

## **Anhang IV**

Die **Psychotherapie-Richtlinie** in der Fassung vom 19. Februar 2009, in Kraft getreten am 18. April **2009**. - Derzeitige Lage:

**a) Die Richtlinien-Verfahren und Nicht-Richtlinien-Verfahren** laut Gesetzgeber.

§13 Behandlungsformen. "Folgende Behandlungsformen sind anerkannte Psychotherapieverfahren im Sinne dieser Richtlinie. Ihnen liegt ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde, und ihre spezifischen Behandlungsmethoden sind in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt.

1. Psychoanalytisch begründete Verfahren,
2. Verhaltenstherapie."

§14 unterscheidet bei den psychoanalytisch begründete Verfahren a) die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP), die angehalten ist, sich auf die Psychodynamik aktuell wirksamer neurotischer Konflikte und struktureller Störungen zu kümmern- unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand, von der b) Analytischen Psychotherapie (AP), der es laut Definition vorbehalten ist, unter Nutzung regressiver Prozesse die zugrunde liegende Struktur des Patienten zu behandeln.

§23b Stundenkontingente: Für TP bei Erwachsenen sind im Einzelsetting 50 (max. 80, früher 100), für AP 160 (max. 240, bis 2009 sogar 300) Behandlungsstunden angesetzt.

### **§15 Verhaltenstherapie (VT)**

"Die Verhaltenstherapie als Krankenbehandlung umfaßt Therapieverfahren, die vorwiegend auf der Basis der Lern- und Sozialpsychologie entwickelt worden sind. Unter den Begriff "Verhalten" fallen dabei beobachtbare Verhaltensweisen sowie kognitive, emotionale, motivationale und physiologische Vorgänge." ...Sie "erfordert die Analyse der ursächlichen und aufrechterhaltenden Bedingungen des Krankheitsgeschehens (Verhaltensanalyse)." (Es folgen einige störungsmodell-spezifischen Interventionen.)

Insider sagen, daß dies überwiegend Fortschreibungen von historischen Beschreibungen sind, wie sie etwa vor 30 Jahren aktuell und zutreffend waren. Danach hat die VT vor allem in ihrer Auseinandersetzung mit den Psychodynamikern zunächst einmal die Beziehungsebene für sich entdeckt. Die jüngeren Kollegen setzen sich inzwischen schon seit mindestens 2 Jahrzehnten mit Verfahren der sogenannten dritten Welle, der Achtsamkeitswelle, auseinander oder mit der Schematherapie, (einer "manualisierten Gestalttherapie", wie

sie von manchen Kollegen auch genannt wird,) oder mit noch weiteren, neueren Varianten.

Macht man sich die Mühe und läßt sich einmal die Programme der vielen VT-Institute Deutschlands kommen, staunt man über die Buntheit und Heterogenität der Angebote, sodaß die Frage aufkommt: was ist heute VT wirklich? Zwischen der 1) offiziellen Definition, 2) dem, was die VT-Forschung untersucht, und 3) der gelebten Therapeuten-Realität, also dem, was die meisten VT-Therapeuten mit ihren Patienten wirklich machen, klafft es offenbar ziemlich auseinander.

Positiv konnotiert: hier herrscht Offenheit, Pragmatismus und die Bereitschaft, alles, was etwas zu taugen scheint, ausprobierend einzuverleiben, soweit man sich dazu fähig fühlt.- Negativ konnotiert: es entsteht ein buntes Flickwerk mit inneren Brüchen, speziell, wenn "know how" nachgeahmt wird, das eine sorgfältige Schulung der therapeutischen Haltung und eine spezielle therapeutische Beziehungskultur zur Voraussetzung hat. Kritiker (z.B. Prof. Kriz) sehen hier offiziell eine Schleiße für "ekklektizistischen Dilletantismus", bzw. für Psychotherapie minderer Qualität geöffnet.

### **§17 Anerkennung neuer Psychotherapieverfahren und – methoden.**

Dieser Pragraph verweist auf die Prüfmethode des Wissenschaftlichen Beirats und seiner Anforderungen nach Quantität und Qualität der Wirkstudien zu bestimmten Diagnosegruppen. Diese Anforderungen sind in den letzten 10 Jahren mehrfach geändert, meist verschärft, aber auch von einigen Mutigen in den eigenen Reihen kontrovers diskutiert worden (s. Minderheitenvoten).

Die Verschärfung scheint dem Machterhalt der bereits etablierten Richtlinienverfahren zu dienen, bzw. dem Abschrecken von Neu-Antragstellern. Die Anforderungen sind ganz von dem parzellierenden, störungsspezifischen Krankheitsverständnis der Verhaltenstherapie geprägt. Dies ist aber nur eine unter mehreren, möglichen Sichtweisen. Die Generalisierung dieser Sicht ist den menschlichen Erkrankungsweisen eher wenig angemessen.

Von der Sache her wurde der Sinn, ab 2007 als Wirksamkeitsstudien ausschließlich nur noch RCT-Studien (randomized controlized trials- mit ausschließlich diagnostisch homogenem Patientengut) gelten lassen zu wollen, selbst vom Nestor der verhaltensorientierten Forschung, David Orlinsky (2008), als lebens- und wirklichkeitsfremd und als nicht kontext-relevant kritisiert worden.

Im Methodenpapier von Sept. 2009, rechtzeitig zur Überprüfung der psychodynamischen Psychotherapie, ist wieder eine gewisse Öffnung zu etwas weniger puristischen Wirknachweisen festzustellen.

Wenn man davon ausgeht, daß sich der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie aus Richtlinien-Vertretern zusammensetzt, die sorgfältig aus dem Proporzdenken heraus berufen werden, (1) Psychoanalyse versus Verhaltenstherapie, 2) Psychologen vs. Ärzte, 3) Erwachsenen- vs. Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten), liegt es nahe, daß es bei solch einer Konstellation mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit weniger um neutrale, wissenschaftliche Erkenntnis geht, sondern vielmehr um das Halten berufspolitischer Stellungen.

Neuantragsteller von Verfahren wären nur Konkurrenten, die keiner dabei haben will. Die Richtlinienverfahren könnten inzwischen alles selber, das haben WBP-Mitglieder der ersten Generation immer wieder von sich hören lassen, sowohl im

eigenen Klinikteam, wie bei öffentlichen Podiumsdiskussionen (G. Esser, H. Vogel, St. Fliegel).

**§17.3** Der **GBA sieht sich** bei seiner **unabhängigen** Prüfung bezüglich Zulassung oder Ablehnung nicht an die Beschlüsse des WBP gebunden. Das Verhältnis zwischen diesen beiden Instanzen scheint nicht ausreichend geklärt.

Der **GBA "stellt** gemäß § 17 Abs.3 der Richtlinie **fest** (Anhang 1): ...**Die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinien werden nicht erfüllt** von:

1. Gesprächstherapie,
2. **Gestalttherapie,**
3. Logotherapie,
4. Psychodrama,
5. Respiratorisches Biofeedback,
6. Transaktionsanalyse."

((Hervorhebungen von der Verfasserin.))

Diese werden ausdrücklich 2009 als **Nicht-Richtlinienverfahren** fort- und festgeschrieben. (Andere Verfahren, etwa die Systemische Therapie, die Traumatherapie ... werden nicht mit aufgezählt, obwohl sie auch (noch?) keine Richtlinienverfahren sind.)

Wir Gestalttherapeuten fragen uns, wie und worauf begründet der GBA unseren Ausschluß, bzw. die **Vorverurteilung**? Wir haben (seit seiner Gründung) bisher weder bei ihm noch beim "Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie" einen Anerkennungs-Antrag für die Gestalttherapie eingereicht! Wir haben deshalb auch nie einen abschlägigen Bescheid bekommen.

Wie im Kapitel zur berufspolitischen Vorgeschichte näher ausgeführt, hat es wohl **1984** bei der Vorgängerinstitution, bei einem gemeinsamen Gremium der damaligen **KBV und BÄK**, einen **Antrag auf Anerkennung der Gestalttherapie** als abrechnungsfähiges Verfahren und Kassenleistung gegeben, für den damals möglicherweise genauso eine Vorverurteilung wie für alle anderen humanistischen Verfahren geplant war, - aber schließlich - nach der Anhörung - doch keine Ablehnung, sondern eine Auflage für das Sammeln von mehr klinischer Erfahrung ausgeprochen wurde. (s. Kapitel II e und Anlage)

Die damals geforderte, klinische Erfahrung ist seitdem mit vielen Wirksamkeitsstudien dokumentiert worden; diese sind im entsprechenden Forschungs-Kapitel (s. Anhang) bei den Wirksamkeitsstudien enthalten.

(Es sei besonders auf die vergleichende Studie von U. Wolf verwiesen, die extern an der Uni. Hamburg im wissenschaftlichen Team von U.Koch/ T. Harfst ausgewertet worden war.)

### **b) Merkmale eines Richtlinienverfahrens:**

Nach §3 der Richtlinie soll das Krankheitsgeschehen von einem ursächlichen Prozeß bedingt verstanden, in einem Theoriesystem mit Krankheitslehre gefaßt und mit wissenschaftlich begründeten Methoden in seiner Wirksamkeit nachgeprüft werden können.

Zu den Merkmalen der **Gestalttherapie**, deren Definition im Anhang ein eigenes Kapitel gewidmet ist, gehört unter anderem ein verursachendes (aber kein monokausales) Krankheitsverständnis, dessen Fokus strukturell auf unfreiwilligen intra- und interpsychischen Kontaktstörungen liegt und das sich ferner aus der Erlebnisverarbeitung von unbewußtem Konfliktgeschehen, von Traumata, von Mangelereben sowie auch von organisch bedingten Einschränkungen versteht.

Im Mittelpunkt des Theoriesystems steht neben der naturgegebenen Reifungs- und Entwicklungs-Dimension eine spezifische, therapeutische Beziehungsgestaltung. Die empathische Qualität und die flexible Anpassung innerhalb der therapeutischen Beziehung an die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Patienten, ist der eigentliche Schlüssel zum Erfolg, der typischerweise durch erlebnisorientierte und kreative Methoden verstärkt wird.

Die Gestalttherapie umfaßt von Anfang an im Prinzip sowohl den Konflikt- und Neurosenansatz als ihr psychodynamisches Erbe - wie auch den übungs- und belohnungsfreudigen Aspekt analog der ursprünglichen VT -(jedoch in einer eigenen Weise), geht aber über beides hinaus. Sie orientiert sich am inneren Wertekosmos wie auch an den äußeren Bezugssystemen. Sie baut mit großer Achtsamkeit ein individuelles, differenziertes therapeutisches Beziehungsfeld zum Patienten auf und verstärkt dabei sein ganz spezielles Lösungspotential, um den nächsten Schritt zur Überwindung seiner Defizite, Traumata oder Konflikte vorzubereiten. Neurophysiologisch gesehen, werden die alten Engramme der belastenden Situationen durch szenisches Eintauchen wiederbelebt, jedoch wird die Szene durch "therapeutischen Flankenschutz" einer für den Pat. stimmigeren und befriedigenderen Lösung zugeführt, als bisher vorstellbar. Das Veränderungserleben ist dabei ganzheitlich und überzeugend. Es wird dabei neu verinnerlicht. Die für die Gestalttherapie typischen, fokussierten Kurzzeitregressionen enden stets in einem gestärkten, (progressiven) Erwachsenenmodus. (Weiteres über die Gestalttherapie im Anhang I oder in der Monographie, Hartmann-Kottek, "Gestalttherapie", Springer, 2008).

Den wissenschaftlichen Studien über Gestalttherapie, die eine hohe Effektivität nachgewiesen konnten und die trotz ihrer berufspolitischen Unterdrückung den Vergleich mit den Richtlinienverfahren nicht zu scheuen brauchen, ist ein eigenes Kapitel gewidmet. (s. Anhang II). Die Gestalttherapie ist dafür bekannt, daß sie in kürzester Zeit den Weg zum Zentralkonflikt findet und letzteren offen legt, daß sie nicht nur am Aktualkonflikt

arbeitet, sondern bevorzugt auch an den alten, strukturbildenden Konflikten und Überlebensmustern der frühen Jahre (was sich bisher per definitionem als Privileg die psychoanalytisch orientierte Psychotherapie sowie die Langzeitpsychoanalyse zurechnete). Bei der Gestalttherapie dürfte im Durchschnitt ein vergleichbar gutes und katamnestic stabiles Ergebnis in etwa Zweidrittel oder sogar in der Hälfte der Behandlungszeit zu erwarten sein.

**Vergleich** zwischen den **Richtlinienverfahren** und der **Gestalttherapie** als **Nicht-Richtlinienverfahren**:

**Beide** haben ihre Theorie, ihr Krankheitsverständnis und ihre Wirknachweise. Der einzige, eindeutige **Unterschied** zwischen beiden Gruppen ist (in Deutschland) die gesetzliche Privilegierung der Richtlinien-Verfahren durch den existenzsichernden Status, bzw. die Benachteiligung der Nicht-Richtlinien-Verfahren, z.B. der Gestalttherapie. Dieser Unterschied geht auf eine Fehlinformation des Gesetzgebers im Vorfeld des PTGs zurück, ein Vorgang der noch im Detail ausgeführt werden wird.