher Abschottung nach außen und neugieriger Offenhalten der Grenzen symbolisiert er ein Objekt gleichzeitig in und außerhalb der Gruppe.

#### Gruppenbewusstsein:

Bezeichnet alles, was Teilnehmer sprechen oder para- und nonverbal in Szene setzen, und die Bedeutungen, die die Teilnehmer dem manifesten Gruppengeschehen in „Selbstthematisierung“ zuschreiben. Alles, was von den Teilnehmern aus dem Gruppengeschehen beziehungsweise Gruppenbewusstsein ausgeschlossen bleibt, wird als „Latenz“ bezeichnet. Sie bildet die Ebene des Gruppenunbewussten.

## Der verschwiegene Abschnitt

Zwischen Wahrheit und Beschönigung befreien Meinolf Peters und Gunda Schneider-Flume die letzte Lebensstufe aus allen Kategorien. Schonungslos und unbestechlich stellen sich die Autoren dem Thema Alter und bringen Licht ins scheinbare Dunkel

Von Rüdiger Hagelberg, Mitglied der Redaktion Projekt Psychotherapie

Während wir uns in Zeiten der Überalterung und des demografischen Menetekels fragen, was denn Alter seinem Wesen und Wert nach sei und welchen Sinn dieser Lebensabschnitt eigentlich (noch) habe, sind moderne, oft ökonomiegesteuerte Bestrebungen und Ideologien schon längst mit Antworten zur Stelle: Alter wird dort zum Betätigungsfeld für „new age“- oder „forever young“-Aktivitäten und -Angebote und als Lebensabschnitt definiert, in dem ein Gelingen zwar besonderer Unterstützung bedarf, so aber – tröstlich – nicht ganz aus einem Leben in Produktivität und Zweckhaftigkeit ausgeschlossen ist. Übrig und verschwiegen bleibt dabei der unausweichliche allerletzte Abschnitt des Alters mit Stillstand, möglichem Siechtum und Sterben.

Zwei Autoren wenden sich in unterschiedlicher Weise gegen diese ökonomische Umdeutung oder Beschönigung des Alters und ergänzen sich dabei in zwei ambitionierten, inhaltsreichen und damit sehr empfehlenswerten Büchern.

Meinolf Peters handelt das Thema Alter gewissermaßen aus männlicher Sicht eingefühlt und sachkundig ab und zählt all die Faktoren und Aspekte auf, die Älterwerden und Alter in der heutigen Zeit ausmachen: Biologie des Alters, Krankheit und Gesundheit, Risikofaktoren, Erinnerung, Relativierung der Zeit, Erneuerung der inneren Welt. Gesellschaftliche, biologische wie auch seeli-

sche Bedingungen von Alter werden sorgfältig in Richtung auf ganzheitliches Altern zusammengeführt. Es geht dem Autor um Aneignung des Alters als eines Merkmales von Humanität wider die falschen Versprechungen des Anti-Aging-Booms. Er versucht, das Wesen des Alters gewissermaßen informativ zwischen Wahrheit und Beschönigung zu deuten. Abstrichen, Abschieden, Verlusten können innere Gewinne und Bedeutungszuwächse gegenüberstehen, das Bedürfnis „nach dem Identischen“ kann befriedigt werden.

Dass Alter heute im Gegensatz zu früher ein neu gewonnener und erfüllender Lebensabschnitt sein kann, wird mit Recht betont. Aber kann es darum gehen, Alter ohne die unausweichliche Schlussfolgerung des Lebensendes zu sehen? Beides kennzeichnet ebendiesen letzten Lebensabschnitt: Seine aktive Aneignung und Gestaltung wie auch seine duldende Hinnahme und Aufgabe aller eigenen Einwirkung. Peters hat den Schwerpunkt seines Buches auf Ersteres gelegt, sodass bisweilen der Eindruck von Beschönigung oder Verleugnung des Unausweichlichen besteht.

### Humanität kontra Jugendwahn

Gunda Schneider-Flume stellt sich diesem Unausweichlichen, dem, was am Alter zu beklagen ist und sich weit jenseits aller Beschönigung oder gar aller „forever young“-Verheißungen vollzieht, konsequenter. Sie kann dies auf der Grundlage ihres christlichen Glaubens vielleicht unbefangener tun und verdrängt deshalb auch die zum Alter gehörenden Themen Sterben und Tod nicht. Unbestechlich deckt sie alles direkte oder versteckte Nützlichkeitsdenken zum Alter auf. Alter muss nicht mehr produktiv sein, es muss kein richtiges oder gelungenes Altern geben. Hätten sonst nicht all die Alten versagt, die derartige Vorschriften nicht mehr befolgen

konnten? Doch selbst hier ist Vorsicht geboten. Denn wenn man Alter als den Lebensabschnitt definiert, an dem nichts mehr geleistet, nichts mehr gefordert wird, an dem Besinnung, Erinnerung oder Ausruhen erlaubt sind, schleicht sich doch wieder die Maßstäblichkeit der Produktivität ein, nur diesmal als Gegenbild. Alter kann auch nicht allein als der Lebensabschnitt angesehen werden, in dem man nicht mehr produktiv sein muss.

Die Autorin wendet sich daher gegen ein Bild vom Alter. Aus christlicher Sicht werde dem Menschen zwar Gottesebenbildlichkeit zugesprochen, dies bedeute aber gerade nicht Perfektion oder Ganzheitlichkeit. Alter sei kein Bild, sondern eine dynamische, offene und erwartungsvolle Geschichte über Menschen, die leben dürfen und auf die allmählich ein „Minderleben“, nie aber eine „Minderwürde“ zukommt.

Beide Autoren geben sich große Mühe, das Alter als kulturelles Phänomen – zumal aus christlicher Sicht – von allen Kategorien des Produzierens, Funktionierens oder des Gelingens zu befreien. Gedeutet als naturgegebenes Daseinsmerkmal wäre dies möglicherweise leichter gefallen. Stellen wir uns zum Beispiel einen uralten Baum vor, werden wir ihn eher so nehmen, wie er ist. Er steht dort seit vielen Jahrzehnten, darf noch leben und verkörpert ein würdevolles, unverdächtigtes Bild und eine Geschichte. Eines Tages wird sie enden. Mehr nicht.

Gunda Schneider-Flume:  
„Alter – Schicksal oder Gnade?“

Vandenhoeck & Ruprecht, 157 Seiten  
ISBN:  
978-3-525-62404-3  
Preis: 17,90 Euro



Meinolf Peters:  
Die gewonnenen Jahre  
Von der Aneignung des Alters

Vandenhoeck & Ruprecht, 167 Seiten  
ISBN-13:  
9783525401057  
ISBN-10: 3525401051  
Preis: 16,90 Euro





Foto: Privat

## Im Gesundheitswesen spukt es

Mit dem neuen EBM rollt eine gespenstische Wortlawine über uns hinweg – mit „Kommunismus“ und anderen Unwörtern

Von Rüdiger Hagelberg, Mitglied der Redaktion Projekt Psychotherapie

\_\_\_ **Nicht nur Mitbürger** mit Migrationshintergrund können ein Lied davon singen, dass Deutsch eine schwere Sprache ist. Auch andere Verhältnisse bringen sie in Verfall wie zum Beispiel die Wirrnisse der Rechtschreibreform der letzten Jahre. Im Schriftdeutsch kennen sich heutzutage selbst Lektoren mit dem guten, alten Satzbau – Subjekt, Prädikat, Objekt, Zeitbestimmung, Ortsbestimmung usw. – oft nicht mehr aus, von dem Ort, an dem sich das arme rückbezügliche Fürwort „sich“ oft wiederfindet, ganz zu schweigen.

Auch die jährliche Wahl eines Unwortes des Jahres fördert das Sprachvermögen nicht, ist aber wenigstens geeignet, uns zum Lachen oder zum Ärgern zu bringen – so wie „notleidende Banker“ im letzten Jahr.

Unschön sind im Deutschen oft Wörter mit „Maul“. „Maulhelden“ wie Dieter Bohlen lehnen wir als bloße Großsprecher ab. Mit „maulfaul“ bezeichnen wir ihr Gegenteil, dumpfe, schweigsame Zeitgenossen wie weiland den Wirtschaftsminister Michael Glos, der nun ganz verstummt ist. „Maulaffen feilhalten“ beschreibt, wie wir gaffen und nichts denken, also zum Beispiel gerade die „Bild-Zeitung“ studieren. Dass „Mietmäuler“ Ärzte sind, die für die Verbreitung froher Botschaften aus der Pharmaindustrie angeheuert werden, wurde indes erst kürzlich offenbart, als es um die etwas zu begeisterte Propagierung eines neuen Impfstoffes gegen Gebärmutterhalskrebs ging.

Damit sind wir bei der Medizin und dem Gesundheitswesen oder, anders ausgedrückt, jetzt wird es wieder kompliziert. Ein Gespenst geht um im deutschen Ge-

sundheitswesen, das Gespenst des „Kommunismus“. Mit dem neuen EBM ab 2009, ungefähr der gefühlt zehnte in wenigen Jahren, ergießt sich eine gespenstische Wortlawine – aus der Ärzteschaft losbrechend – über alles, was sie erreichen kann. Neue Unwörter kommen dabei in Mode. Von „Verliererpraxen“, ihrem Ruin entgegensehend, ist die Rede, vom „Untergang“ der ärztlichen Selbstverwaltung sowieso, oder es wird ein „Süd-Nord“- und „West-Ost“-Gefälle beklagt, wo man bisher doch immer die umgekehrte Richtung gewohnt war.

### Das Gespenst des Kommunismus geht um

Verständlich erscheint dieser Aufschrei insofern, als man den Ärzten zirka drei Milliarden Euro mehr Geld versprochen und nun die Aufteilung auf rätselhafte Weise so berechnet hat, dass für manche weniger herauskommt, jedenfalls auf den ersten Blick. „Verwerfung“ oder „Gleichmacherei“, „Grabenkampf“ und „Tod und Verderben der Fachärzte“ imponieren nun als weitere Schlag- oder Unwörter, ja, im medizinisch-semanticen Äther spürt man schon die geistige Entstehung des Unwortes der „notleidenden Ärzte“ und möchte dazu nur sagen: „Bitte nicht!“

Schließlich werden die aktuellen Entwicklungen sogar mit der Bezeichnung „Kommunismus“ geißelt. So schlimm ist es also schon. War denn aber die Idee, für gleiche Arbeit gleichen Gewinn erzielen zu können – nach Abzug aller unterschiedlicher Praxiskosten, versteht sich – kom-

munistisch oder einfach nur gerecht, fragen sich vornehmlich die, die nun etwas mehr bekommen sollen und nicht protestieren. „Kommunismus“ dagegen, da bekam doch jeder etwas „nach seinen Fähigkeiten und seinen Bedürfnissen“ und am Ende gar nichts (außer denen in Wandlitz).

Wir Psychotherapeuten gehören diesmal zu denen, die etwas mehr erwarten dürfen. Aber ehe nun Psychiater oder andere Arztgruppen auf die Idee kommen, dass man uns wie früher erneut schröpfen könnte, sei mit einer Anleihe beim Fußball erklärt, dass wir als beständige Tabellenletzte zwar ein Spiel gewonnen haben, aber weiterhin jeden Punkt brauchen, um nicht abzustiegen. Das Geld, das anderen möglicherweise fehlt, ist sicher nicht bei uns, sondern mag einstweilen irgendwo in den KV-Schleifen der „Rückstellung“ und des „Vorwegabzuges“ hängen, womit wir noch zwei Unwörter zu fassen haben. Vielleicht folgt es aber auch einmal der Idee der gerechteren Verteilung, und das wäre schön.

Wie sagte doch Helmut Kohl in einer Sternstunde tiefer Nachdenklichkeit: „Entscheidend ist, was hinten rauskommt!“ Ob er damit die Ungereimtheiten der Gesundheitspolitik oder des deutschen Steuersystems oder einfach nur die Wirkung von Laxoberal nach Saumagenenuss meinte, mögen Historiker klären. Den Kollegen aber, die sich benachteiligt fühlen, ist mit dem ehemaligen Bundeskanzler zu wünschen, dass schließlich so viel hinten rauskommt, dass solche Unwörter wie „Tod und Verderben“ oder gar „Kommunismus“ wieder ad acta gelegt werden können. \_\_\_

JUNI 2009

**6. Juni**

**Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis**

Level 3: Die jährliche Überprüfung. Seminar mit prakt. Übungen unter der Leitung von Dr. Uwe Bannert. Anmeldung und weitere Informationen bei jkmerholz@web.de, <http://bvvp-ndsev.de>  
**Ort: KV Hannover, Berliner Allee 20, in Hannover**

**8.-12. Juni**

**Interkulturelle Kompetenz in Gruppen – Emigration, Familie und Kultur**

Internationale Sommerakademie der IAGP. Weitere Informationen bei Dr. Jörg Burmeister, [bulmonte21@bluewin.ch](mailto:bulmonte21@bluewin.ch), [www.granada-academy.org](http://www.granada-academy.org)  
**Ort: Granada, Spanien**

**12.-13. Juni**

**Brüche und Brücken**

34. Potsdamer Psychotherapie-Tagung. 20 Jahre Wende im Spiegel von Biografien und Therapien. Kosten: 110,- Euro. Anmeldungen bei: [st-alder@t-online.de](mailto:st-alder@t-online.de)  
**Ort: Potsdam**

**18.-20. Juni**

**Körperpotenziale II**

Symposium zum Thema „Ekel in der Psychotherapie“. Weitere Informationen im Kongressbüro „Körperpotenziale“, [info@koerperpotenziale.de](mailto:info@koerperpotenziale.de), [www.koerperpotenziale.de](http://www.koerperpotenziale.de)  
**Ort: Leipzig**

**20. Juni**

**10-17 Uhr  
 q@bvvp – das QM-Instrument des bvvp**

Einsteiger-Workshop. Anmeldung und weitere Informationen unter [jkmerholz@web.de](mailto:jkmerholz@web.de), <http://bvvp-ndsev.de>  
**Ort: Ärztehaus Göttingen, Elbinger Str. 2**

**20.-21. Juni**

**Personenzentriert – in Beziehung sein**

9. GwG-Fortbildungstage (Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie). Mit Vorträgen von Pete Sanders und Dr. Friedrich Glasl sowie 13 Workshops zu Themen aus Beratung und Psychotherapie, u. a. zu Schule, Mediation, Achtsamkeit, Angst und Burnout. Weitere Informationen bei der GwG-Akademie, Tel.: 0221/92 59 08-50, [akademie@gwg-ev.org](mailto:akademie@gwg-ev.org), [www.gwg-ev.org](http://www.gwg-ev.org)  
**Ort: Erbacher Hof in Mainz**

AUGUST 2009

**24.-29. August**

**Groups in a Time of Conflict**

17. Internationaler Kongress der International Association for Group Psychotherapy (IAGP) mit Vorkongress vom 24. bis 25. August. Weitere Informationen: [2009congress@iagp.com](mailto:2009congress@iagp.com), [www.iagpcongress.org](http://www.iagpcongress.org)  
**Ort: Rom, Ergife Palace Hotel**

SEPTEMBER 2009

**12.-19. September**

**Erfurter Psychotherapiewoche**

Forum für psychotherapeutische Fort- und Weiterbildung. Weitere Informationen unter [www.psychotherapie-woche.de](http://www.psychotherapie-woche.de)  
**Ort: Erfurt**

**19. September**

**Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis**

Level 1: Die Einführung. Level 2: Die Durchführung. Seminar mit prakt. Übungen unter der Leitung von Dr. Uwe Bannert. Anmeldung und weitere Informationen bei [jkmerholz@web.de](mailto:jkmerholz@web.de), <http://bvvp-ndsev.de>  
**Ort: KV Oldenburg, Huntestr. 14**  
 OKTOBER 2009

**8.-10. Oktober**

**Donnerstag ab 17 bis Samstag 14 Uhr  
 Kompakteinführung in die Ericksonsche Hypnose**

Veranstaltung mit Bernhard Trenkle. Kosten: 325,- Euro. Anmeldung und weitere Infos unter [kontakt@meg-rottweil.de](mailto:kontakt@meg-rottweil.de), Tel.: 0741/4 14 77  
**Ort: Freiburg**

IMPRESSUM

Projekt Psychotherapie, das bvvp-Magazin

Herausgeber: Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) e.V. Schwimmbadstr. 22 · 79100 Freiburg  
 Tel.: 0761/79 102 45 · Fax: 0761/79 102 43  
[bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de) · [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de)

Redaktionsleitung: Martin Klett (ViSDP)

Redaktion: Birgit Clever, Rüdiger Hagelberg

Verantwortlich für den Schwerpunkt:  
 Yvo Kühn

Autoren: Tamara Anbeh, Corinna Beckschäfer,

Jörg Burmeister, Birgit Clever, Frank Roland Deister, Jürgen Doebert, Hella Gephart, Rüdiger Hagelberg, Martin Klett, Michael Knoke Heribert Knott, Karl König, Dieter Nitzgen, Sigrid Pape, Christoph Seidler, Tilo Silwedel

Verlag: Medienanker  
 Helmholtzstr. 2-9 · 10587 Berlin  
 Tel.: 030/780 811 88 · Fax: 030/780 811 86

Textchef: Britta Peperkorn  
 Projektleitung: Nicole Suchier  
 Artdirektion: Le Sprenger, Berlin

Anzeigen: [anzeigen@medienanker.com](mailto:anzeigen@medienanker.com)

Es gilt die Anzeigenpreisliste vom 01.01.2008  
 ISSN: 1683-5328  
 Einzelverkaufspreis/Schutzgebühr 6,- Euro

Periodizität: Quartal

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

31. Oktober

10-13 Uhr

### Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis

Level 3: Die jährliche Überprüfung.

Seminar mit prakt. Übungen unter der Leitung von Dr. Uwe Bannert.

Anmeldung und weitere Informationen bei [bvvp-Hamburg@bvvp.de](mailto:bvvp-Hamburg@bvvp.de),

[www.bvvp.de/vvph](http://www.bvvp.de/vvph)

Ort: KV Hamburg, Humboldtstr. 56

NOVEMBER 2009

27.-28. November

15-21 Uhr/9-16 Uhr

### QEP-Basisseminare für Psychotherapeuten

Veranstaltung mit Peter Baumgartner und Martin Klett. Anmeldung und

weitere Infos unter [vvps@bvvp.de](mailto:vvps@bvvp.de)

und [www.bvvp.de/vvps](http://www.bvvp.de/vvps)

Ort: Haus der Ärzte,

Sundgaullee 27 in Freiburg

## MARKTPLATZ

Zuverlässige, kompetente und qualifizierte **Supervision** bei VT-Antragstellung von Dipl.-Psychologin  
Tel.: 02234/949170  
E-Mail: [ju\\_bender@t-online.de](mailto:ju_bender@t-online.de)

### Ihre Kleinanzeige auf dem Marktplatz in Projekt Psychotherapie

Bis 400 Zeichen 40,- Euro.

Schicken Sie Ihren Anzeigentext an: [anzeigen@medienanker.com](mailto:anzeigen@medienanker.com)

oder per Fax an: 030/78 08 11 86

Chiffre-Anzeigen werden derzeit nicht angeboten

# Projekt Psychotherapie

## 03/2009

Meinung · Wissen · Nachrichten

Das Magazin des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten e.V.

### AUSBLICK AUF DAS NÄCHSTE HEFT

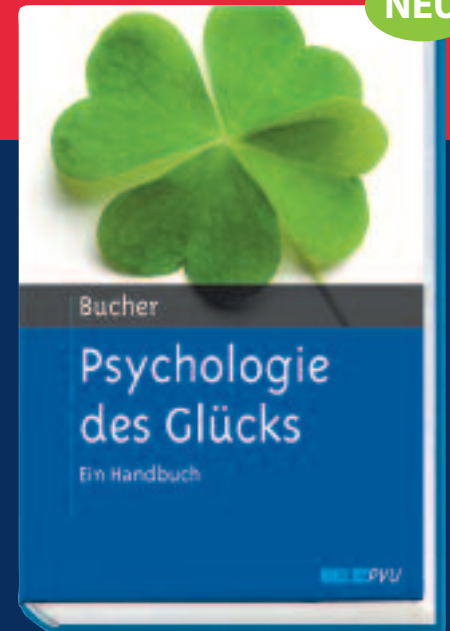
Die Psychotherapeuten sind eine überalternde Berufsgruppe wie andere Arztgruppen auch. Wir brauchen dringend Nachwuchs. Allerdings bringt dies einige Schwierigkeiten mit sich. Zum einen ist die Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie sehr umfangreich und langwierig, sodass nach wie vor viele für Ärzte reservierte Sitze nicht besetzt werden können.

Zum andern ist die postgraduierte Ausbildung auf PP-KJP-Seite zwar etwas kürzer, aber dafür sehr teuer und von finanziellen Durststrecken durchzogen, wie zum Beispiel bei dem meist kostenlos abzuleistenden Klinikjahr. Und danach finden die jungen PP-KJP-Kolleg(inn)en dann entweder gar keinen freien KV-Sitz oder nur gegen Eurobeträge im fünfstelligen Bereich.

Die älteren abgebenden Kollegen wiederum sind oft auf das Zubrot durch Verkauf ihrer Praxis angewiesen, da sie in den Jahren schlechter Honorierung wenig fürs Alter zurücklegen konnten. Es gibt die Hoffnung, dass die jetzt gesetzlich festgeschriebene Möglichkeit der Halbierung von Zulassungen für Entlastung am Markt und Erleichterung des Übergangs sorgen könnte. Aber ist das wirklich so? Ist der Markt nicht mit der neuen 68er-Regelung im Grunde geschlossen? Behalten die Alten jetzt nicht lieber die Zulassungen, solange sie sich im Sessel halten können? Und welche Veränderungen oder Verbesserungen könnte die angestrebte Novellierung des Psychotherapeutengesetzes bringen? Ein vom BMG in Auftrag gegebenes Forschungsgutachten zeigt, wo es langgehen könnte

# Anleitung zum Glücklichen

NEU



**Das Streben nach Glück treibt die meisten Menschen an. Für Therapeuten und Berater stellt sich dabei die Frage: Wie kann ich anderen helfen, glücklich zu werden? Und kann Glück überhaupt ein Therapieziel sein?**

**Anton Bucher stellt hier den State of the Art in der Glücksforschung zusammen und weist Wege für Praktiker. Er zeigt, dass es sich lohnt, Glück als Ressource für Therapie und Beratung zu entdecken.**

Anton Bucher  
**Psychologie des Glücks**  
2009. XIX, 268 Seiten. Geb. € 29,95 D  
ISBN 978-3-621-27653-5

Vom gleichen Autor lieferbar:  
**Psychologie der Spiritualität**

[www.beltz.de](http://www.beltz.de)

**BELTZPVU**