



Forum Österreich

AUS DEM ÖBVP

- S 215 2. Weltkongreß für Psychotherapie
- S 216 Tippe, A., Margreiter, U.: Ist Vernetzung überhaupt sinnvoll?
- S 219 Karlitzky, E.: Das psychosoziale Betreuungsprojekt geronto-psychotherapeutische Versorgung im Sanatorium Maimonides-Zentrum
- S 220 Weisgram, C.: Einige Notizen zur Bedürfnislage in der Pflege- und Altenbetreuung
- S 221 Fiegl, J.: Was macht Frauen krank/gesund?
- S 222 Längle, A.: Viktor Frankl – Anwalt der Menschlichkeit
- S 224 Bartuska, H.: Von den Stadtstaaten zum Staatenbund, vom Ständestaat zur Demokratie?
- S 226 Leserbrief

AUSBILDUNG – FORTBILDUNG – WEITERBILDUNG

- S 227 Kalchmayr, R., Kerbl, B.: Die Zukunft der Psychotherapieausbildung braucht Kritik im Hier und Jetzt

AUS DEM PSYCHOTHERAPIEBEIRAT – GESUNDHEITSMINISTERIUM

- S 230 Ethik-Rubrik: Pawlowsky, G.: Transparenz in der Ausbildung zur Psychotherapie
- S 233 Heydewolf, A.: Gesundheitsdatenschutz im Internet



Forum Schweiz/Suisse

- S 235 Editorial: Nur Nachhaltigkeit ist wirtschaftlich!
- S 236 Editorial: Seul ce qui est durable est économique
- S 236 Buchmann, R.: Psychotherapie und kultureller Wandel
- S 238 Buchmann, R.: Psychothérapie et évolution de la culture
- S 240 Öffentlicher Diskurs über die Beurteilung des Nutzens von psychotherapeutischen Methoden
- S 243 Débat public sur l'évaluation de l'utilité des méthodes de psychothérapie
- S 246 Howald, D.: „Nutzen-Diskussion“ im CHARTA-Forschungskolloquium – Nachgedanken zu einigen umstrittenen Vorschlägen
- S 249 Howald, D.: Débat sur la “notion d'utilité” dans le contexte du colloque scientifique de la CHARTE – réflexion sur quelques propositions controversées

Forum Deutschland

- S 255 Editorial – Viel Wirbel um das Psychotherapeuten-Gesetz
- S 256 Schulen- und Berufsübergreifender Deutscher Dachverband für Psychotherapie – DVP: Stellungnahme des DVP

Fortsetzung umseitig

- S 257 Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte:
Presseerklärung zu den Entwürfen des
Psychotherapeutengesetzes
- S 257 „Was bedeutet die Vergangenheit
für die Zukunft?“
- S 260 Psychotherapeutische Schulen im Diskurs –
Tagungsbericht AGPF
- S 264 Hücker, F.-J.: Die Erlaubnis zur Ausübung der
Psychotherapie

- S 271 Das Psychotherapeutengesetz PTG
diskriminiert PsychotherapeutInnen und
PatientInnen

Psychotherapie International

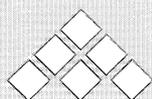
- S 273 VERANSTALTUNGSKALENDER

Beiträge für das Supplement sind zu richten an:

Frau Eva Kutschera, ÖBVP, Rosenbursenstrasse 8/7, A-1010 Wien, bzw. an Herrn Dr. Mario Schlegel,
Scheuchzerstrasse 197, CH-8057 Zürich, bzw. an Frau Prof. Dr. Cornelia Krause-Girth, Fachhochschule
Frankfurt am Main, Fachbereich Sozialarbeit, Limescorso 5, D-60439 Frankfurt/M.

Anfragen an den nationalen Verband sind zu richten an:

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), Rosenbursenstrasse 8/7, A-1010 Wien,
Fax 0043/1/512 70 914, bzw. Schweizer Psychotherapeuten-Verband (SPV/ASP), Weinbergstrasse 31,
CH-8006 Zürich, Fax 0041/1/262 29 96, bzw. Deutscher Dachverband für Psychotherapie, c/o VAS Verlag,
Kurfürstenstrasse 18, D-60486 Frankfurt/M., Fax 0049/69/707 39 67



Aus dem ÖBVP

Mythos ♦ Traum ♦ Wirklichkeit

Der 2. Weltkongreß für Psychotherapie beschäftigt sich mit der „Conditio humana“ an der Schwelle zum neuen Jahrtausend und fokussiert die Bilder der Welt, wie sie der Mensch entwirft.

Es war das Jahr 1899 als Sigmund Freud die „Traumdeutung“ veröffentlichte. 100 Jahre später wollen wir untersuchen, wie die verschiedenen Psychotherapieschulen mit den Träumen ihrer Patienten und ihren eigenen Träumen und Visionen umgehen.

Mythen sind kristallisierte Träume von Kulturen, Völkern, Gruppen und Personen. Sie beeinflussen den Menschen oft über Generationen und Jahrhunderte hinweg. Wir wollen diese Mythen, die oft unbewußt wirken, besser verstehen lernen.

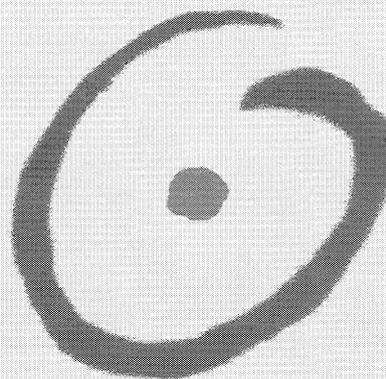
Psychotherapeuten sind Kinder ihrer Zeit und ihrer Realitäten, eingebettet in einem Netzwerk verwandter Berufe.

Daher laden wir herzlich ein: Psychologen, Ärzte, insbesondere Psychiater/Neurologen, Sozialarbeiter, Berater/Manager, Historiker, Theologen, Pädagogen, im Gesundheitswesen Tätige, Wissenschaftler, Studenten und alle am Thema Interessierten.

Anmeldung

2. Weltkongreß für Psychotherapie
WCP-Head Office
Rosenbursenstraße 8/3/8
A-1010 Wien
Tel. +43/1/512 04 44
Fax +43/1/513 17 29

World Council for Psychotherapy (WCP)



2. WELTKONGRESS FÜR PSYCHOTHERAPIE

Mythos ♦ Traum ♦ Wirklichkeit

4. - 8. Juli 1999

Wien - Österreich - Europa

Kongreßsprachen:

Deutsch, Englisch, Italienisch, Französisch, Spanisch, Russisch

THE WORLD COUNCIL
FOR PSYCHOTHERAPY (WCP)

A. Tippe und U. Margreiter

Ist Vernetzung überhaupt sinnvoll?

Überlegungen zum Kompetenz-Austausch zwischen Berufsgruppen am neu aufkommenden Gesundheitssektor

In Zeiten von Sparpaketen und Kostenreduktionsprogrammen jeglicher Sektoren beraten wir betroffene Menschen: als Therapeuten/innen, Personal- und Managementtrainer/innen, Supervisoren/innen, aus den Bereichen der Medizin, der Pharmaindustrie u. a. m. Als Therapeuten/innen und Trainer/innen stehen wir nicht außerhalb der Veränderungen. Der Gesundheitsmarkt ist am Wachsen (z. B. ablesbar an der Wellness-Bewegung), und als Berater/innen sind wir auf ein optimales Zusammenspiel mit anderen Berufsgruppen angewiesen. Es gibt einen Trend am Markt zur Freiberuflichkeit und das Wissen, daß Einzelleistungen im Verbund besser am Markt bestehen können.

Im Tätigkeitsfeld der Psychotherapie und der Trainer/innen ist gute Zusammenarbeit eine Voraussetzung: Ist Vernetzung und Kooperation unter uns ein Thema der persönlichen Beziehungen, indem wir uns bei Empfehlungen mitbedenken? Mit wem ist es überhaupt sinnvoll, zu kooperieren und sich zu vernetzen angesichts der Marktentwicklung? Was kann allein geregelt werden, was unter uns Kolleginnen, und wo sind wir auf den Kompetenz-Austausch mit anderen Berufsgruppen eigentlich angewiesen, und wenn ja mit welchen?

Ausgehend von diesen und anderen Fragen veranstalteten wir in Goldegg 1996 einen Workshop mit dem Titel „Vernetzung“. Die vorangestellten Fragen und die Erfahrungen aus diesem Workshop und weiteren Gesprächen gaben Anlaß zu diesem Artikel. Wir sehen darin eine Möglichkeit, zu diesem Thema inhaltlich in Diskurs zu kommen, und möchten deshalb unsere persönlichen Fragen und Orientierungen zur Verfügung stellen.

1. Zusammenhang von zwei Trends: Mehr Selbstgestaltung und Vernetzung

„Alles hängt mit allem zusammen“, „Alles ist vernetzt“, „Wir müssen uns vernetzen, ein Netzwerk aufbauen“ – wer hat nicht diese oder ähnliche

Aussprüche schon gehört, gelesen oder selbst von sich gegeben? „Vernetztes Denken und Handeln ist eine Forderung, mit der der heutige Mensch konfrontiert wird“ (Fischer in Pellert, S. 121).

Dieses Zitat stammt aus einer Publikation, die 1991 veröffentlicht wurde, also noch vor der massiveren Verwendung von virtueller Vernetzung in Österreich. Vernetzung ist jetzt keine Forderung mehr, sondern eine ökonomische Regel. Potentielle Konkurrenten am Markt versuchen sich in alternativen Vernetzungsstrategien, um bei bestimmten Produkten partiell miteinander zu kooperieren. Das ist keine Modeerscheinung, sondern Notwendigkeit.

Am Markt werden derzeit langfristige Trends wie folgt beschrieben: Abhängige Erwerbsarbeit wird durch den Einsatz von Technologien der virtuellen Vernetzung zunehmend von Raum und Zeit abgekoppelt. Was man in nicht wenigen Jahren mit dem Einsatz von Cyberspace auch am sozialen Gesundheitsmarkt machen können wird, ist in Österreich noch gar nicht diskutiert, und wenn, dann von Technologieexperten im Bereich der Gesundheitsindustrie. Der Trend setzt sich nicht nur im Einsatz der Technologie durch, sondern auch in der Bewusstseinsbildung über persönliche Berufsverläufe. So ergab eine neue Umfrage des 14- bis 29jährigen Nachwuchses in Deutschland, daß diese zu 56% Freiberufler werden wollen. Subkontraktarbeiter-Ideale setzen sich auch im Gesundheitssektor durch, gerade im Beratungsmarkt (vgl. Wirtschaftswoche 29/97, S. 54 ff).

Freiberufler arbeiten alleine und sind gleichzeitig auf Vernetzung angewiesen.

Der Wunsch nach Vernetzung unter Therapeuten/innen und Trainer/innen resultiert auch aus dem Trend nach Eigenständigkeit und gilt als ökonomische Regel: „Wer für sich lebt, muß sozial leben“ (L. Rosenmayr und F. Kolland in Beck, 1997, S. 19). Vernetzung (also der Prozeß) als auch Netzwerke (das Ergebnis) gibt es in sozia-

len Realitäten und Systemen ständig. Es gibt sie sowohl in der traditionellen Form der Denkweise der Hierarchie als auch in alternativen Vernetzungstypen, wie Psychotherapie-Stammtische, Projektmanagementgruppen, virtuelle Vernetzungen der „Lernenden Organisation“ unter Managementtrainer/innen u.a.m.

Am psychosozialen Markt reagiert man mit zwei Vernetzungsstrategien (die aus der Organisationssoziologie bekannt sind): einerseits mit seriellen Allianzen gegenüber einem fremden Dritten, wie Vereinsbildungen und Standesvertretungen, auch Praxisgemeinschaften gehören dazu, andererseits mit interaktiven Spontانبündnissen, in denen man in einer aktuellen Situation eine kurzweilige Koalition schließt (vgl. auch dazu Sofsky und Paris, 1994, S. 258 ff).

Im allgemeinen bleibt man aber unter sich – der Wunsch nach dem Austausch mit anderen Berufsgruppen ist unserer Meinung nach noch immer gering.

2. Vernetzung braucht hierarchiefreie Räume

Uns stellte sich in Goldegg beim Workshop „Vernetzung“ die Frage, wer überhaupt das Bedürfnis nach Vernetzung hat und welche Voraussetzungen dazu eigentlich notwendig sind. Zum Bedürfnis noch ein Satz: Wir glauben, daß beim Berufsbild der Psychotherapie Vernetzung ebenso eine ökonomische Regel ist wie in anderen Systemen, sich jedoch diese in einer weiteren Perspektive erst in Entwicklung befindet. Die Idee war, Psychotherapeuten/innen und Berufsgruppen aus dem psychosozialen Gesundheitsmarkt in Austausch zu bringen. Dazu gehören unserer Meinung nach Vertreter/innen aus den Sektoren Medizin, Umwelttechnik, Pharmaindustrie, Psychologie, Personal- und Managementberatung, Justiz, Kommune, Interessensvertretung, Versicherungen mit Selbstverwaltung usw. Und man kann sagen, daß diese Intention mangels Interesse an Teilnahme nicht aufgegangen ist. Zum Zeitpunkt des Workshops waren sich die wenigen Teilnehmer/innen des Workshops (die bis auf eine Ausnahme alle Nicht-Therapeuten/innen waren – Medizin, Psychologie und Sozialarbeit waren vertreten) über

eines einig: Dieses Thema wird für Therapeuten/innen ein Zukunftsthema – 1996 war Ausbildung und Identität als Therapeut/in angesagt, nicht das Hinauswagen zu anderen Berufsgruppen und die Projektierung von Netzwerken.

Noch ein Aspekt spielte in der Diskussion des Workshops eine Rolle: Vernetzung braucht als Prozeß die Fähigkeit und Möglichkeit der Selbstorganisation und einen weitestgehend hierachiefreien Raum. 1996 waren die Teilnehmer/innen von Goldegg noch fest in ihrer Ausbildung(shierarchie) verankert. Eine derart starke Bindung läßt wenig Platz zu neuem Austausch. Das könnte sich in nächster Zeit ändern.

3. Ein Blick in die Zukunft der Wirtschaft: Vernetzung der Systeme am Gesundheitssektor

Der Informationstechnologe L. A. Nefiodow meint, daß „Gesundheit“ die

entscheidende Wachstumsbranche des 21. Jahrhunderts werden wird. Die Weltwirtschaft im nächsten Jahrhundert wird primär von der Erschließung psychosozialer Potentiale angetrieben. Nefiodow bezieht sich dabei auf die (nicht unkritisch zu betrachtende) Theorie der „langen Wellen“ und prognostiziert den Aufstieg der Megabranche „Gesundheit“ wie folgt:

Die Marktwirtschaft kennt keinen gleichförmigen Verlauf, vielmehr wechseln Aufschwung und Abschwung, Konjunktur und Rezession einander regelmäßig ab. In der Beobachtung der Wirtschaft treten auch lange Schwankungen auf mit einer Periode von 40 bis 60 Jahren. Sie werden Kontradiereff-Zyklen genannt. Kontradiereff-Zyklen sind Innovationschübe, die von bestimmten technisch-ökonomischen Neuerungen, den Basis-Innovationen, ausgelöst werden und mit starken Produktivitätssteigerungen verbunden sind. Der fünfte Kontradiereff markiert die

Entstehung der Informationsgesellschaft und den Übergang in eine Phase des Strukturwandels, die nicht mehr von Rohstoffen und Energieverbrauch, sondern vom produktiven und kreativen Umgang mit Information bestimmt wird. Diese Aufschwungphase des fünften Kontradiereff geht mit Ende der 90er Jahre zu Ende. Die Informations- und Kommunikationstechnik ist derart entwickelt, daß die Wirtschaftsforscher derzeit bemüht sind, zu entdecken, was denn den nächsten Innovationsschub (sechsten Kontradiereff) ausmachen könnte. Nefiodow sagt, daß die Technologien zwar weiterentwickelt werden, jedoch in der Konkurrenz keinen relevanten Vorsprung mehr bringen. „Und auch Forschung, Entwicklung, Fachwissen und Organisation – und das ist das Neue – bringen immer weniger Vorteile, weil sie sich im Zuge der Globalisierung angleichen“ (gdi-impuls 2/97, S. 22) Weiters stellen Wirtschaftsforscher fest, daß soziale

4. Österreichischer Psychotherapieball

Veranstaltet vom Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)

am Samstag, den 14. Februar 1998 im Palais Auersperg
Einlaß 20.00 Uhr, Beginn 21.00 Uhr

Ballkarten- und
Tischreservierung:

Ball des ÖAGG
Frau Moraitis
Lenaugasse 3, 1082 Wien
Tel. (01) 408 21 69
Fax (01) 408 21 70 DW 27

Öffnungszeiten:

Mo 8.30–18 Uhr, Di–Do 8.30–16 Uhr

Frühbestellpreis:

öS 480,- (bis 31. 12. 1997)

Vorverkaufspreis:

öS 580,-

Preis an der Abendkassa:

öS 680,-

Tischreservierung:

4er Tisch: öS 180,-; 8er Tisch: öS 380,-;
10er Tisch: öS 480,-



Für Ballbesucher aus den Bundesländern haben wir ein Bundesländerservice eingerichtet. Genaue Auskünfte darüber gibt Ihnen Frau Moraitis unter der Tel.-Nr. (01) 408 21 70 innerhalb der Bürozeiten.

Idee und Organisation:

Christine Freiler, Domna Ventouratou-Schmetterer, Roland Bösel,
Claudia Reiner-Lawugger

Kosten und Gesundheitsschäden einen enormen Kostenanteil der Volkswirtschaft einnehmen. „Unzureichende Prävention, falsche Ernährung z. B. verursachen in Deutschland ca. 100 Mrd. DM Kosten, weltweit 600 Mrd. US-\$. Mindestens 25% der Patienten, die einen Arzt aufsuchen, leiden vorwiegend an psychischen Störungen ... 60 Prozent der deutschen Führungskräfte leiden unter Neurosen. Angst verursacht in Deutschland jährliche Schäden von 100 Mrd. DM (Mobbing etwa 30 Mrd. DM), weltweit mehr als 1000 Mrd. DM)“ (gdi-impuls 2/97, S. 16)

All diese Erkenntnisse sind nicht neu (vielleicht neu berechnet), sondern sie gewinnen eine neue Aktualität. Der „herkömmliche Gesundheitssektor“ wird von Nefiodow als ein Segment gesehen (dazu zählen Medizintechnik, Pharmaindustrie, Ernährungsindustrie, Krankendienst, Kurbetriebe, Sanatorien, betriebsinterne Gesundheitsdienste, Personalentwicklung etc.) und gleichzeitig wird ein „neu aufkommender Gesundheitssektor“ beobachtet (Umwelttechnik, Psychotherapie, Psychologie, Religion, Biotechnologie, Personal- und Managementberatung). Dieser gesamte Gesundheitsmarkt erreicht, extensiv formuliert, mindestens ein Viertel des Sozialproduktes und ist Voraussetzung für die Faktoren der „psychosozialen Kompetenz“, denen die Wirtschaftsforscher den neuen Innovationsschub zurechnen.

Der psychosoziale Gesundheitsmarkt wird vom etablierten Gesundheitswesen nur wenig beachtet, da dieses biologisch-chemisch-technisch orientiert ist. Daß unzureichende Prävention hingenommen wird und Partikularinteressen im Vordergrund stehen, wissen alle.

Nefiodow meint, daß es auf mittlere Sicht zu einer Verschmelzung der beiden Sektoren kommen wird. „Der sechste Kontradiiff wird kommen, und er wird ein Gesundheits-Kontradiiff sein. Der Motor dieses Langzyklus kann auch heute schon ziemlich genau angegeben werden: psychosoziale Gesundheit. Die Frage ist nicht, ob er realisiert werden kann, sondern welche Firmen, Länder und Regionen ihn gestalten und am meisten von seiner Antriebskraft profitieren werden“ (gdi-impuls 2/97, S. 22).

Angeichts dieser Aussagen der Wirtschaftstheoretiker ist man selbst mit ambivalenten Gefühlen konfrontiert: Einerseits ist es schön zu hören, daß die psychosoziale Kompetenz in den Vordergrund (aber welchen Interesses) gestellt werden wird, andererseits stellt sich die Frage, wie denn diese Verschmelzung der Sektoren vonstatten gehen kann, auch unter den Prämissen einer persönlichen Ethik. Egal, ob man der Theorie der langen Wellen zustimmt oder nicht: Die Beobachtung, daß der Gesundheitssektor wächst und sich in seinen Systemen neu formiert, kann gar nicht angezweifelt werden.

4. Die Vernetzung von Systemen sichert die Lebendigkeit

Es stellt sich die Frage, ob wir in Austausch mit anderen Gruppierungen (unter uns Therapeuten/innen, Supervisoren/innen, Berater/innen, Trainer/innen im ÖAGG? Mit anderen Berufsgruppen?) am psychosozialen Gesundheitsmarkt kommen wollen und wie man den Austausch gestaltet. Solche Ideen erlauben unserer Meinung die Freiheit nach dem Experiment mit neuen Organisationsformen, also auch alternativen Austauschsystemen. (Ob das gleich eine Vernetzung sein muß, bezweifeln wir. Ein Netz kann auffangen, aber auch fangen. Austausch wäre da ein passenderer Begriff. Vgl. zum Thema Austausch: Maria Majce-Egger, 5. Gruppendynamik-Forum '96, S. 29 ff) Das Experimentieren beginnt unserer Meinung nach dort, wo man nicht gleich politisch-strategische Allianzen gründet (um den Markt günstig zu beeinflussen), sondern zuerst nach dem inhaltlichen Austausch darüber sucht, was different und was gemeinsam ist. Ergebnis von Kompetenz-Austausch ist nicht die Optimierung der Erwerbchancen am Markt, sondern vorrangig könnte der Austausch dem Gespräch, selbstbestimmten Engagement, auch der Abenteuerlust (z. B. an der Erforschung der Wirksamkeit der einzelnen Beratungsangebote) dienen.

Sich mit anderen zusammenzutun, um Impulse für die eigene Arbeit zu bekommen, fördert die Selbstentfaltung und Selbstgestaltungsmöglichkeit des eigenen beruflichen Feldes. Das spricht für den Austausch und die

Zusammenwirkung von verschiedenen Berufsgruppen im psychosozialen Feld.

„Das heißt: der materielle Verteilungskampf, der die öffentliche und wissenschaftliche Aufmerksamkeit monopolisiert, wird längst unterlaufen von einem immateriellen Verteilungskampf um knappe, kaum in Geld aufwiegbare (ausdrückbare) Güter ...“ (Beck, 1997, S. 18).

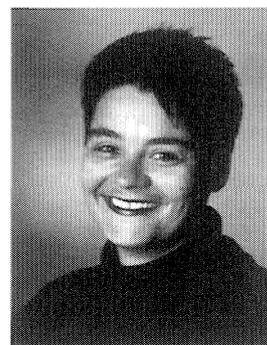
PS.: Konkrete Impulse zum weiteren Austausch gehen immer von Personen aus: Wer Interesse am Austausch hat oder Anregungen, Anmerkungen zum Artikel, kann sich an uns telefonisch wenden.

Literatur

- Sofsky W, Paris R (1994) Figurationen sozialer Macht. Suhrkamp, Frankfurt
 ÖAGG Regionalsektion OÖ (Hrsg) (1997) Chancen und Grenzen der Selbstbestimmung (5. Gruppendynamik-Forum)
 Gottlieb Duttweiler Institut (1997) gdi-impuls, Heft 2
 Beck U (1997) Kinder der Freiheit. Suhrkamp, Frankfurt
 Pellert A (Hrsg) (1991) Vernetzung und Widerspruch. Profil Verlag
 Wirtschaftswoche 29/97



Dr. Ursula Margreiter
 Tel. 0222/876 30 60, Fax 876 30 60-20



Andrea Tippe
 Waltherstraße 2, A-4020 Linz
 Tel./Fax 0732/79 48 04
 e-mail: oe263@magnet.at

E. Karlitzky

Das psychosoziale Betreuungsprojekt geronto-psychotherapeutische Versorgung im Sanatorium Maimonides-Zentrum

Vorwort

Das *Psychosoziale Betreuungsprojekt* (PBP) der Israelitischen Kultusgemeinde im Sanatorium Maimonides-Zentrum, bestehend aus Elternheim, Pflegewohnheim, Krankenanstalt und Tagesstätte, arbeitet seit 1992 im Rahmen des Vereins zur Unterstützung der wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiet der Geronto-Psychotherapie. Seine *Vorstandsmitglieder* sind:

- Frau Patricia Kahane (Vorstandsvorsitzende),
- Herr Dr. Alfred Pritz, Psychotherapeut und Klinischer Psychologe (Beratung),
- Frau Elisabeth Grünberger, Psychotherapeutin (Klinische Leiterin),
- Frau Efrat Karlitzky, OE-Beraterin (Organisatorische Leiterin),

Letzte Gedanken

Auf leisen Sohlen
Schleichst du dich heran
Ich fühle es,
dein kalter Odem
weht mich an.
Die siechen Glieder
Zittern und ermatten
Und schmiegen sich
Erwartungsvoll
In deinen lebensgroßen Schatten.
Oh dunkler Freund,
der du in deiner Strenge wahnst,
das Hingehn wär mir schwer
du irrst, gestorben bin ich längst
und da ist nichts
was mich noch hält
in dieser gnadenlosen Welt.
Gestorben ist die Liebe,
versunken in einer einzig
großen Totenklage,
gestorben selbst der Haß
der treueste Gefährte
dieser letzten Tage.
Was bleibt mir noch
um Mensch zu sein?!

Hermine Flieger, 1945

- Frau Mag. Evelyn Böhmer-Laufer, Psychotherapeutin und Klinische Psychologin (Supervisorin).

Das Psychosoziale Betreuungsprojekt ist eine Praktikumsstelle für das Propädeutikum und das Fachspezifikum, das aus *einem Team* von 25 angehenden Psychotherapeuten/innen, Psychologen/innen, Sozialarbeiter/innen und Lebensberater/innen unter psychotherapeutischer Leitung besteht. Sie haben es sich zur *Aufgabe* gemacht, den Bewohnern/innen des Maimonides-Zentrum ein soziales und emotionales Gefüge zum Zweck ihrer psychischen Versorgung bereitzustellen. *Ziel* ist es, daß die Heimbewohner/innen mitsamt ihrem jahrzehntealten „Übersiedlungsgut“ endlich ein friedliches Zuhause finden.

„In therapeutischer Einzel- und Gruppenarbeit sowie in gezielter Projektarbeit bemühen sich Praktikanten/innen, den Leitsatz umzusetzen, ‚daß Leben in jeder Lebensphase wachsen, heißt‘. Die Vielfalt dessen, was Praktikanten/innen mit Heimbewohnern unternehmen, ist ebenso groß wie die Vielfalt der Persönlichkeiten beider, Heimbewohner und Praktikanten/innen“, schreibt Frau Mag. Evelyn Böhmer-Laufer, die das Projekt gegründet hat und bis heute begleitet.

Eine Praktikantin berichtet: „Frau F., eine Heimbewohnerin, bat mich nach einigen Wochen unserer gemeinsamen Arbeit, das Gedicht ‚Letzte Ge-

danken‘ für sie aufzuschreiben. Sie hat es in einer der schwersten Stunden ihres Lebens in ihrem Inneren geboren. Es war ein tiefer Einblick in ihre Seele – einer ihrer inneren Tode, in dem sogar der Haß und die Liebe starben. Dieser innere Tod war ein, wie Primo Levi sagt, ‚nicht enden wollender Tod‘. Für mich ist dieses Gedicht ein Zeichen für seelischen Widerstand.“

Organisatorischer Rahmen

Seit Beginn, des Projektes findet eine vielschichtige und schnelle Entwicklung des Psychosozialen Betreuungsprojektes (PBP) statt, die bis heute noch nicht abgeschlossen ist. Dies gilt sowohl für die Behandlungsebene als auch für die Organisationsebene.

Eines der wichtigsten Merkmale ist die Tatsache, daß dieses Projekt nie als fertiges Produkt gesehen wurde, sondern sich in einem ständigen Entwicklungsprozeß befindet.

Das Team arbeitet in kleinen Organisationseinheiten und führt regelmäßig reflektierende Besprechungen mit der Klinischen Leiterin, der Organisatorischen Leiterin und der Stationschwester durch. In diesem Rahmen werden gemeinsame Ziele und Problemlösungsstrategien entwickelt, zusätzlich können Beobachtungen und Erfahrungen ausgetauscht werden.

Die Mitglieder des Teams werden regelmäßig supervidiert.

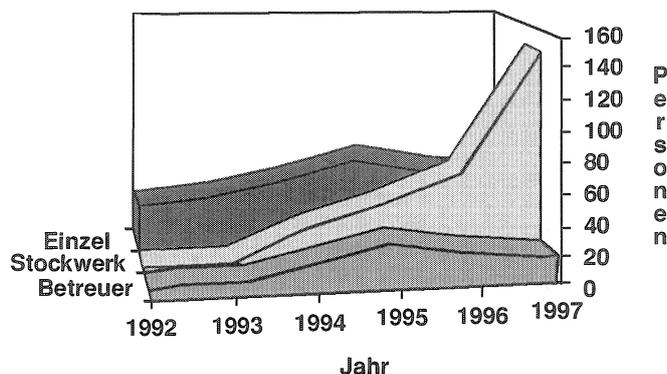


Abb. 1. Entwicklung des PBP 1992-1997

Die gerontopsychologische Betreuung

1. Die Einzelbetreuung

Die Einzelbetreuung sieht die *individuelle Betreuung* einzelner Heimbewohner mit einem Setting von zwei einstündigen Besuchseinheiten pro Woche vor. Sie ist eine heilsame Art des Zuhörens, wenn Heimbewohner/innen über vergangene oder gegenwärtige Sorgen und Nöte, aber auch über ihre Freuden sprechen möchten. Für jede Einzelbetreuung wird der Praktikant gemeinsam mit einer Psychotherapeutin ein individuelles therapeutisches Konzept entwickeln. Weiters wird der Betreuungsprozeß fachlich begleitet und durch regelmäßige Berichte der Praktikant/in immer wieder reflektiert.

Von den 145 Heimbewohnern/innen des Maimonides-Zentrums betreut das PBP derzeit 44 Heimbewohner in Einzelbetreuung.

2. Stockwerkbetreuung

2.1 Stockwerkbetreuung (milieutherapeutische Maßnahmen)

Die Stockwerkbetreuung sieht den geblockten, mehrstündigen Aufenthalt der Praktikanten/innen auf jedem Stock vor. Ihre Aufgabe ist es, Heimbewohner/innen zu einem so-

zialen Austausch anzuregen bzw. diesen zu ermöglichen. Die Praktikanten/innen *planen Aktivitäten*, leiten Gesprächsgruppen, Lesungen usw. und sollen dadurch Heimbewohner/innen *motivieren*, längst aufgegebenen Interessen wieder nachzugehen.

2.2 Ambulanzbetreuung

Die Ambulanzbetreuung soll Heimbewohnern/innen, die sich in einer *veränderten Lebenssituation* (z. B. Eintritt ins Maimonides-Zentrum) oder in einer akuten Krise (Verlust eines nahen Menschen, schwere Krankheit usw.) befinden, sofort beistehen und gemeinsam versuchen, die Probleme zu bewältigen.

Alle Heimbewohner des Maimonides-Zentrums sind durch die Stockwerk- und Ambulanzbetreuung betreut.

Zusammenfassung

Das PBP, das im Bereich des Psychotherapie/Gerontopsychotherapie bereits bekannt und von Fachleuten hoch geschätzt ist, wurde erstmals am „1st Congress of the World Council for Psychotherapy“, Juli 1996, der Öffentlichkeit vorgestellt. Das Projekt bereichert die involvierten Personen in vielerlei Hinsicht. Es unterstützt Holocaust-Überlebende,

ermöglicht Praktikanten/innen, sich auf ihrem zukünftigen Beruf vorzubereiten, und bietet – indem es zur Interaktion zwischen unterschiedlichen Generationen, unterschiedlicher Kulturen und Religionen anregt – für jeden, der mit ihm in Berührung kommt, die Chance sich zu öffnen und weiterzuentwickeln.

Praktikanten/innen und Studenten/innen, die Interesse im Bereich Gerontopsychotherapie haben und alte Menschen, welche wegen ihrer Vergangenheit Traumen und tiefes Leid in sich tragen, begleiten, unterstützen und diesen Prozeß gemeinsam abschließen wollen, können sich an folgende Adresse wenden:

Efrat Karlitzky
Sanatorium Maimonides-Zentrum
Bauernfeldgasse 4, A-1190 Wien
Tel. 368 16 55/53



C. Weisgram

Einige Notizen zur Bedürfnislage in der Pflege- und Altenbetreuung

Die Ausgangslage

Die Umstruktuirung der Alters- und Pensionistenheime in Pflegeheime hat eine neue Bedürfnislage in der Pflege und Altenbetreuung zur Folge.

Der Prozentsatz von verwirrten, dementen und cerebralgeschädigten Personen in Heimen wird größer. Abgesehen davon, daß dies eine besondere Herausforderung für das Pflegepersonal darstellt, benötigen diese Menschen auch eine besondere, fach-

liche und individuelle Art der Betreuung um einen würdevollen Lebensabend gestalten zu können. Nicht nur der rüstige, sondern auch der hilfe- und pflegebedürftige Mensch möchte weiterhin im Rahmen seiner Möglichkeiten ein inhaltsvolles Leben führen und seine Selbstbestimmung und Selbständigkeit gewahrt wissen. Aktivierende Pflege und in begrenztem Maße Rehabilitation sind hier die Schlagwörter. Wenn man von folgender Definition ausgeht: „Rehabilitation ist eine Anstrengung, körperlich

und psychisch beeinträchtigte Personen instand zu setzen, in einer soweit wie möglich normalen Umgebung den bestmöglichen Gebrauch von den (jeweils noch vorhandenen) Fähigkeiten zu machen“ (Altersalmanach, 1994, S. 175), ist eine psychische Stützung der alten Menschen unbedingt erforderlich.

Das zum Großteil noch praktizierte Pflegekonzept zielt fast ausschließlich auf die körperliche Pflege ab. Im Gegenzug dazu gibt es – wie oben erwähnt – die aktivierende Pflege und das Pflegemodell nach Böhm, das nicht generell zum Einsatz kommt. In vielen Heimen fühlen sich die Pflegepersonen durch den neuen Trend und die neue Bedürfnislage zutiefst verunsichert und durch die neuen Anforderungen überlastet. Fort- und Wei-

terbildung und/oder Supervision sind meist nur selten oder in geringem Maße angeboten.

Zur psychischen Betreuung der alten Menschen stehen in den Heimen Seniorenbetreuer/innen zur Verfügung.

Von seiten einiger Heimleiter ist der Wunsch nach einer kompetenten Unterstützung zwar da, in der Struktur der Heime ist eine solche Position aber nicht vorgesehen. So kommt es bspw. zur Besetzung eines Seniorenbetreuerpostens durch eine Psychologin.

Bei internen Heimleitertreffen zeigte sich, daß das Interesse am ehesten besteht – weil finanziell vertretbar – für ein ehrenamtliches Betreuungsteam unter psychotherapeutischer Leitung nach dem Vorbild des Patientenhilfsteams der Krankenanstalt Rudolfstiftung. (Schafft auch Praktikumsplätze.)

Mögliche Ansatzpunkte

A. Die Begleitung der Heimbewohner

- Intensives Eingehen auf die Bedürfnisse der alten Menschen und Hilfe bei der individuellen Gestaltung des Lebensabends,

- Biographiearbeit,
- Aufarbeiten der Lebensgeschichte,
- Betreuung psychiatrischer Patienten.

B. Die Begleitung des Pflegepersonals

- Seminare,
- einfühlsame, respektvolle Gesprächsführung im Sinne einer Validation,
- Kommunikationsseminare,
- Selbsterfahrung etc.



Cora Weisgram
Psychotherapeutin
Barichgasse 44/19
A-1030 Wien
Tel. 714 88 54

Redaktionelle Mitteilung

Dr. Alfred Pritz, Präsident des ÖBVP, wurde jetzt in Zusammenhang mit seinem jahrelangen psychotherapeutischen Wirken von der Medizinischen Universität Lemberg zum Professor h.c. ernannt.

Die Redaktion gratuliert herzlich.

J. Fiegl

Was macht Frauen krank/gesund?

Am 19./20. September 1997 fand unter diesem Titel eine Tagung statt, die in Kooperation dreier Berufsgruppen, dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP), dem Österreichischen Hausärzterverband (ÖHV) und dem Bundesverband der Di-

plomierten Physiotherapeuten/innen Österreichs (ÖPV), gestaltet wurde. Effektivere Kooperation zwischen Gesundheitsberufen war einer der Hauptaspekte, unter denen die Tagung stand.

In den Eröffnungsreden von Frau Gemeinderätin Martina Malyar, Dr.

Rolf Jens, Altpräsident des Hausärzterverbandes, Bettina Jauer für den Physiotherapeuten/innenverband und Dr. Alfred Pritz zeichnete sich bereits die Vielfalt der Betrachtungsweisen des Themas ab.

Workshops und interdisziplinäres Kammingespräch regten zur Diskussion an, wobei klar wurde, daß Kooperation immer dann sehr konstruktiv funktioniert, sobald eine persönliche Basis zwischen Vertreter/innen der Berufsgruppen hergestellt ist. Ungleich schwieriger wird es in gesundheitspolitischen Fragen, die zwar grundsätzlich uns allen wichtiges Anliegen sind und wo es prinzipiell viele gemeinsame Ziele gäbe, wo aber die Möglichkeit eines „Schulterschlusses“ noch nicht wirklich wahrgenommen wurde. Strukturen wären bereits geschaffen, als Beispiele wurden die ARGE freier Berufe und die Allianz der Gesundheitsberufe genannt.

Leitthemen der beiden Tage bildeten „Lebenszyklen“ und „Spannung – Anspannung – Entspannung. Körperliche und seelische Belastungen der Frau im gesellschaftlichen Kontext“. Gesellschaftspolitische Aspekte, die Stellung der Frau beziehungsweise das Thema Wertschätzung als wichtige Basis der Gesundheit, das Dr. Pritz bereits in seinem Eröffnungstatement ins Spiel brachte, zogen sich durch alle Themenbereiche der Tagung wie ein roter Faden.

Der Lebenszyklus der Frau, der sozusagen natürlich vorgegebene Krisen in sich birgt, die einerseits Chance, andererseits, wenn sie unbewältigt bleiben, Ausgangspunkt verschiedenster Beschwerden sein können, kritische Lebensereignisse, persönliche Traumata und weibliche Psychosomatik – Frau Univ.-Prof. Dr. Marianne Springer-Kremser beleuchtete die Zusammenhänge in ihrem Vortrag. Sowohl körperlich als auch psychisch belastende Situationen aus dem Arbeitsalltag von Frauen zeigte die Arbeitsmedizinerin Frau Dr. Elisabeth Huber eindrucksvoll auf. Innerhalb der Diskussion „Frauen im Gesundheitswesen“ viel zu selten thematisiert und doch sehr interessant ist die Rolle der pharmazeutischen Industrie, für die Frauen ganz wichtige Konsumentinnen darstellen, ein Aspekt, den Frau Mag. Helga Tieben ansprach.

Über das Thema Sexualität und Rollenbild referierte Frau Mag. Dr.

Rotraud Perner; ein systemisches Bild, wie Beschwerden in den Lebenskontext der Frau eingebettet sind, brachte Frau Mag. Daniela Hofmann; Frau Renate Pichlhofer stellte ihre Erfahrungen zum Thema Frauengesundheit aus der Sicht ihrer zwei Berufsidentitäten, der Physiotherapeutin und der Psychotherapeutin, dar.

In den Diskussionsrunden und den Workshops war die zentrale Frage immer präsent: Was macht (oder erhält) Frauen gesund?

Womit wieder der Begriff „Wertschätzung“ zentrale Bedeutung gewinnt, als enorm wichtiger, gesundheitsfördernder Gesichtspunkt. Wertschätzung bestimmt die Qualität einer Beziehung, sei es Arzt/Ärztin-Patient/in-Beziehung oder innerhalb einer Partnerschaft, einer Familie, und stellt einen elementaren protektiven Wirkfaktor für kritische Lebensereignisse dar. Geschätzt und eingebettet zu sein innerhalb eines sozialen Netzwerkes gehört ebenfalls zu den menschlichen Grundbedürfnissen.

Gesellschafts- und gesundheitspolitisch drückt sich Wertschätzung zum Beispiel in der Rollenzuschreibung und in der Arbeitssituation aus. Immer wieder wurde von den verschiedenen Referenten/innen darauf hingewiesen, wie häufig Frauen auf Arbeitsplätzen sitzen, die wenig Prestige und nahezu keine Profilierungschancen bieten, körperlich und psychisch belastende Arbeit, gering entlohnt. Wert- oder Geringschätzung innerhalb einer Gesellschaft drückt sich auch in der Art des finanziellen Verdienstes aus. Frauen haben durch-

schnittlich 44% weniger Verdienst als Männer.

Wortmeldungen der Teilnehmerinnen erinnerten immer wieder daran, wie wichtig die Sprache als Transportmittel der Wertschätzung ist. Frauen kommen im sogenannten „Amtsdeutsch“ nahezu nie vor, es wird vom Patienten, Versicherten, Teilnehmer usw. gesprochen.

Als Resümee dieser Tagung wurde klar, daß das Thema wichtig ist, und daß viel Interesse an einer Fortsetzung besteht. Der Zusammenschluß der drei Berufsgruppen wurde als äußerst fruchtbar und hilfreich zum Abbau von Hemmschwellen empfunden und sollte ein Start für neuerliche „Gemeinschaftsproduktionen“ sein. An dieser Stelle möchte ich dem Mitorganisatoren/in Bettina Jauer (ÖPV), Dr. Hans-Joachim Fuchs (ÖHV) und dem Organisationsbüro Social Development herzlich für die gute Zusammenarbeit danken.



*Dr. Jutta Fiegl
1. stv. Vorsitzende des WLP
Rosenbursenstraße 8/3/7
A-1010 Wien*

K. Rahner, C. Rogers, R. Schwarz, P. Watzlawick, J. Wolpe u.v.a. – ein Gotha der Psychotherapie, Philosophie, Psychologie. Mit seinen weltumspannenden Kontakten war Frankl ein Botschafter der Psychotherapie, der an über 200 Universitäten Vorlesungen hielt und unzählige Vorträge vor Laienpublikum, mit denen er zuweilen sogar Fußballstadien füllen konnte. Hierzulande wußte man um seinen Ruhm und seine Akzeptanz in der Welt bis vor kurzem eher wenig.

Biographie

1905 in Wien geboren, studierte Frankl Medizin und erwarb sich nach dem Krieg auch ein Doktorat in Psychologie. Unter der Naziherrschaft blieb er zum Schutze seiner Eltern in Wien. Er hatte als Primarius des damaligen Rothschild-Spitals mit seinen Angehörigen Deportationsschutz. Doch nach der Auflösung des Spitals wurden er und seine ganze Familie in KZs deportiert, eine Schwester war zuvor ausgewandert.

Nach dem Krieg leitete er 25 Jahre hindurch die Neurologische Abteilung der Wiener Poliklinik. Er heiratete in zweiter Ehe die Krankenschwester Eleonore Schwindt, mit der er eine Tochter (und heute zwei Enkel) hatte. Nach der Publikation der meisten seiner Bücher begann er Ende der 50er Jahre mit einer überaus aktiven Vortragstätigkeit im Ausland.

Obwohl er von österreichischen Nazis in die KZs verschleppt worden war und sich mit seinen Vorlesungen später sehr viel im Ausland aufhielt, blieb er seiner Heimatstadt treu, was viele, vor allem jüdische Emigranten, nicht verstanden. Ihnen hielt er die vielen positiven Erlebnisse mit Menschen in Wien entgegen, erzählte von der katholischen Baronin, die seinen Cousin unter Lebensgefahr als „U-Boot“ versteckt hielt, oder vom sozialistischen Rechtsanwalt Bruno Pittermann, der ihn, den mittellosen und verzweifelten KZ-Heimkehrer, wie einen Freund behandelte – Beweise der Menschlichkeit, die zu sehen und zu finden Frankl immer ein Anliegen war.

Zeitzeuge

Frankls Leben umspannt dieses Jahrhundert. Noch als 10jähriger winkte er an der Wiener Ringstraße den Kai-

A. Längle

Viktor Frankl – Anwalt der Menschlichkeit

Ein Nachruf

Mit Viktor Frankl, dem Begründer der Logotherapie und Existenzanalyse, starb die letzte große Gründerpersönlichkeit österreichischer Psychotherapieschulen. Mit seinen 92 Jahren war er bereits zu Lebzeiten eine historische

Persönlichkeit, die noch persönlich Umgang mit S. Freud und A. Adler hatte, wie auch mit R. Allers, G. Allport, L. Binswanger, M. Buber, R. Cohn, J. Eccles, M. Heidegger, K. Jaspers, F. Künkel, A. Maslow, I. Moreno, F. Perls,



Viktor Frankl

sern Wilhelm und Franz Joseph zu – Zeitzeuge einer längst vergangenen Epoche.

Er war auch Zeitzeuge von fast 100 Jahren Entwicklung der Psychotherapie, war vor dem Krieg in Österreich in sie involviert und nach dem Krieg mit ihrer weltweiten Entwicklung in Kontakt.

Frankl, dessen Lebenswerk von Sinn, Leid, Tod, Verzweiflung handelt, war leidgeprüfter Zeitzeuge der Jahrhundertkatastrophe – auf seiten der Entrechteten. Zweieinhalb Jahre lang mußte er in vier verschiedenen KZs um das Überleben ringen, um das seelische nicht minder als um das physische. Nach dem Grauen der Lagerjahre folgte die Verzweiflung bei der Heimkehr. In nur drei Wochen erfuhr er vom Tod seiner Frau, seiner Mutter, seines Bruders, vieler Freunde. Der Sinn, der ihn im KZ hat durchhalten lassen, nämlich seine Frau und Familie wiederzusehen, war zerbrochen. In seiner Resignation war es ihm, als hätte er die KZ-Marter vergeblich durchlitten.

Doch Sinn, so lehrte er in der Logotherapie, ist nicht nur durch Erleben zu erhalten, sondern auch im Schaffen und im „Wie“ des Leidens. Mit der freundschaftlichen Motivationshilfe von B. Pittermann machte er sich an die Arbeit. In nur neun Tagen schrieb er sich die KZ-Erfahrung „von der Seele“, wie er sagte, wollte sie anonym als Dokument menschlichen Verhaltens in extremis veröffentli-

chen. Das Buch wurde in über 20 Sprachen übersetzt und erreichte Millionenaufgaben, das Buch, dem er später den programmatischen Titel „... trotzdem Ja zum Leben sagen“ gab (dtv-TB). Es ist ein Dokument über das Aufrechterhalten des Menschlichsten im Menschen, selbst unter den widrigsten Lebensumständen. Würde, Sinn, Verantwortung, Liebe, Glaube.

Wissenschaftler

Als Wissenschaftler, Arzt und Psychotherapeut war Frankl zeitlebens Anwalt des Humanen – eben dieses „Menschlichsten im Menschen“, des „spezifisch Humanen“ oder des „Geistigen im Menschen“ wie er es nannte. In Form der Logotherapie und Existenzanalyse gab er diesem Anliegen eine wissenschaftliche Ausformulierung und machte es für die Psychotherapie, Beratung, Begleitung und Krisenintervention fruchtbar.

Schon früh – wie so oft bei Schöpfern solcher Lebenswerke – beschäftigte ihn bereits die Sinnfrage. Als Arzt vermißte er die seelische Betreuung der Patienten und sah es als menschliche Pflicht eines jeden Arztes an, „Ärztliche Seelsorge“ (Buchtitel seit 1946) zu betreiben – ein Vorläufer der medizinischen Psychologie und der Psychotherapie im Krankenhaus. Frankl ging es vor allem um Lebenshilfe gegen den Nihilismus mit der Folgewirkung von Sinnlosigkeit und Verzweiflung, was ihn dem christlichen Denken und der Religion mitunter sehr nahe brachte.

Frankls Anthropologie zeichnet den Menschen als durchdrungen von einem Streben nach Sinn, worin er seine wesensgemäße Erfüllung findet. Befähigt dazu wird der Mensch durch die beiden geistigen Grundfähigkeiten der Selbst-Distanzierung (mit sich umgehen können) und der Selbst-Transzendenz (sich auf andere und anderes einlassen können). Als Person bleibt uns der Mensch aber letztlich Geheimnis. Dieser tiefe Respekt vor der Würde der Person, ihrem Gewissen und ihrem Sinn, den sie lebt und verantwortet, prägt die Existenzanalyse und Logotherapie. Frankl beschönigt nicht: „Seit Auschwitz wissen wir, wessen der Mensch fähig ist. Und seit Hiroshima wissen wir, was auf dem Spiele steht.“

Mit derselben Prägnanz, wie er über Freiheit, Verantwortung, Sinn der Existenz schreibt, beschreibt er das Scheitern-Können, die Tragik von Leid, Schuld und Tod im Leben eines jeden Menschen. Dennoch hat er innegehalten vor dem Letzten, versuchte er das Geheimnis des Menschen nicht durch Kategorisierungen und Reduktion auf psychische Mechanismen zu erklären und damit zu zerstückeln. Hier empfand er Demut, stand als tiefgläubiger Mensch gleichsam vor dem Geheimnis seines Gottes.

Das Besondere in diesem Lebenswerk ist die Einheit von Gedachtem und Erlebtem. Die Logotherapie ist keine Schreibtischtheorie (und daher auch manchmal zuwenig methodisch und wissenschaftlich). Aber Frankl hat seinen Entwurf selbst „durchgearbeitet“ und auf das, was sie zu geben vermag, existentiell überprüft. Seine Gedanken „verkörpern“ gleichsam Existenz. Solche Botschaft erreicht selbst den einfachen Menschen und überzeugt durch Vorbildwirkung und Echtheit. Auch Carl Rogers bezeichnete Frankls Gedanken als „outstanding contributions to psychological thought in the last fifty years“. Frankl sah die Logotherapie nie als „Ersatz der herkömmlichen Psychotherapie“ an, sondern als ihre theoretische und praktische Verlängerung in den spezifisch geistigen Bereich hinein.

Die Person

Auch ein nur kurzes Beisammensein mit Frankl ließ das Charakteristische seiner Person schnell deutlich werden: seinen scharfsinnigen, wachen und interessierten Geist, den er persönlich am liebsten in Form seines Humors lebte. Nichts liebte er mehr als die geistreiche Anekdote oder den Witz, der die Tiefe menschlicher Züge in ein paar Strichen zur Darstellung brachte. Einfach in seiner Lebensführung sowie klar im Denken war ihm die unsaubere Verwendung von Begriffen oder schlampiges Denken ein Ärgernis.

Im Grunde scheute dieser geistvolle und brillante Redner und Erzähler die Öffentlichkeit. Sein Wunsch, in aller Stille begraben zu werden, entspricht seinem Wesen, das etwas Unnahbares hatte und persönliche Begegnungen oder Kritik zu meiden

versuchte. Manchmal litt er unter dieser nicht ganz freiwilligen Isolation, die ihm andererseits den Rahmen für sein großes Arbeitsprogramm schuf. Seinem Wesen war die Teamarbeit versagt. So tat er sich auch mit der Weiterentwicklung seiner Lehre im Rahmen der GLE (Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Wien) schwer und distanzierte sich von ihm ohne auf inhaltlicher oder auf persönlicher Ebene darüber zu diskutieren.

Nur das Gute soll zählen

Trotz allem Leid und Unrecht, das ihm widerfahren ist, wehrte sich Frankl nach dem Krieg gegen die Kollektivschuldhypothese, einer nicht faßbaren Allgemeinbeziehung, die nur zur Provokation neuen Unrechts führen könne. Schuldig könne nur die einzelne Person vor ihrem Gewissen werden. Was aber im menschlichen Leben zähle, das sei niemals das Schuldige, das Kritische, das Versagen. So mahnte er in der Rede vor dem Wiener Rathaus von 1988 anlässlich des 50-Jahr-Gedenkens an den Anschluß Österreichs, daß jede Nation Holocaust-fähig sei und daß es daher gälte, sich dieser Gefahr bewußt zu bleiben. Aber umso mehr rief er zur Versöhnung auf „über alle Gräben und über alle Gräber hinweg“. Die Größe, die Viktor Frankl hier bewies und die zum Leitbild der österreichischen Vergangenheitsbewältigung werden konnte, gründete in seiner tiefsten Überzeugung: Nur das Gute zähle wirklich im Leben eines Men-

schens. Für diese Botschaft „trotz allem“ steht Viktor Frankl als Arzt, Psychotherapeut und Zeitzeuge dieses Jahrhunderts.

Hauptwerke

Frankl V (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Fischer TB, Frankfurt

Frankl V (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Piper TB, München (Neuausgabe)

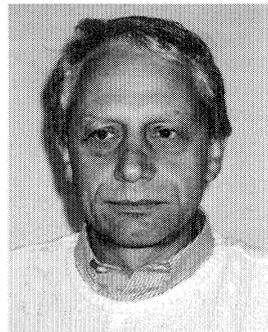
Frankl V (1985) Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. Ein Lesebuch. Piper TB, München

Frankl V (1986) Die Psychotherapie in der Praxis. Piper TB, München

Frankl V (1992) Die Sinnfrage in der Psychotherapie. Piper TB, München

Frankl V (1994) Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Quintessenz, Berlin

Frankl V (1985) Psychotherapy and Existentialism, Selected Papers on Logotherapy. Washington Square Press, New York



Dr. med. Dr. phil. Alfried Längle
Psychotherapeut
Eduard Sueß-Gasse 10, A-1150 Wien

und im ÖBVP die BUKO-Delegierten auch nicht von allen gewählt werden können. Es werden „Mandate“ automatisch Ausbildungseinrichtungen zur Verfügung gestellt, es wird dem kleinsten und größten Bundesland jeweils dieselbe Mandatszahl zugeteilt, sodaß die Hälfte der „Mandatare“ von der weit überwiegenderen Mehrheit der Psychotherapeuten gar nicht gewählt werden kann und im Fall der Bundesländer die Stimme eines Psychotherapeuten im kleinsten das 20fache zählt im Verhältnis zum größten Bundesland. Außerdem sollen die nur sehr bedingt gewählten „Mandatare“ das direkt gewählte Präsidium kontrollieren.

Nachdem ich die Diskussion über eine Verbesserung der Position und Rechtsstellung der Psychotherapeuten schon seit 1995 betreibe und im letzten Jahr in den meisten Arbeitsgruppen mitgearbeitet habe, stellt sich mir die Situation so dar:

Das Gesundheitsministerium stellt sich eine schlanke Kammer am akzeptabelsten vor, mit Listenführung der Berufsberechtigten und Disziplinarrecht sowie einem freien und geheimen Verhältniswahlrecht für die innere Struktur. Zur weiteren inneren Struktur sollen die Psychotherapeuten (der ÖBVP) eine klare Vorstellung der Selbstgestaltung abgeben. Zur Durchsetzung müßten dann aber auch noch die Politiker der ÖVP gewonnen werden, die derzeit noch nicht einmal informiert sind.

Schon bis zu diesen Punkten konnte die Diskussion bis jetzt nicht entwickelt werden. Waren am Anfang die Mehrfachmitgliedschaften bei Kammern und das Disziplinarrecht ein Problem, so ist jetzt zum wiederholten Male die Diskussion über 10 Kammern (9 Länderkammern und 1 Bundeskammer) und ein Persönlichkeitswahlrecht begonnen worden. Bei der Klausur des Präsidiums und der Ländervorsitzenden im Februar 1997 wurden zwei Horrorvarianten erarbeitet: eine zentrale Kammerstruktur in Wien, die alles entscheidet und bestimmt, und eine Organisation mit 9 selbständigen vollständigen Länderkammern und einer schwachen Bundeskammer als Klammer darüber.

Geklärt konnte damals werden, daß das föderale Prinzip in der „Psychotherapeutenkammer“ ausreichend gewahrt bleiben müßte, aber auch die

H. Bartuska

Von den Stadtstaaten zum Staatenbund, vom Ständestaat zur Demokratie?

Diskussionsstand zur Struktur einer „Psychotherapeutenkammer“

Die Organisationsformen der Psychotherapeuten der früheren Ausbildungsvereine können geschichtlich mit der Urform der oligarchisch organisierten Stadtstaaten, der Dachverband psychotherapeutischer Vereinigungen mit einem oligarchischen

Staatenbund und der ÖBVP mit einem Ständestaat verglichen werden.

Dies deswegen, weil in den Ausbildungsvereinen die wirkliche Macht der Ausbildungskomitees nicht demokratisch gewählt werden konnte, auch in Dachverbandszeiten nicht,

Interessen der Ausbildungsvereine genug Platz finden müßten, wenn ein Modell von allen akzeptiert werden soll. Als weitere vorhandene Interessensgruppen wurden immer wieder die „angestellten“ Psychotherapeuten und die „Freiberuflichen“ genannt.

Als weitere Kriterien wurden in den Diskussionen übereinstimmend eine stärkere Vertretung nach außen (stärkere Exekutive) und eine verbesserte innere Machtkontrolle (Parlament, Ausschüsse, Grundsatzbeschlüsse = Legislative) genannt sowie eine Balance zwischen Bundes- und Länderinteressen. Einigkeit herrscht bei der Aufteilung der Umsetzungsaufgaben der Grundsatzbeschlüsse auf Bundesvertretung und Landesvertretungen.

Zum Thema Persönlichkeitswahlrecht versus Listenwahlrecht scheinen vielen Psychotherapeuten die Begründungen nicht ausreichend präsent zu sein. Das Listenwahlrecht garantiert über seine Rahmenbedingungen, daß genug Stellvertreter nominiert werden müssen. Das heißt, daß im Fall eines Rücktrittes, auch eines ganzen Vorstandes, die Geschäfte von einem (schon vor der Wahl bekannten!) Stellvertreter-Team bis zur nächsten Wahl geführt werden können. Auch die Mindestunterstützung kann schon im voraus geklärt werden, da für jede beliebige nach Interessen zusammengefundene Liste meist eine gewisse Anzahl von Unterstützungsunterschriften gefordert werden, z. B. zwischen 5 und 20 pro aufgestelltem wahlwerbenden „Mandatar“. Damit werden auch die Beziehungs- und Gruppenstrukturen hinter den Spitzenkandidaten sichtbar, und außerdem ist gesichert, daß die verschiedenen Interessenslisten je nach Anzahl ihrer erhaltenen Stimmen in der Delegiertenkonferenz (Legislative) vertreten sind, meist mit einer Minderheitenklausel von 4% oder 5%. Das Persönlichkeitswahlrecht bietet solche Vorteile nicht, hat dafür aber die Vorteile, daß der Wahlwettbewerb zwischen Personen ausgetragen wird, die damit persönlich sichtbar werden und somit keine „unbekannten Funktionäre“ in den Gremien sitzen, weil ja alle in kleinen Wahlkreisen um die Mehrheit der Stimmen kämpfen müssen. Wegen der sehr unterschiedlichen Auswirkungen wird jetzt zu-

nehmend eine Erweiterung des Listenwahlrechtes um eine Direktwahl des Vorsitzenden erarbeitet (siehe Bürgermeisterwahl in Vorarlberg). Ein reines Persönlichkeitswahlrecht hingegen würde vermutlich viel schwerer vom Parlament akzeptiert werden.

Nun werden zwei sehr unterschiedliche Modelle diskutiert. Ein Modell (vertreten von Bartuska) sieht die Übernahme der Vorstellungen des BMfAGuS vor und eine Ausgestaltung nach internen Präferenzen. Als Rahmenvorstellung müßte eine Kammer eine Delegiertenkonferenz haben (von beispielsweise 46 Delegierten z. B. pro 100 Wahlberechtigte ein Mandat), das als Legislative und Machtkontrolle funktionieren kann. Das föderale Prinzip könnte dadurch gewahrt werden, daß die Delegierten je nach Anzahl der Stimmen in den Bundesländern gewählt würden, also 17 in Wien, 1 im Burgenland etc. Damit könnten die Delegierten von Wien den Landesvorstand (Landes-Exekutive) wählen und in der Delegiertenkonferenz dann das Präsidium (Bundes-Exekutive) sowie weitere Ausschüsse. Damit würden die verschiedenen Interessengruppen genötigt, um die Landesmandate zu wetteifern. Als Varianten können und sollen natürlich auch 23 Ländermandate und 23 bundesweite Mandate für Interessenslisten u. a. m. diskutiert werden.

Die andiskutierte Alternative (vertreten von Szyszkowitz) besteht aus 9 Landeskammern, deren Vorstände von den Landesversammlungen mittels Persönlichkeitswahl direkt gewählt werden, wobei 8 Landesvorsitzende unter Beiziehung von 4 Vereinsdelegierten, deren Wahlmodus noch unklar ist, das Präsidium der Bundeskammer bilden. Der Bundesvorstand soll dann einen Präsidenten nicht aus seiner Mitte wählen, allerdings aus sachlichen Gründen die einheitliche Listenführung beaufsichtigen, da sonst 9 Psychotherapeutenlisten bürokratisch sehr aufwendig wären, und den Wahltermin für ganz Österreich festsetzen, damit organisatorisch eine gemeinsame Präsidentenwahl ermöglicht würde. Auf jede Form einer Delegiertenkonferenz kann in diesem Modell verzichtet werden, da die Ländervorstände den Landesversammlungen verantwortlich wären.

Da dieses Modell soviel Macht bei den Ländervorsitzenden kumulieren würde und nur einen sehr schwachen Präsidenten ohne jede Rückenstärkung hätte und weiters die Kontrollrechte sehr beschränken sowie die Legislative mit der Exekutive vermischen würde, da es ja gar keine Legislative außer den Landesversammlungen gibt, möchte ich dieses Modell „Appenzeller Kurfürstenmodell“ nennen. Nur mehr in einzelnen Schweizer Kantonen gibt es diese formale Grundsatzgesetzgebung der Bürgerversammlungen, sonst überall parlamentsartige Kontrolle.

Den Anforderungen an ein repräsentatives Verhältniswahlrecht, einer Balance zwischen Bundes- und Länderinteressen, einer arbeits- und kontrollfähigen Anzahl von Delegierten sowie der leichteren Durchsetzbarkeit einer Kammer kann dieses Modell so wenig genügen, daß es nicht konkurrenzfähig zu dem obigen Rahmenmodell diskutierbar erscheint.

Diese Diskussion ist allerdings verfrüht, weil in einem Kammergesetz vermutlich der ÖBVP beauftragt würde, eine Wahlordnung innerhalb von 5 Jahren zu erarbeiten und von der Aufsichtsbehörde genehmigen zu lassen. Derzeit wäre diesbezüglich nur eine Klarheit notwendig: Ob eine Kammer oder 10 Kammern, wobei 10 Kammern sicherlich eine wesentlich höhere Durchsetzungsarbeit benötigen würden und schon erhebliche Zweifel bestehen, ob wir bei den Regierungsparteien eine Kammer durchsetzen können. Sicher jedoch können wir mit gespaltenem Standpunkt kaum etwas bewirken.

Mir scheint überhaupt: Die so häufig diskutierten Machtphantasien (eine Psychotherapeutenkammer könnte Methoden oder Settings verbieten!) und Machtbestrebungen untereinander lähmen die Psychotherapeuten. Sie hindern sich damit selbst, einen gemeinsamen Machtanspruch und klaren Positionsanspruch nach außen an die Gesellschaft zu stellen. Damit würden allerdings auch Kaserverträge viel leichter erreichbar sein. Dies alles scheinen die Psychotherapeuten jedoch noch nicht wirklich zu wollen.

*Dr. Heiner Bartuska
Präsidium des ÖBVP*

Leserbrief

Betrifft: Zur derzeitigen Diskussion „Psychotherapie im Krankenhaus“

Sehr geehrter Herr Präsident!

Ich erlaube mir, Ihre werte Aufmerksamkeit auf unser mehrfach publiziertes und referiertes Konzept psychotherapeutischer Versorgung krebskranker (kindlicher, jugendlicher und adulter) Patienten zu lenken. Ich suche durch diese Zeilen auf eine seit dem Jahr 1980 beginnende Aufbauarbeit zur Integration psychotherapeutischer Mitarbeiter in eine Spitalstruktur hinzuweisen, welche nach vielen verschiedenen Versuchen nach ca. 10 Jahren auch gelang.

Das letzte Heft von Psychotherapie Forum (Themenheft: Psychotherapie im Krankenhaus) und der fehlende Hinweis im gesamten Heft auf unser publiziertes Konzept hat mich dazu angeregt, Ihnen zu schreiben und zwei Probedrucke des „Psycho-sozialen Betreuungskonzepts der Pädiatrischen Onkologie des St. Anna-Kinderspitals“ zu senden. Es hat mich beim Durchlesen der Artikel in diesem Themenheft mehrfach erstaunt, daß immer wieder auf das

Fehlen von erprobten Konzepten für den klinischen Alltag verwiesen wird (z. B. Frau Ringler in der Einführung), obwohl es zum Beispiel in unserem Krankenhaus seit Jahren ein gut funktionierendes Konzept gibt, welches jederzeit auch der Fachöffentlichkeit zugänglich – da publiziert – sein müßte bzw., wie oben erwähnt, bereits mehrfach in den letzten Jahren in den einschlägigen (national und international) Kreisen referiert wurde. Zuletzt war dies z. B. bei der gemeinsamen Veranstaltung von ÖBVP und Ärztekammer für Wien im Rahmen der Veranstaltung „Update in Onkologie, 28. 2.–1. 3. 97“ der Fall. Ich fände es daher bedauerlich, daß ein Konzept, welches seit Jahren unter den harten Bedingungen des klinischen Alltags seine Gültigkeit regelmäßig unter Beweis stellt und von in- und ausländischen Kollegen (insbes. der Ärzteschaft) aus dem onkologischen Bereich, nicht zuletzt auch wegen der interdisziplinären Ausrichtung, inzwischen seine Anerkennung gefunden hat, in Österreich von der Kollegenschaft der psychotherapeutischen Profession nicht zur Kenntnis genommen wird.

Abgesehen von der ärgerlichen Verwunderung, die einen angesichts einer solchen Negierung befällt, kann sie in der Tat auch noch als luxuriös bezeichnet werden. Es existieren nämlich weltweit – außer im pädiatrischen Bereich – tatsächlich kaum übergreifende interdisziplinäre psychotherapeutische Versorgungskonzepte für schwerkranke Patienten im Rahmen der normalen medizinischen Versorgung. Vieles von dem, was im Konsensuspapier von Flims 1995 (abgedruckt auch im Psychotherapie Forum, S. 123–124) für die Krebspatienten gefordert wird, wird meines Wissens nahezu ausschließlich bereits seit Jahren in vielen pädiatrisch-onkologischen Abteilungen der BRD und Österreichs, z. B. auch im St. Anna-Kinderspital, verwirklicht. Es ist bei uns z. B. seit Jahren üblich, daß jeder krebskranke Patient und seine Angehörigen in der Zeit der Diagnosenstellung vielfache psychosoziale Unterstützung angeboten erhalten (siehe beigelegte Veröffentlichung) und diese über die ganze Zeit der Krankheit aufrecht bleibt.

*Dr. Reinhard J. Topf
Leiter der Psychosozialen Gruppe des
St. Anna-Kinderspitals
Psychotherapeut, Klinischer
Psychologe, Gesundheitspsychologe*

Ausbildung – Fortbildung – Weiterbildung

R. Kalchmayr und B. Kerbl

Die Zukunft der Psychotherapieausbildung braucht Kritik im Hier und Jetzt

Dieser Artikel gliedert sich in zwei Teile: Zunächst berichten wir über ein Symposium zum Thema Psychotherapieausbildung und anschließend legen wir allgemeine Überlegungen zur Ausbildungskritik dar.

Symposium

Mit dem Symposium „Zukunftswerkstatt Psychotherapieausbildung“, das im Frühling 1996 in Steyr stattgefunden hat, versuchten wir, ein Diskussions- und Arbeitsforum für Ausbildungskandidaten/innen zu diesem Thema zu schaffen.

Entstanden ist die Idee für dieses Symposium im Rahmen der Kandidaten/innenkonferenz des ÖAGG (KK), die den Zusammenschluß von Vertreter/innen der Kandidaten/innen aus den fünf Fachsektionen (Familientherapie, Gruppendynamik/Dynamische Gruppenpsychotherapie, Gruppenpsychoanalyse, Integrative Gestalttherapie, Psychodrama) darstellt. Sowohl vereinspolitische als auch therapierelevante Fragestellungen und mögliche handlungsorientierte Aufarbeitungen wurden und werden in der KK behandelt.

In unseren befruchtenden Diskussionen zeigte sich sehr bald, daß uns eine Reihe von Themen beschäftigt, die in der etablierten Psychotherapie-szene keinen Platz haben (hier ein kleiner Auszug daraus):

- Kriterien der Zulassung, Graduierung von Kandidaten/innen,
- Kriterien der Bestellung von Lehrbeauftragten für die Ausbildungsinstitute,

- Umgang mit Mißbrauch, Verletzungen von Kandidaten/innen durch Lehrtrainer/innen,
- didaktische Vermittlung von Theorie und Praxis,
- geringe wissenschaftliche Tätigkeit der Ausbildungsinstitute,
- fehlende Möglichkeit der Beobachtung der praktischen Arbeit von Lehrtrainer/innen (auch Umgang mit Fehlern und Problemen),
- vorwiegende Beschäftigung mit den Fällen der Kandidaten/innen,
- mangelnde Einbindung der Graduierten (Mittelbau) in die Ausbildung,
- fehlende Evaluation und Reflexion der Ausbildungsschritte und mangelnder Dialog darüber,
- Unvereinbarkeit von persönlicher Analyse (Lehr-, Einzeltherapie) mit anderen Teilen der Ausbildung (Gefahr der schwer bearbeitbaren Übertragungsregressionen) – Trennung der Eigentherapie vom Ausbildungsinstitut,
- Einbindung von anderen Wissenschaftsgebieten in die Ausbildung (z. B. Soziologie, Biologie, Neurologie),
- Problem der privaten Finanzierung, die zur Ausgrenzung bestimmter Personengruppen führt.

Nach zweijähriger Vorbereitung konnte das Projekt „Steyr“ über die Bühne gehen, nicht ohne zweimal vom Scheitern massiv bedroht gewesen zu sein. Auf der einen Seite lagen die Gründe dafür in der Schwierigkeit, finanzielle Mittel (Sponsoren und Inseratengelder) für die Abhaltung des Symposiums aufzutreiben.

Auf der anderen Seite erfolgten die Anmeldungen der Ausbildungskandidaten/innen anfangs trotz geringer Teilnahmegebühr sehr spärlich, da die Veranstaltung nicht als Ausbildungsveranstaltung ausgeschrieben war. Auch die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Therapieausbildung während des laufenden Ausbildungsprozesses scheint eine Hemmschwelle für die Teilnahme am Symposium dargestellt zu haben.

Das Symposiumsprogramm war an alle Kandidaten/innen der Psychotherapie-Ausbildungseinrichtungen Österreichs (Propädeutika und Fachspezifika) versandt worden. Dadurch war methodenübergreifendes Arbeiten in den einzelnen Werkstätten gewährleistet. Wichtig war uns die Präsentation und Dokumentation der erarbeiteten Werkstätteninhalte. Eine begleitende Videoarbeit stellte eine zusätzliche Ebene der Bearbeitung dar. An der Veranstaltung nahmen 8 Moderatoren/innen und 55 Teilnehmer/innen aus den unterschiedlichen Psychotherapieausbildungsvereinen teil.

Wesentlich zum Gelingen des Symposiums haben Wolf Aull, Emilio Modena und die Moderatoren/innen beigetragen, die ohne Honorarforderungen die Moderation äußerst kompetent und engagiert übernommen haben. Weiters sei erwähnt, daß die Regionalsektion Wien sowie einige andere Sektionen des ÖAGG, der Oberösterreichische Landesverband für Psychotherapie sowie Einzelpersonen materielle Unterstützung und in einer Spontanaktion bei der Mitgliederversammlung des ÖAGG in Gold-

egg 1996 Freiplätze für Kandidaten/innen zur Verfügung gestellt haben. Somit konnte die Finanzierung des Symposiums endgültig abgesichert werden.

Das Programm wurde mit dem Vortrag von Emilio Modena „Die psychotherapeutische Ausbildung zwischen Institutionalisierung und Desinstitutionalisierung“ und einer anschließenden Podiumsdiskussion eröffnet. Zwei Tage lang fanden folgende 7 Werkstätten statt:

- Visionen eines befriedigenden Ausbildungsmodells,
- persönlicher Prozeß, Ausbildungsprozeß; Ausbildung zwischen Transparenz und Intimität; Fragen der Ethik,
- Psychotherapie-Schulenvergleich,
- Spiritualität, New Age,
- gesellschaftliche Aufgaben der Psychotherapie,
- Theaterwerkstatt,
- Diagnostik und Qualitätssicherung.

Ausbildungskritik

Massive Kritik an der Ausbildung übte Michael Balint bereits 1947, indem er den Zustand der psychoanalytischen Ausbildungsvereinigungen folgendermaßen beschrieb: „Auf seiten der Initiatoren – der Unterrichtsausschüsse und Lehranalytiker – beobachten wir Geheimhaltung ihres esoterischen Wissens, dogmatische Verkündung unserer Forderungen und autoritative Techniken. Auf seiten der Kandidaten, also der zu Initiierenden, beobachten wir willige Annahme der esoterischen Legenden, Unterwerfung unter die dogmatische und autoritative Behandlung ohne viel Protest und ein überaus respektvolles Benehmen.“

Wir wissen, welches Ziel alle Initiationsriten haben: Sie sollen den Neuling zwingen, sich mit dem Clan zu identifizieren, den Initiator und seine Ideale zu introjizieren und aus diesen Identifikationen ein starkes Über-Ich zu errichten, das ihn lebenslang beeinflusst.

Das ist wohl eine überraschende Entdeckung. Was wir bewußt bei unseren Kandidaten zu erreichen beabsichtigen, ist doch vielmehr, daß sie ein starkes kritisches Ich entwickeln, das fähig ist, erhebliche Belastungen

zu ertragen, das frei ist von unnötigen Identifikationen, von automatischer Übertragung und Denkschablonen. Ganz im Gegensatz zu diesem bewußten Ziel trägt unser eigenes Verhalten als Lehranalytiker Züge und läuft unser Ausbildungssystem darauf hinaus, daß es beim Kandidaten unweigerlich zu einer Schwächung dieser Ich-Funktionen und zur Bildung und Festigung einer ganz speziellen Über-Ich-Form kommt“ (Balint, 1988, S. 275).

Aus unserer Sicht hat sich die von Balint beschriebene Situation methodenunabhängig in den Ausbildungseinrichtungen nicht wesentlich verändert. Es gibt vor allem zu wenig Transparenz innerhalb der Ausbildungsvereine. Mehr davon würde eine klarere Analyse und Reflexion der Ausbildungssituation und den mit ihr einhergehenden Abhängigkeitsbeziehungen bedingen. Diesen Beziehungen wird noch immer nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt. Auf der einen Seite geben Ausbildungskandidaten/innen viel von ihrer Autonomie auf, um gute Beurteilungen zu erhalten. Auf der anderen Seite beziehen doch einige Ausbilder/innen ihre ökonomische Sicherheit und ihr Selbstwertgefühl über die Anerkennung durch Kandidaten/innen.

Nach Beendigung der Ausbildung verläßt ein Großteil der Kandidaten/innen die Ausbildungsinstitutionen, ohne sich kritisch mit der absolvierten Ausbildung auseinandergesetzt zu haben. Sie wurden auch nie dazu eingeladen. Ein ganz kleiner Teil von ihnen strebt übergangslos eine Karriere als Ausbilder/in an und findet so wiederum nicht die zur Veränderung nötige Distanz. Erst spät, wenn die Identifikation mit der Ausbildungsinstitution brüchig geworden ist, reflektieren Ausbilder/innen die Ausbildungssituation (vgl. Fallend, 1995).

Die Basis für die Entwicklung von Autonomie und Kritikfähigkeit bildet sich aus unserer Sicht in den zumeist am Beginn einer Therapieausbildung stehenden Selbsterfahrungsteilen heraus. Die Kandidaten/innen bewegen sich hier im stärksten Spannungsfeld zwischen Intimität und Transparenz.

In letzter Zeit fordert vor allem Kernberg, die persönliche Analyse (Selbsterfahrung) von allen anderen

Ausbildungsschritten zu trennen. Damit soll verhindert werden, daß die notwendige Übertragungsregression die anderen Aspekte der Ausbildung beeinflusst und sich auf die Bewertung auswirkt.

Kernberg schlägt für die psychoanalytische Ausbildung (wir meinen, daß sich dieser Ansatz bei allen Therapiemethoden bewähren würde) eine Mischung zwischen Universitätsinstitut und Kunstakademie vor. Zum einen meint er damit, daß die Kandidaten/innen selbst zur Forschung und zur Entwicklung der Theorie und Technik beitragen. Zum anderen, „... daß man wie in einer Kunstakademie alles von seinen Lehrern lernt, die man bei ihrer eigenen Arbeit beobachtet. Das heißt also, daß im Unterricht die Kandidaten die Möglichkeit haben, die konkrete Arbeit ihrer Lehrer mit allen Fehlern und Problemen zu sehen, anstatt, wie es allgemein üblich ist, daß nur die Arbeit und die Fälle von Kandidaten behandelt werden ...“ (Kernberg, 1995, S. 3 f).

Wir wünschen uns, daß die Ausbildungseinrichtungen Diskussionsforen schaffen, in denen Kandidaten/innen, Absolventen/innen und Ausbilder/innen sich der kritischen Analyse und Reflexion der Ausbildung und ihrer Finanzierung stellen und somit die Grundlage zu einer notwendigen Weiterentwicklung der Psychotherapieausbildung schaffen.

Wir stehen inmitten einer immer stärker werdenden Verschulung der Ausbildung, die wesentliche therapeutische Aspekte wie z. B. Schöpferisches, Solidarität unter den Kandidaten/innen, unterschiedliche Geschwindigkeiten im Ausbildungsgang, Originalität, Weitsicht, Konfliktfreudigkeit ... ausgrenzt. „Ideale Kandidaten/innen“ können sicherlich nicht zur Weiterentwicklung der Psychotherapie in Theorie und Praxis beitragen.

Einen weiteren kritischen Punkt stellt die Vernachlässigung von Kompetenzen und Ressourcen der Auszubildenden dar. Aus unterschiedlichen Quellenberufen kommend, bringen sie oft eine reiche Palette von Kenntnissen mit, die von den Ausbildungseinrichtungen wenig anerkannt und kaum genutzt wird. Die Position, die den Kandidaten/innen von den Ausbildungsvereinen zugesprochen wird,

gleich häufig der eines unmündigen Erwachsenen.

Gelingt es uns nicht, die Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse innerhalb der Psychotherapieausbildung zu hinterfragen, werden wir unter anderem auch nicht in der Lage sein, die so notwendige Gesellschaftskritik aufnehmen zu können. Eine Folge davon ist, daß Patienten/innen in ihrer Entwicklung zu mehr Autonomie und Emanzipation von Psychotherapeuten/innen nicht ausreichend unterstützt werden können.

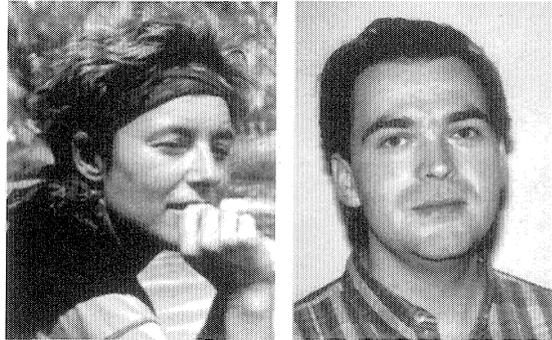
Abschließend möchte ich auf unsere schriftliche Dokumentation über das Symposium hinweisen, die unter folgender Adresse zu beziehen ist: Dr. Reinhard Kalchmayr, Missindorfstraße 16/16, 1140 Wien.

Literatur

Balint M (1988) Die Urformen der Liebe. Deutscher Taschenbuchverlag, München, S 275

Fallend K (1995) Sonderlinge, Träumer, Sensitive. Veröffentlichung des Ludwig Boltzmann Instituts für Geschichte und Gesellschaft, Wien, Bd 26
Kernberg FO (1995) ... Nicht Technische Hochschule oder Theologisches Semi-

nar, sondern eine Kombination von Universitätsinstitut und Kunstakademie ... Werkblatt – Zeitschrift für Psychoanalyse und Gesellschaftskritik 35: 3–4



Mag. phil. Brita Kerbl, Klinische Psychologin, Psychotherapeutin in freier Praxis (Integrative Gestalttherapie)

Dr. med. Reinhard Kalchmayr, Arzt, Psychotherapeut in Ausbildung unter Supervision (Psychodrama)

Kriseninterventionszentrum Wien, Spitalgasse 11, A-1090 Wien, Tel. 406 95 95/24, Fax 406 95 95/14

Aus dem Psychotherapiebeirat – Gesundheitsministerium

Ethik-Rubrik

Forum zur Diskussion berufsethischer Fragen

Ziel und Sinn dieser „Ethik-Rubrik“ ist der Erfahrungsaustausch und die Diskussion berufsethischer Fragen. Das Team der Ethik-Rubrik setzt sich zusammen aus *Dr. Nancy Amendt-Lyon, DSA Lore Korbei, Dr. Michael Kierein, Dr. Renate Hutterer-Krisch, Dr. Gerhard Pawlowsky, Dr. Johanna Schopper, Dr. Gerhard Stemberger, DSA Billie Rauscher-Gföhler*. Sie sind dazu eingeladen, Leserbriefe und Diskussionsbeiträge zu berufsethischen Fragen zu schreiben. Das Team der Ethik-Rubrik muß nicht mit den Inhalten und Stellungnahmen abgedruckter Leserbriefe und Diskussionsbeiträge übereinstimmen. Leserbriefe und Diskussionsbeiträge zu ethischen Fragen in der Psychotherapie bitte an:

Dr. Renate Hutterer-Krisch, Kantnergasse 51, A-1210 Wien.

G. Pawlowsky

Transparenz in der Ausbildung zur Psychotherapie

Das Thema Transparenz in der Psychotherapieausbildung handelt von der Offenheit der Ausbilder gegenüber den Kandidaten dieser Ausbildung. Das Feld, in dem Transparenz in diesem Sinn eine Rolle spielt, sind die Entscheidungen, die im Rahmen der Ausbildung in Bezug auf den Kandidaten / die Kandidatin (hier und im weiteren für beide Geschlechter gemeint) getroffen werden. Hier ist die Einbettung der Frage in das gesamte Unternehmen eines Vereins sichtbar, der (auch) als propädeutische oder fachspezifische Ausbildungseinrichtung arbeitet, und in dem viele Entscheidungen dem Kandidaten in der Ausbildung auch nicht transparent gemacht werden.

Die Transparenz ist – so sehr sie auch von Argumenten getragen und mit klaren Vereinbarungen gesichert sein mag – aber keinesfalls ein partikulärer Aspekt oder etwa gar einer, für dessen Einforderung der Kandidat zuständig

wäre. Sie ist Sache der Ausbilder und des Vereins. Sie kann im ganzen betrachtet auch als unverzichtbarer Aspekt jeder Psychotherapieausbildung angesehen werden, von der Idee einer Psychotherapieausbildung als einer Entwicklung der Persönlichkeit des Kandidaten zu größerer Freiheit hin wie ebenso auch von der Idee einer einladenden Selbstpräsentation eines Vereines her, der eine solche Ausbildung anbietet.

Die Frage der Transparenz ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil die Psychotherapieausbildung wohl diejenige Ausbildung ist, in der am deutlichsten – wenn auch nicht andauernd und in jedem Augenblick – die gesamte Persönlichkeit des Kandidaten in den Ausbildungsprozeß mit einbezogen ist und deshalb auch die gesamte Persönlichkeit beurteilt wird. Es ist die einzige Ausbildung, in der sich der Kandidat denselben Personen öffnen soll, sich einer Persön-

lichkeitsveränderung und -entwicklung in der Begleitung derselben Personen widmen soll, die ihn später wiederum beurteilen werden. Es liegt nahe, daß es für diese Ausbildungsbeziehung, die mehr Elemente als eine therapeutische Beziehung enthält, besondere ethische Verpflichtungen der Lehrtherapeuten gibt (im Abschnitt VI des Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist in diesem Zusammenhang vom Erfordernis besonderer Sorgfalt im Umgang mit den Auszubildenden die Rede, Fassung 1996).

Transparenz: Zwischen wem und wann?

Man kann die Offenheit, vielleicht Authentizität, des einzelnen Ausbilders in den Einzelbegegnungen mit dem Kandidaten oder in der Ausbildungsgruppe von der Offenheit über Entscheidungsvorgänge in jenen regelhaft auftretenden entscheidenden Beurteilungszeitpunkten unterscheiden, die im Rahmen der Psychotherapieausbildung zu durchlaufen sind. Ein Drittes sind Mitteilungen über Abläufe und Entscheidungsprozesse in Gremien, in denen – zugunsten des Kandidaten von mehreren Personen und nicht von einer einzelnen allein – über ihn entschieden wird.

Die entscheidenden Zeitpunkte der Psychotherapieausbildung – und hier ist nun im engeren Sinn das Fachspezifikum gemeint – sind die Aufnahme, die allfällige Korrektur des individuellen Curriculums durch die Ausbilder und der Abschluß. An diesen Punkten finden Beurteilungen statt, und beide „Vertrags“-Partner wissen davon.

Auswahl: Aufnahme oder Ablehnung

Für den Interessenten, der die Situation der Aufnahme als gegenseitige Entscheidung für einen Ausbildungs-

prozeß auffaßt, ist die Auswahl- und Aufnahmeprozedur schwierig zu durchlaufen, aber bewältigbar – wie immer auch die Entscheidungen ausfallen, die dabei herauskommen. Zur Transparenz des Bewerbers gehört natürlich die Frage der Präsentation der eigenen Person in den Vorgesprächen oder Auswahlseminaren, aber der Wunsch, die Absicht, in diesem Prozeß auch selbst eine Entscheidung zu treffen, hält der Tendenz, sich vor allem gut zu präsentieren, meist die Waage. Für den Bewerber aber, der ein starkes Interesse hat (und zu späteren Zeitpunkten den Kandidaten, der – schon aus Selbstbehauptung und Berufsinteresse – in der Ausbildung weiterkommen und abschließen will), ist diese Hürde schwerer zu nehmen. Die Transparenz des Ausbilders ist eine Frage der Offenheit und Aufrichtigkeit seiner Reaktion, und ob es ihm gelingt, mit dem so gestimmten Bewerber (später: Kandidaten) in einer Weise umzugehen, daß getroffene Entscheidungen auch vermittelt werden können.

In der fachspezifischen Psychotherapieausbildung wird – anders als im unspezifischen Propädeutikum – überall der Weg der Auswahl beschritten. Der Verein, die Ausbilder, die Lehrtherapeuten und/oder erfahrene Mitglieder wählen aus, wen sie in die Ausbildung empfehlen und dann mit Beschluß des Ausbildungsgremiums in die Ausbildung aufnehmen, und wen nicht. Die Grundidee dieser Selektion ist wohl die, daß man wissen möchte, auf welche Personen man sich in der Ausbildung einläßt, und sie ist ein Versuch, Inkompatibilitäten früh zu erkennen und spätere, tiefergehende und traumatische Mißerfolge zu vermeiden, soweit das in einem entsprechenden Auswahlverfahren erkennbar ist. Ein konstruktiver Aspekt dieser Auswahl ist, daß sich die Ausbilder auf die Personen, die dieses Verfahren erfolgreich durchlaufen haben, für einige Zeit recht unbefangen und ohne ständige Beurteilung einlassen können, bevor wieder Entscheidungs- und Beurteilungsphasen auftreten. In diesem Zusammenhang gibt es eine Reihe von Auswahlmodi – Interviews, Gruppenarbeiten, Selbsterfahrungs- auswahlgruppen, Selektionsworkshops u. a. –, denen allen gemeinsam

ist, daß am Ende eine Mehrpersonenentscheidung über die Aufnahme des Bewerbers steht. Dies ja auch deshalb, weil die Psychotherapieausbildung in unserem (westlichen) Umfeld nicht sosehr auf dem Schülermeister-Prinzip beruht, sondern immer eine Ausbildung bei mehreren Lehrtherapeuten, also eine Ausbildung bei einer Gruppe von Ausbildern ist (die Zusammenarbeit mehrerer ist u. a. ein Kriterium für die Anerkennung einer fachspezifischen Ausbildungseinrichtung). Die Ausbildungseinrichtung will im Regelfall auch nicht nur eine Ausbildung in einer methodenspezifischen Richtung anbieten, sondern hat darüber hinaus den Anspruch, eine Gemeinschaft, ein Verein zu sein, der für die Ausgebildeten einen Ort des persönlichen und fachlichen Austausches, einen Klub gemeinsamen Denkens darstellt – und auch dorthin einzuführen.

Zurück zur Frage der Verpflichtung wie auch der Möglichkeit zur Transparenz der Entscheidungsgründe im Aufnahmeverfahren. Gerade, weil es vom Bewerber wie vom Ausbilder bzw. vom Ausbildungsverein in der Ausbildung um einen gesamtpersönlichen Entwicklungsprozeß geht, müssen wesentliche Kriterien der Entscheidung vorher offengelegt sein – in einem Programm, der Ausbildungsordnung oder im Gespräch selbst. Und eben deshalb ist die Mitteilung der Aufnahme einfach, der Ablehnung aber besonders heikel, weil auch weniger offen gelegte Kriterien dabei eine Rolle spielen können bzw. weil in der Regel ein Gremium entscheidet, dessen Entscheidungsprozeß nicht mitgeteilt wird. Rechtlich besteht an dieser Stelle keine Ausbildungsvereinbarung, sondern eine Vereinbarung für den Auswahlvorgang. Damit ist ein Anspruch auf die Mitteilung des Ergebnisses, nicht aller Gründe verbunden. Ethisch ist aber die Wirkung der Mitteilung zu bedenken, und ebenso – im Falle der Bemühung, die Ablehnungsgründe auf Anforderung hin zu konkretisieren – die Wirkung der Mitteilung der Gründe. Vermutlich ist im Falle einer schriftlichen Anmeldung für die Ausbildung auch eine schriftliche Antwort über die Entscheidung der Aufnahme wie der Ablehnung korrekt. Die Gründe – oder

besser: einige Gründe – einer Ablehnung lassen sich vielleicht eher in einem Gespräch übermitteln, in dem an den Mitteilungen des Bewerbers angeknüpft werden kann und so etwas verständlicher gemacht werden kann, was dem Bewerber oft nicht verständlich ist. Aber Transparenz – so unverzichtbar und auch angemessen sie grundsätzlich ist – ist an dieser Stelle nicht vollständig möglich, sie bleibt eine Einschätzung der Zumutbarkeit für den Bewerber, und eine Ablehnung ist für ihn eine – vielleicht unvermeidbare – Kränkung.

In einer bestimmten Weise kommt hier auch die spezifische Psychotherapie- richtung ins Spiel. Ist nämlich in einer bestimmten Schule eine stark ausgeprägte Metatheorie und daraus folgend eine Metasprache oder eine sehr spezifische Begrifflichkeit an der Beurteilung beteiligt, so findet der Entscheidungsvorgang – im einzelnen Lehrtherapeuten oder auch im Gremium der Aufnahmeentscheidungsbefugten – unter Einsatz und auf der Abstraktionsebene der methodenspezifischen Theorie statt. Sie muß im Falle eines Gesprächs mit dem Bewerber über die Ablehnung rückübersetzt werden – und kann doch nicht sehr weit durchsichtig gemacht werden. Dabei spreche ich nicht im Detail von den – bereits benannten – vereinsinternen Usancen und Eigentümlichkeiten, die in jeder gremialen Entscheidung in das Ergebnis und in die konkrete Formulierung an den Bewerber miteingehen, und die nicht nur nicht mitgeteilt werden können, sondern – weil sie im Hinblick auf die getroffene Entscheidung hinsichtlich der Ausbildung nicht relevant sind – nicht mitgeteilt werden sollen. Aber die methodenspezifischen Unterschiede in der Vorgangsweise und Transparenz beim Aufnahmeverfahren sind nicht wirklich sehr entscheidend – Bewerber berichten aus Vorgesprächen bei methodisch sehr unterschiedlichen Vereinen von einem Spektrum von guten bis schlechten Lösungen des Transparenzproblems. Es scheint sich vielmehr über die Jahre hinweg in allen Ausbildungsvereinen mehr und mehr die Auffassung durchzusetzen, daß der Bewerber, wenn auch nicht rechtlich, so doch ethisch einen Anspruch auf ein gewisses Ausmaß an Mitteilung über die Gründe im Ablehnungsfall hat. Über dieses

Ausmaß gibt es unterschiedliche Auffassungen, die mehr in der Persönlichkeit des Ausbilders als in der Methodenspezifität des Vereins verwurzelt scheinen.

Transparenz dazwischen: Korrektur des individuellen Curriculums

Schwierig und in gewisser Weise ganz anders sind Entscheidungen zu beurteilen, die während der Ausbildung fallen. Diese Situation ist nicht unbedingt die Regel, sie ist vielleicht sogar selten, doch eine Änderung des Ausbildungsganges, d. h. eine Mehrverpflichtung, für den einzelnen Kandidaten von der Seite der Ausbilder, ist immer mit einer deklarierten Beurteilung der Person und/oder des therapeutischen Lernprozesses verbunden. Der Kandidat lernt, sich im Rahmen der Entwicklung seiner Persönlichkeit in Selbsterfahrung und/oder Theorie subjektiv freier zu erleben – und erfährt eine Beurteilung durch einen einzelnen oder die Gruppe der Ausbilder. Es ist klar, ja unvermeidlich, daß dieser Moment vom Kandidaten als Beurteilung seiner gesamten Person verstanden wird. Es ist möglich, daß eine solche Konfrontation nicht umgangen werden kann, es mag Situationen geben, in denen Ausbilder korrigierend in den sonst im Rahmen des Curriculums selbst gewählten Ausbildungsweg eingreifen müssen oder sogar die Weiterführung der Ausbildung von ihrer Verantwortung her in Frage stellen müssen. Nur klare – von Beginn an vereinbarte – Regeln für eine solche Korrektur und größte Transparenz der Gründe, die zu dieser Entscheidung des Ausbilders oder der Ausbildergruppe geführt haben, können helfen, eine solche Maßnahme des/der Ausbilder(s) nachvollziehbar und persönlich integrierbar zu machen.

Rechtlich ist die Situation klar: es liegt ein mündlicher oder schriftlicher Vertrag vor, der Ausbildungssicherheit zusagt. Es ist also notwendig, in diesem Vertrag bereits beim Abschluß festzuhalten, daß es den Ausbildern unter bestimmten – aus ihrer Aufgabe heraus begründeten – Bedingungen möglich ist, diesen Vertrag zu verändern. Ein solcher Vertrag muß auch eine Rekursinstanz aufweisen. Die gleiche Möglichkeit der Veränderung unter klaren Bedingungen gilt für den

Kandidaten. Es ist zu vermuten, daß einige, wenn nicht viele, traumatisierende Kränkungen und Enttäuschungen von Kandidaten in der Vergangenheit und in der Gegenwart aus der Undurchschaubarkeit, also aus der mangelnden Transparenz solcher Entscheidungen der Ausbilder über die Kandidaten stammen. Dies kann zu einem partiellen Unterwerfungsverhalten des Kandidaten beitragen, und es kann – vielleicht erst nach Abschluß der Ausbildung – zu einer inneren Trennung vom Ausbildungsverein oder – auf dem Weg der Identifikation mit dem Aggressor – zur Kooperation mit diesem kommen. Darüber hinaus wird sich eine solche Anpassung auch in der Arbeit mit den Klienten manifestieren und die Psychotherapie beeinträchtigen.

Transparenz am Ende: Abschluß

Die Beendigung der Ausbildung in Psychotherapie ist mit einer Phase der Identitätsunsicherheit verbunden. Es ist aus der Haltung des Lernenden herauszutreten und die Haltung des alleinverantwortlichen Tätigen einzunehmen. Eine Beurteilung der Ausbilder steht an: in der Form der Entlassung aus der Lehrtherapie oder Lehrsupervision, der Approbation einer schriftlichen Arbeit oder der Absolvierung einer Abschlußprüfung. Es gibt kaum einen Kandidaten, der sich nie gefragt hat: Kann ich jetzt Psychotherapie machen, bin ich soweit? Wenn an dieser Stelle eine deutliche Diskrepanz zwischen der Selbstbeurteilung des Kandidaten und der Fremdbeurteilung der Ausbilder auftritt, wird die Sache schwer, oft kaum – im Sinne des vorangegangenen Abschnitts – zu korrigieren.

Transparenz der Beurteilung hat aber bei der Beendigung der Ausbildung einen weiteren, tieferen, für den Kandidaten identitätsstiftenden Sinn. Es geht beim Abschluß nicht um Stützung, sondern um aufrichtiges Feedback. Die Ausbilder haben hier aus ihrer zu Ende gehenden Funktion heraus die Aufgabe des authentischen Abschieds. Danach ist das Verhältnis ein kollegiales, gleichrangiges, ebenso wie zu anderen, unterschiedenen Ebenen in Lebens- und Berufserfahrung. Dafür soll es keine Hypothek, auch keinen Bonus geben, über das Stück gemeinsam gelebter Geschichte hinaus.

Transparenz und persönliche Verantwortung

Es bleiben (natürlich) Fragen offen. Eine der wichtigen scheint mir die persönliche Verantwortung im Umgang mit der Offenheit, mit der Transparenz zu sein. Offenheit kann in Rechtfertigung übergehen, wenn für einschneidende Ausbildungsentscheidungen fremde, nicht in der Person des Ausbilders wurzelnde Gründe genannt werden. Aber bin ich hier nicht ungerecht? Auch Gründe aus den Vereinbarungen der Ausbilder für die gemeinsame Auffassung ihrer Ausbildungsfunktion können eine Rolle spielen – auch wenn der Ausbilder sie selbst persönlich nicht in der gleichen Schwere vertritt? Ein Mangel an Transparenz kann in der – vielleicht persönlich vertretenen – Auffassung des Ausbilders über die unvermeidliche Phase der Abhängigkeit des Kandidaten während der Ausbildung begründet sein – dann wird dem Ausbilder die Notwendigkeit der Transparenz, die Notwendigkeit, zu begründen und zu erklären, gar nicht sehr bewußt (die absichtsvolle Abstinenz kann eine bewußte Beschränkung der Transparenz darstellen). Anders: Was ist für den Ausbilder leichter, Zuschreibungen in Fragen der Ausbildungsentscheidungen auszuhalten, Kritik zu ertragen – in der Suche nach der Bedeutung dieser Kritik im Leben des Kandidaten – oder die Kritik zurückzuweisen, den Sachverhalt aufzuklären, in dieser Weise transparent zu sein? Oder: Transparenz kann mißbraucht werden, für Konkurrenz, für Intrige, für einiges, das mit der Ausbilderaufgabe nichts zu tun hat.

Das Resümee dieser Überlegungen heißt, daß Transparenz der Ausbilder gegenüber den Kandidaten in der Psychotherapieausbildung auf mehreren Ebenen zu betrachten ist. Auf der Ebene der Ausbildungseinrichtung streben wir nach Ausbildungsformen, die die Frage nach der Transparenz nicht oft hervorkommen lassen, weil das Wichtige klar ist und klar übermittelt und aufgenommen werden kann. Auf der rechtlichen Ebene des Ausbildungsvertrags soll es so wenig Mißverständnisse als möglich geben. Auf der Ebene der individuellen Durchführung, des individuellen Curriculums des Kandidaten ist die

Ausbildungsaufgabe der Psychotherapieausbildung – eine Ausbildung auf dem Wege einer persönlichen Entfaltung und Weiterentwicklung des Kandidaten – die Orientierung für die Transparenz für den oder die Ausbilder. Auf der Ebene der persönlichen Verantwortung für die Offen-

heit gegenüber dem anderen ist das Sprechen ein entscheidendes Handeln am anderen, weil es unmittelbare Wirkung auf ihn hat, und so in jeder Situation neu zu bedenken und zu entscheiden. Transparenz ist – wie Psychotherapieausbildung – keine Konfektionsware.

Dr. Gerhard Pawlowsky ist Lehrtherapeut im Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie (WKPS) und in der Vereinigung Rogerianischer Psychotherapie (VRP).

*Adresse:
Castellgasse 5, A-1050 Wien*

A. Heydwolff

Gesundheitsdatenschutz im Internet

In Ergänzung zum Artikel „Daten aus der Psychotherapie – auch bei uns bald eine Ware?“ aus dem Psychotherapie Forum Supplement 5/1 (1997) möchte ich auf die „Web Site“ zum Datenschutz speziell für Gesundheitsdaten aufmerksam machen, die von mir im Internet eingerichtet wurde (engl. *web* – Netz, wie in „Spinnweb“, das

world wide web oder WWW ist das Informationsangebot im Internet; *site* – Ort, Grundstück). Es geht dort um die Gefährdung der vertrauensvollen therapeutischen Beziehung bzw. allgemeiner der Arzt-Patient-Beziehung durch neue Informationstechnologien (Chipkarten, Datenbanken und -netze usw.). Unter

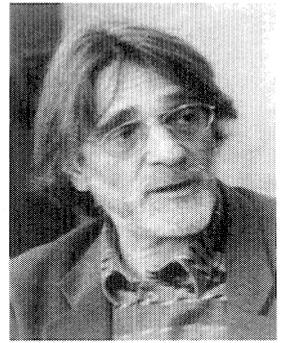
<http://ourworld.compuserve.com/homepages/gesundheitsdatenschutz>

finden Sie Dokumente und Nachrichten auf Deutsch und Englisch sowie Links zu vielen anderen relevanten Sites. Das politische Umfeld und die Psychotherapie finden besondere Berücksichtigung.

*Dr. med. Andreas Heydwolff
Psychotherapeut
Dreifaltigkeitsgasse 3
A-5020 Salzburg*

Editorial

Nur Nachhaltigkeit ist wirtschaftlich!



Heute ist das Geld zur Masseinheit für fast alle Bereiche des Lebens geworden. Der Wert der Bildung, Gesundheit, ganzer Ökosysteme usw. werden in Geldeinheiten ausgedrückt. So bekommt alles seinen Zweck, sogar die Natur und ihre nachhaltige Bewirtschaftung ist langfristig wirtschaftlicher und daher zweckmässiger. Vielleicht ist dagegen auch nichts einzuwenden, aber – wo sind die Werte an sich geblieben? Sicher ist es nicht besonders klug, an dieser Stelle über Werte an sich zu schreiben, viel klüger ist es, nachhaltige Behandlungen in der Psychotherapie zu fordern. Nachhaltige Behandlungen sind wirtschaftlich und zweckmässig. In diesem Satz stecken bereits zwei der drei vom Gesetz geforderten Bedingungen für medizinische Leistungen: Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit. Die dritte Bedingung, die Wirksamkeit, ist zwar auch ohne Nachhaltigkeit möglich, dann aber langfristig kaum wirtschaftlich. Da die Nachhaltigkeit Wirtschaftlichkeit mit ökologischen Methoden erzielt, könnte doch leicht eine Brücke geschlagen werden zu jenen psychotherapeutischen Verfahren, die eine Entwicklung der PatientInnen fördern und nicht ausschliesslich die Beseitigung von Symptomen im Auge haben.

Die Argumentation mit der Nachhaltigkeit ist kritisch betrachtet pragmatisch, wenn nicht gar funktionalistisch. Vielleicht ist diese Haltung aber lebbar, wenn das „Verstehen“ der Störungen unserer PatientInnen als Heilfaktor und Wert an sich in unserer Haltung als TherapeutInnen auch in Zukunft seinen Platz haben darf.

Das Recht der PatientInnen auf Vergütung ihrer Therapien durch die Krankenkassen und die Sicherung der existentiellen Grundlage der Psycho-

therapeutInnen zwang die Beteiligten nach Bern an die Konsensuskonferenz des Bundesamtes für Sozialversicherung BSV vom 25. November 1997. Mitten in einem bereits laufenden Prozess wissenschaftlichen Austausches zwischen psychotherapeutischen Verfahren, die unterschiedlichen Menschenbildern verpflichtet sind, werden ihre VertreterInnen gezwungen, unter grossem Zeitdruck Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit zu formulieren, die sich letztlich am Geld orientieren müssen. Möglicherweise hat der Zwang auch sein Gutes. Dies ist dann der Fall, wenn es den verschiedenen Fraktionen der Psychotherapie-Vertreter gelingt, in gegenseitiger Achtung die Kriterien so festzulegen, dass sie der gewachsenen und in der Praxis seit Jahrzehnten bewährten Psychotherapie gerecht werden. Konkret meine ich die Anerkennung der Tatsache, dass die Psychotherapie eine Geistes- und eine Naturwissenschaft ist. Unbefriedigend wäre in diesem Sinn der Sieg der einen Seite. Die Chance, dass dies nicht geschieht, ist intakt, denn glücklicherweise findet in der Schweiz dieser Diskurs in einem demokratischen Rahmen statt.

Die Schweizer Charta für Psychotherapie hat in ihrem Wissenschafts- und Forschungskolloquium die Vorgaben des BSV eingehend studiert und eine gemeinsame Stellungnahme der Institutionen verfasst. Sie finden sie in diesem Heft. Wir hoffen, mit der Veröffentlichung die Diskussion unter Ihnen zu bereichern. Zwei Beiträge, welche von Teilnehmern des Kolloquiums verfasst und zur Publikation eingereicht wurden, freuen uns besonders, da sie Gelegenheit geben, den Diskurs des Kolloquiums öffentlich zu machen. Beide Beiträge setzen sich sehr differenziert mit der oben

nur angedeuteten Problematik auseinander. Dieter Howald nimmt direkt Bezug auf die Diskussion im Kolloquium, und Rudolf Buchmann stellt den gegenwärtig laufenden Kampf

der Menschenbilder und Weltanschauungen in einen historischen Kontext.

Mario Schlegel

Seul ce qui est durable est économique

L'argent est devenu l'étalon auquel tout est mesuré dans presque tous les domaines de l'existence. La valeur de la culture, de la santé, d'importants écosystèmes etc. est exprimée en unités monétaires. Dans ce sens, tout se justifie, même la nature et une exploitation durable des ressources deviennent plus économiques et donc plus adéquates. Peut-être que cela est bien ainsi – mais où sont demeurées les valeurs au sens propre? Ce n'est bien sûr pas faire preuve d'une grande sagacité dans le présent contexte que de débattre de ces valeurs; il vaut mieux tenter d'obtenir que les traitements psychothérapeutiques puissent avoir des effets durables. Tout traitement caractérisé par sa durabilité est économique et adéquat. Cet énoncé contient déjà deux des trois exigences posées par la loi aux prestations médicales: caractère économique et adéquation. Le troisième aspect – l'efficacité – peut être présent même si l'effet du traitement n'est pas durable; mais ce dernier ne sera pas économique à long terme. Dans la mesure où durabilité implique que l'on applique des méthodes écologiques pour garantir le caractère économique, il serait relativement aisé d'établir un pont avec celles des procédures psychothérapeutiques qui encouragent un développement personnel au lieu de se concentrer sur l'élimination des symptômes.

Il faut bien admettre que l'argument 'durabilité' est pragmatique et même fonctionnaliste. Mais peut-être peut-on l'accepter, à condition que la démarche consistant à "comprendre" les troubles dont souffrent nos patients soit considérée comme un facteur de guérison et une valeur en soi, et qu'elle conserve à l'avenir sa place dans la manière dont nous concevons notre travail de thérapeutes.

Le droit des patient/es au remboursement de leurs thérapies par les

caisses maladie et le besoin de garantir aux psychothérapeutes une base existentielle joueront un rôle lors de la conférence-consensus organisée pour le 25 novembre 1997 par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Les représentants des groupes concernés ont été contraints d'élaborer des critères concernant l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations, ceci dans une perspective en dernier ressort monétaire et dans les délais les plus brefs. Ces contraintes interviennent alors même que se déroule déjà un processus d'échange scientifique entre les différentes écoles de thérapie, dont chacune formule sa propre image de l'homme. Il se peut que la pression ait aussi des aspects positifs. Elle en aura eu si elle pousse les représentants des différentes factions auxquelles appartiennent les psychothérapeutes à pratiquer le respect mutuel pour définir

des critères qui soient adéquats par rapport à la pratique, telle qu'elle s'est développée au cours de plusieurs décennies. Plus concrètement, je pense au fait que la psychothérapie relève à la fois des sciences sociales et des sciences naturelles. A ce niveau, il ne faudrait pas que l'un ou l'autre aspect gagne. Il est tout à fait possible que l'on réussisse à éviter cette erreur, du fait qu'en Suisse le débat est mené dans un cadre démocratique.

Les participants aux colloques scientifiques organisés par la Charte suisse pour la psychothérapie ont examiné les projets de l'OFAS et ont élaboré une prise de position commune. Vous la trouverez ci-dessous. Nous espérons que sa publication va contribuer au débat au sein de vos institutions. Nous publions également deux contributions préparées par des participants au colloque; nous sommes particulièrement heureux de le faire, car ceci nous permet de rendre public le discours propre au colloque. Leurs deux auteurs réfléchissent de manière très différenciée aux problèmes mentionnés plus haut. Dieter Howald se réfère directement au débat qui a été mené dans le cadre du colloque alors que Rudolf Buchmann place les différentes images de l'homme et philosophies actuellement dominantes dans un contexte historique.

Mario Schlegel

R. Buchmann

Psychotherapie und kultureller Wandel

1. Psychotherapie als Geschichtsforschung

Die derzeitige Diskussion um Psychotherapie bewegt sich ausserhalb des Blickwinkels der kulturellen Entwicklung. Bereits diese Feststellung zeigt eine höchst bedeutsame Weichenstellung der letzten 10 bis 20 Jahre an. In der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts und bis weit in die siebziger Jahre wäre das undenkbar gewesen. Das Bewusstsein war noch vorhanden, dass sich zumindest ein grosser Teil seelischer Probleme in einer bestimmten Gesellschaft und ihrer Beschaffenheit entwickelt.

Wenn dies so ist, muss zwingend die soziale und kulturelle Situation und ihr Wandel in den therapeutischen Umgang einbezogen werden. Einbezogen heisst, dass die Psychotherapeuten kulturell und sozial gebildet und wach sein müssen, damit sie die Probleme der Patienten überhaupt verstehen können. Aus dem Verstehen, wie sich die Probleme entwickelt haben, erwachsen dann die methodisch reflektierten Reaktionen der PsychotherapeutInnen, die dem Patienten helfen, seine individuelle Form der Problemlösung seiner individuellen Probleme zu finden und zu entwickeln.

Die hier beschriebene Auffassung und Form der Psychotherapie bezieht sich grundsätzlich auf die Lebensgeschichte des Patienten in seinem sozialen und kulturellen Umfeld. Sie arbeitet also Geschichte auf. Mithin ist in der Wissenschaftsdiskussion der Psychotherapie nur folgerichtig, wenn sie sich an den geisteswissenschaftlichen Methoden der Geschichtsforschung orientiert. Dass die Psychoanalyse diesen geisteswissenschaftlichen Methoden noch als radikalen Zusatz die Einsicht und die methodischen Mittel gebracht hat, um eine Dimension hinter dem vordergründig Wahrgenommenen zu erforschen, muss als epochaler Beitrag der Psychotherapie zum Forschungsarsenal der Geisteswissenschaft gewürdigt werden. Der Austausch dieser Wissenschaftsmethoden untereinander ist übrigens für alle Humanwissenschaften ein grosser Gewinn. Psychotherapie, Geschichts-, Gesellschafts- und Kulturforschung haben einen inneren Zusammenhang.

2. Psychotherapie als mentale Technik

In dem beschriebenen Zeitraum – seit den siebziger Jahren – hat sich im Selbstverständnis der universitären Psychologie diese mehr und mehr versucht, ganz an die naturwissenschaftlichen Wissenschaftsstandards anzugleichen, zumindest wie in diesem Bereich naturwissenschaftliche Standards verstanden wurden. In ihrem Rahmen hat eine andere Psychotherapie Auftrieb erhalten, die sich nicht an der Lebensgeschichte orientiert, sondern geschichtslos (ahistorisch) Verhaltensmuster festzustellen sucht und Therapiemethoden entwickelte, die direkt auf diese Muster einzuwirken suchen.

Die Ausblendung der Geschichte ist dabei Programm, die kulturelle und soziale Einbindung, soweit sie einbezogen wird, ist ebenfalls geschichtslos. Normen, die die Grenze gesund und krank festlegen, werden aus der Aktualität herausgefiltert. Dabei ist auch die Norm, wohin sich ein Patient entwickeln soll, weitgehend aus der Aktualität bestimmt. Die Psychotherapie hat hier den Auftrag, bestimmtes Verhalten dem Patienten zu ermöglichen, resp. bestimmte Verhaltensweisen (oder auch Gefühle,

Stimmungen etc.) auszulöschen, unabhängig von der Frage, wie sie entstanden sind und welche Bedeutung sie im individuellen Kontext haben.

Diese Sichtweise basiert auf einem anderen Menschenbild als die geschichtsbewusste Psychotherapie: Der Mensch wird als Gebilde mit Funktionen aufgefasst, das nach bestimmten – mehr oder weniger – immerwährenden Gesetzmässigkeiten funktioniert. Seelische Krankheiten sind dann Funktionsstörungen, die es zu beheben gilt. Es wurden viele mentale Techniken und Übungen entwickelt, solche Funktionsstörungen zu beheben.

3. Vergleich der Psychotherapien im kulturellen Streit der Werthaltungen

Beide Verfahrensformen haben ihre Erfolge, wenn sie sich selber untersuchen. Beiden Formen wird strikt nachgewiesen werden können, dass sie wenig taugen, wenn die opposite Seite Untersuchungen vorlegt: Weshalb?

Die Formulierung des Erfolgskriteriums entscheidet letztlich die Frage, welche Form als erfolgreich aus der Forschung hervorgeht. Auch bei der Effizienzforschung muss vorgängig die Frage entschieden sein, welche Ziele wir mit Psychotherapie denn anstreben. Diese Frage hat nun im oben beschriebenen Zeitraum in der Öffentlichkeit einen markanten Wandel erfahren. Dies ist einerseits auf einen grundlegenden Wertewandel zurückzuführen, der zunächst nicht direkt mit der Psychotherapie zu tun hat. Andererseits hat aber die universitäre Psychologie sich diesem Wertewandel früh angepasst, resp. diesen unterstützt. In den achtziger Jahren ist die historische Sichtweise stark in den Hintergrund gedrängt worden. Der „Pragmatismus“, der weitgehend auch die amerikanischen kulturellen Werte spiegelt, hat einen bisher beispiellosen Siegeszug in unserer Kultur und Gesellschaft begonnen. Unter rein pragmatischem Gesichtspunkt ist die Isolierung bestimmter Störungen oder Symptome und deren Behebung sehr effizient und billiger als die Ausleuchtung des Hintergrundes. Das Effizienzkriterium wird in diesem kulturellen Umfeld eher zugunsten der mentalen Techniken ausfallen. Dies

tut es aber nur, wenn wir diesen Vorentscheid treffen.

Ich rechne aber fest damit, dass auch die Vorherrschaft des Pragmatismus und „Ökonomismus“ den Zenit überschritten hat und wie jeder kulturelle (diesmal philosophisch-ideologische) Trend wieder kehren wird. Die Aufwertung der Geschichtsforschung, zu der wir aus ökonomischen Gründen wegen der Holocaust-Gelder gezwungen sind, führt uns deutlich vor Augen, dass wir langfristig nicht auf die historische Sichtweise verzichten können. Der Pragmatismus führt zu ausserordentlichen hohen Kosten, wenn er zu lange durchgeführt wird. Solange noch fundamentale Reserven da sind, werden die kurzfristigen Gewinne der Pragmatiker beeindruckend. Zu den Reserven rechne ich auch seelische Kräfte wie gesellschaftliches Vertrauen. Pragmatische Anwender zehren aber von den intensiven Vorarbeiten und vom aufgebauten Know-how jener, die ihren Erfahrungsschatz in langfristigen und dadurch auch teureren Prozessen aufgebaut haben. Sie blenden hohe Effizienz vor, weil auch der Zeithorizont, in dem Bewährung nachgewiesen wird, kurz gehalten ist. Nach langfristigen Auswirkungen wird so wenig gefragt wie nach langfristigen Prozessen in der Arbeit. Dadurch könnte der Eindruck entstehen, auf die Blickpunkte Entwicklung und geschichtliche und soziologische Zusammenhänge könne weitgehend verzichtet werden. Die schädigenden Folgen dieses Irrtums beginnen langsam in weiten Kreisen der Kultur und sogar der Wirtschaft um sich zu greifen. Ohne den weiteren Aufbau, die Weiterentwicklung und Integration verschiedener, langfristiger Entwicklungen in Gesamtkonzeptionen und ohne eine Vielfalt von Ansätzen, die sich miteinander in Austausch und dialektischem Gespräch befinden, werden die Reserven bald erschöpft sein.

Geht es also auch in der Psychotherapie um ein weitreichenderes Ziel als pragmatisches Flickwerk, geht es um Aufarbeitung der Vergangenheit und Befreiung der Selbstheilungs- und Selbstgestaltungskräfte, müssen andere Erfolgskriterien beigezogen werden. Die Frage ist z.B., soll beruflicher Erfolg, Steigerung geistiger Leistungsfähigkeit und Kreativität ins Erfolgskriterium miteinbezogen wer-

den, weil sie einen grossen Beitrag zur kulturellen und gesellschaftlichen Weiterentwicklung beitragen.

4. Psychotherapie, Forschung und Forschungspolitik

Mit dem Dargestellten wird deutlich, dass die Wahl der Kriterien und die Wahl der Forschungsmethoden ganz entscheidend die Resultate beeinflussen. Dies ist nicht ein Vorwurf, solange die Tatsache anerkannt und diskutiert wird. Die Tatsache muss aber auch in der politischen Diskussion Anerkennung finden. Wo falsche Forschungsmethoden auf bestimmte Forschungsgebiete angewendet werden, entstehen auch unbrauchbare Forschungsergebnisse. Ihre Falschheit ist allerdings für forschungsungeübte Leser nicht leicht durchschaubar. Auch ist das Bewusstsein, dass Forschung nicht einfach gleich Forschung ist, in der Öffentlichkeit wenig verbreitet. Aber Forschung wird stark durch Personal- und Berufungspolitik gemacht. Es entwickeln sich Forschungsschulen und Forschungstraditionen. Auch die Forschungsmethodik

ist dem kulturellen Wandel unterworfen, wie ich dies zu Beginn des Artikels zeigte. Die Konkurrenz der Forschungsmethoden ist mit der übrigen kulturellen Entwicklung gegenseitig verflochten.

Wenn zurzeit das ahistorische Denken langsam seine gefährlichen Folgen nicht mehr zu überdecken vermag, muss dies auch Konsequenzen in der Forschungspolitik haben. Forscher in der Geisteswissenschaft Psychologie – parallel zur Naturwissenschaft Psychologie – sind an der Universität massiv zu fördern. Sie müssen in der Lage sein, geschichtliche Prozesse zu denken und zu erforschen. Gleichzeitig sind aber auch Lehrstühle in Psychotherapie aufzubauen, die den Blickpunkt der geschichtsforschenden Psychotherapie zu verstehen in der Lage sind.

Dies sind Überlegungen, die die Verantwortlichen für die Universitätspolitik betreffen. Sollte es – als worst case scenario – gelingen, die Psychotherapie längerfristig aus ihrer kulturellen Verflochtenheit herauszulösen, wird sie nur noch Formen bereithalten, die sich in ihrer Funktion kaum

noch vom Einsatz von Psychopharmaka unterscheiden, weil sie nur auf Wirkung und nicht mehr auf Einsicht ausgerichtet sind. Das Loch im Angebot im Gesundheitsmarkt würde dann zweifellos durch Sekten, sektenartige Angebote und esoterische, irrationale Lehren und Irrlehren aufgefüllt. Die kulturelle Zukunft wäre eine Rückkehr in einen Geisteszustand der breiten Bevölkerung, die vor die Aufklärung zurückdatiert.



*Dr. Rudolf Buchmann
Apfelbergweg 3
CH-9000 St. Gallen*

R. Buchmann

Psychothérapie et évolution de la culture

1. La psychothérapie en tant qu'étude de l'histoire

Le débat qui entoure actuellement la psychothérapie ne tient pas compte de l'évolution de la culture. Ce simple constat met en évidence un changement d'orientation très important, survenu au cours des dernières dix à vingt années. Durant la première moitié du XXe siècle et jusque dans les années soixante-dix, ce changement aurait été inconcevable. On était encore conscient du fait qu'au moins une bonne partie des problèmes psychiques naît dans le contexte d'une société donnée et des conditions qui y règnent. S'il en est ainsi, au niveau de la thérapie il faudrait absolument tenir compte du contexte social et culturel

et de son évolution. Tenir compte implique que les psychothérapeutes disposent d'un savoir concernant la culture et la société et y demeurent attentifs, afin de vraiment saisir les problèmes de leurs patients. Du moment que le/la psychothérapeute a compris comment le problème en est venu à exister, il/elle peut élaborer des réactions méthodiques réfléchies, qui aideront le patient à découvrir et à développer une forme individuelle de solution, adéquate par rapport à ses problèmes individuels.

Le genre de perception que nous décrivons ici, y compris la forme de psychothérapie qu'elle implique, se centre essentiellement sur la biographie du patient, saisie dans son contexte social et culturel. Dans ce sens,

elle tente d'assimiler une histoire. Il serait par conséquent logique que le débat scientifique en rapport avec la psychothérapie se serve des méthodes développées par les sciences sociales pour étudier l'histoire. La psychanalyse a effectué une démarche radicale lorsqu'elle a élargi les méthodes des sciences sociales en leur ajoutant la dimension introspection et discernement et en contribuant des instruments méthodiques permettant d'étudier des aspects qui sont dissimulés par ce que l'on perçoit au premier abord. Il s'agit là d'une contribution absolument remarquable, par laquelle la psychothérapie a élargi l'arsenal des outils de recherche utilisés par les sciences sociales. Par ailleurs, le fait que les différentes sciences humaines aient échangé des méthodes a représenté un gain important pour elles toutes. La psychothérapie, l'histoire, la sociologie et l'anthropologie culturelle sont liées par certaines de leurs caractéristiques internes.

2. La psychothérapie en tant que technique mentale

Durant la période donc nous parlons – depuis les années soixante-dix –, la psychologie universitaire s'est de plus en plus conçue comme devant s'adapter aux standards scientifiques définis par les sciences naturelles, ou du moins à sa propre perception de ces standards. Dans son cadre, un autre type de psychothérapie a pris un certain essor, qui ne tient pas compte de l'histoire d'une vie individuelle mais tente de cerner des schémas de comportement sans histoire (ahistoriques); elle a développé des méthodes de thérapie appliquées pour tenter d'intervenir directement au niveau de ces schémas.

Cette démarche refuse systématiquement de prendre en compte une dimension historique; et lorsqu'elle tient compte de l'environnement culturel et social, elle le fait de manière ahistorique. Les normes fixant la limite séparant santé de maladie sont empruntées à la situation actuelle. Et même la norme qui indiquerait la direction dans laquelle le patient devrait se développer est largement définie par cette même situation. Selon cette perception, la psychothérapie est chargée d'aider le patient à se comporter d'une manière donnée, mais aussi d'éliminer certains comportements (ou émotions, humeurs, etc.), indépendamment de la question de savoir ce qui les a provoqués et de leur signification possible dans un contexte individuel.

Cette manière de procéder se fonde sur une image de l'homme autre que celle élaborée par une psychothérapie consciente de la dimension historique: l'homme y est saisi comme une sorte d'ensemble comportant certains mécanismes et fonctionnant selon certaines régularités – plus ou moins – constantes. Les troubles psychiques sont donc des troubles fonctionnels qu'il s'agit de faire disparaître. De nombreuses techniques et exercices mentaux ont été développés, qui doivent servir à éliminer ce type de troubles fonctionnels.

3. Comparaison entre les psychothérapies dans le cadre du conflit culturel opposant différentes évaluations

Dès lors qu'elles s'étudient elles-mêmes, les deux formes de procédure

peuvent déclarer obtenir des succès. Par contre, lorsque c'est le camp opposé qui mène la recherche, il devient possible de démontrer le peu de valeur de l'une ou de l'autre forme. Pourquoi?

C'est la manière dont le critère 'succès' est formulé qui, en dernier ressort, définit la forme de procédure qui va sortir gagnante de la démarche de recherche. Même lorsqu'on étudie l'efficacité des méthodes, on se voit contraint de répondre d'abord à la question de savoir quels sont les objectifs à attribuer à la psychothérapie. Or, durant la période mentionnée plus haut, cette question a beaucoup évolué dans l'esprit du grand public. Ceci, d'une part, parce que normes et valeurs ont été soumises à un processus d'évolution fondamental, qui n'est pas au premier abord en rapport direct avec la psychothérapie. Mais d'autre part, la psychologie universitaire s'est adaptée très trop à cette évolution et l'a même soutenue. Au cours des années quatre-vingt, le point de vue historique a été largement repoussé en arrière-plan. Le "pragmatisme" reflétant pour une bonne part également les valeurs culturelles dominantes aux Etats-Unis, a fait l'objet d'une marche triomphale sans exemple dans le contexte de notre culture et de notre société. D'un point de vue purement pragmatique, la démarche consistant à isoler certains troubles et symptômes pour les faire disparaître est très efficace; elle est aussi moins coûteuse que les efforts requis pour saisir leur arrière-plan. Dans ce contexte culturel, le critère d'efficacité va jouer en faveur des techniques mentales. Mais il ne peut le faire que si nous décidons d'abord d'adopter une approche "pragmatique".

Je suis convaincu que la dominance du pragmatisme et de l'"économisme" a maintenant dépassé le zénith de sa gloire; comme tout trend culturel (ici philosophico-idéologique) elle va subir un retour en arrière. La revalorisation de la recherche historique que, pour des raisons d'ordre économique, les fonds en déshérence (Holocauste) nous forcent à pratiquer, nous montre clairement qu'à long terme nous ne pouvons pas renoncer à la perspective historique. S'il est appliqué pendant trop longtemps, le pragmatisme entraîne des coûts

extrêmement élevés. Tant que certaines réserves de base existent, les gains à court terme des pragmaticiens peuvent impressionner. Pour moi, le terme de réserves inclut également des aspects comme énergies psychiques et confiance sociétale. Mais les pragmaticiens se nourrissent des travaux préparatoires et du know-how accumulés par ceux qui ont amassé un trésor en expérience lors de processus menés à long terme, et donc coûteux. Ils nous éblouissent de leur efficacité, car la période pour laquelle il s'agit de démontrer l'utilité de l'approche est définie comme brève. On ne demande pas quels sont les effets à long terme, pas plus que l'on ne demande ce qu'il en est des processus à long terme accompagnant le travail. On pourrait donc croire qu'il est possible d'entièrement abandonner les perspectives évolution et rapports avec l'histoire et l'environnement social. Les conséquences négatives de cette erreur commencent lentement à affecter de larges secteurs de la culture et même de l'économie. Nos réserves seront bientôt épuisées si nous n'entreprenons pas de continuer à développer et à élaborer, mais aussi à intégrer diverses évolutions à long terme dans le cadre de concepts globaux. De plus, nous devons maintenir une diversité entre des approches cultivant les échanges et le débat dialectique.

D'autres critères de succès seront appliqués, selon que l'on considère que la psychothérapie doit viser à devenir quelque chose qui a été rafistolé de manière pragmatique, ou qu'on exige d'elle de mettre un passé en lumière et de libérer des énergies permettant aux patients de se guérir et de définir les modalités de leur vie. La question est, entre autres, la suivante: ne faut-il pas que les critères définissant le succès incluent des aspects tels la réussite professionnelle, ou l'amélioration de la capacité psychique et de la créativité, du fait que ceux-ci constituent une contribution importante à l'évolution future de la culture et de la société?

4. Psychothérapie, recherche et politique de la recherche

Ce que nous avons dit montre clairement que la sélection des critères et des méthodes de recherche influence

de manière décisive les résultats obtenus. Il ne s'agit pas là d'une critique, du moins pas tant qu'on accepte ce fait et qu'on en débat. Mais il faut également que cette donnée soit reconnue dans le contexte du débat politique. Lorsque des méthodes de recherche sont appliquées qui ne sont pas adéquates par rapport au domaine étudié, les résultats sont inutilisables. Toutefois, lorsqu'ils sont publiés, les lecteurs qui n'ont pas beaucoup d'expérience en recherche ne peuvent que difficilement s'en rendre compte. D'autre part, le grand public sait trop peu que recherche n'équivaut pas simplement à recherche. Or, c'est pour une bonne part la manière (politique) dont les chercheurs sont sélectionnés qui fait la recherche. Des écoles et traditions de recherche s'établissent. Et même la méthodologie subit l'évolution de la culture, comme je l'ai montré au début du présent article. La concurrence entre méthodes de recherche ne se fait

pas indépendamment de l'évolution culturelle subie par d'autres secteurs et vice-versa.

Le fait qu'actuellement la pensée ahistorique a de plus en plus de peine à masquer ses conséquences dangereuses doit inciter à prendre des mesures au niveau de la politique de la recherche. Les chercheurs qui conçoivent la psychologie comme une science sociale – en parallèle à une psychologie définie en tant que science naturelle – devraient obtenir un soutien important des universités. Il faut qu'ils aient la possibilité de réfléchir à des processus historiques et d'entreprendre des recherches à ce niveau. Simultanément, il s'agit aussi d'établir des chaires de psychothérapie dont les responsables seraient capables de saisir l'approche mise en oeuvre par une psychothérapie prenant l'histoire en compte.

Ces quelques réflexions sont destinées aux responsables de la politique pratiquée au niveau des universités. Si

l'on devait réussir à long terme à détacher la psychothérapie du contexte culturel dont elle est part intégrante – et ce serait le pire scénario – elle ne pourrait continuer à exister que sous des formes qui l'assimileraient presque à la simple prescription de médicaments psychotropes: ceci parce qu'elle ne paierait attention qu'aux effets du traitement, tout en renonçant à l'introspection et au discernement. La lacune qui serait ainsi ouverte sur le marché de la santé serait sans aucun doute comblée par des sectes, des offres à caractère sectaire et des enseignements ésotériques et irrationnels, hérésies comprises. Par rapport à l'avenir de la culture, ceci aurait pour conséquence de faire renaître dans de larges secteurs de la population un état d'esprit datant d'avant le Siècle des Lumières.

*Dr. Rudolf Buchmann
Apfelbergweg 3
CH-9000 St. Gallen*

Öffentlicher Diskurs über die Beurteilung des Nutzens von psychotherapeutischen Methoden

Der im Art. 32 des neuen Krankenversicherungsgesetzes geforderte Nutzen der medizinischen Leistungen ist bezüglich der Psychotherapie an der Konsensuskonferenz vom 25. November 1997 in Bern diskutiert worden (siehe auch Forum 1/97). Es waren 600 TeilnehmerInnen gemeldet. Um diesen Diskurs einer noch grösseren Öffentlichkeit zugänglich zu machen und Sie zu Diskussionen in Ihren eigenen Kreisen anzuregen, veröffentlichen wir die Stellungnahmen und Fragen der Charta-Institutionen zum Entwurf „Kriterien zur Standardisierung der Prüfung von: Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapiemethoden“, welche von Dr. med. G. Mattanza im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung BSV und der Eidgenössischen Leistungskommission ELK formuliert und in zwei Tagungen mit der begleitenden Arbeitsgruppe weiterentwickelt wurden. In dieser Arbeitsgruppe hatten Vertreter des BSV, der Psychiatrie-Professoren, der

Professoren für klinische Psychologie, des Krankenkassen-Konkordates, des Schweizer Psychotherapeutenverbandes SPV und der Föderation der Schweizer PsychologInnen FSP sowie der Stiftung der schweizerischen Patienten-Organisation SPO Einsitz.

Unterschiedliche Menschenbilder

Die jetzige wissenschaftliche Debatte findet auf dem Hintergrund der knappen werdenden finanziellen Mittel im Gesundheitswesen statt. Dabei zeichnet sich eine Allianz zwischen Kassen-Managern, welche u.a. psychotherapeutische Leistungen auf Kurzzeittherapien beschränken möchten, und verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapieforschern ab. Letztere verfolgen zudem das Ziel, die Wirksamkeit nur noch störungsspezifisch festzulegen. Dabei sollen für bestimmte Störungen genau definierte Techniken festgeschrieben werden. Dieser Ansatz geht von einem gänzlich andern Menschenbild und Psy-

chotherapieverständnis aus, als die psychodynamisch und humanistisch orientierten Verfahren.

Diskussion innerhalb der Charta-Institutionen

Die Institutionen und Fachverbände, welche die „Schweizer Charta für Psychotherapie“ unterzeichnet haben, betreiben ein regelmässiges Wissenschafts- und Forschungskolloquium. Hier wurden eingehende Diskussionen über den BSV-Kriterienentwurf geführt. Diese fanden nicht nur innerhalb der einzelnen Institutionen, sondern auch zwischen ihnen statt. Die in der gemeinsamen Stellungnahme aufgeführten Fragen, Anregungen und Kommentare sind das Resultat von zwei eintägigen Kolloquien, an denen jeweils etwa 48 Delegierte teilnahmen. Am ersten Kolloquium wurden die Stellungnahmen der in der Charta vertretenen psychotherapeutischen Verfahren vorgetragen und im Plenum diskutiert. Anschliessend verfassten

alle Charta-Institutionen eine eigene Stellungnahme. Im zweiten Kolloquium wurde die untenstehende Synthese erarbeitet. Die einzelnen Punkte beruhen auf dem Konsens- und nicht auf dem Mehrheitsverfahren. Dies wurde möglich, weil die Psychotherapie heute einen weiten „common ground“ hat und die Charta-Institutionen sich schon seit acht Jahren in einem regelmässigen Diskurs befinden. Zusammen repräsentieren diese Vereinigungen in der Schweiz ungefähr 2000 PsychotherapeutInnen.

Da die Konferenz erst nach Redaktionsschluss stattfand, berichten wir in einer späteren Ausgabe über ihren Verlauf und die Weiterentwicklung der Kriterien. Um die öffentliche Diskussion anzuregen, finden Sie in dieser Ausgabe auch eine kritische Stellungnahme von Dieter Howald, eines Kolloquiumsteilnehmers, der seine Überlegungen auf dem Hintergrund der Psychoanalyse darlegt.

Mario Schlegel
 Leiter des Kolloquiums

Stellungnahme der Charta-Institutionen, Fragen und Kommentare zu Händen der Jury

Würdigung

Die Charta-Institutionen anerkennen die differenzierte und sachgerechte Darstellung der Problematik bezüglich der Bewertung des Nutzens der Psychotherapie durch den Entwurf von G. Mattanza. Insbesondere entspricht der Hinweis auf die Notwendigkeit einer Vielzahl wirksamer wissenschaftlicher Psychotherapiemethoden der Grundidee der Charta. Mit der Formulierung dieses Prinzips trägt der Entwurf unserer pluralistischen Gesellschaft Rechnung. Die offene Formulierung der Kriterien des Nutzens berücksichtigt die unterschiedlichen Beurteilungen aus unterschiedlichen Gesichtspunkten. Ebenso begrüssen wir die Anerkennung der Psychotherapie als eigenständige Wissenschaft und Praxis. Auch wir sind der Ansicht, dass der multimodale, multidimensionale und multimethodale Ansatz zur Beurteilung der Methoden dem komplexen Geschehen in einer Psychotherapie am ehesten gerecht wird.

Frage: Bezüglich der Zukunft drängt sich an dieser Stelle eine Frage

an die Jury auf: Soll die Weiterentwicklung der Psychotherapie bezüglich ihres Wissenschaftsverständnisses bzw. ihrer Wissenschaftsverständnisse ein offener Prozess bleiben, in welchen die Erfahrungen aus der Praxis der PsychotherapeutInnen, der psychiatrisch-psychotherapeutischen Institutionen und der Universitäten eingehen? Sollte aber die Absicht bestehen, einem einzigen Wissenschaftsverständnis den Vorrang zu geben, so stellt sich die Frage, wer dazu die Entscheidungskompetenz haben soll.

Angeregt durch das neue KVG führen VertreterInnen der methodischen Ausrichtungen, welche in der Charta organisiert sind, seit 1995 untereinander eine Diskussion über die Therapieziele und über den zugrundeliegenden Gesundheits- und Krankheitsbegriff. Motiviert ist dieser Diskurs vom Bestreben, die PatientInnen mit den vorhandenen Mitteln optimal zu versorgen. Dabei geht es einerseits um die Notwendigkeit, den Nutzen der Psychotherapie sachgerecht definieren und nachweisen zu können, andererseits darum, theoretische Grundlagen, Ausbildungen und praktische Tätigkeit kontinuierlich zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Wir schlagen vor, diesen Diskurs auch mit dem BSV und den Krankenkassen zu führen.

Da Psychotherapie nicht nur Symptome beseitigen oder vermindern, sondern auch Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungs- resp. Arbeitsfähigkeit wiederherstellen soll, ist sie für Probleme aus allen Lebensbereichen einzusetzen. Volkswirtschaftlich besonders bedeutsam ist ihr Einsatz in der Arbeitswelt im Sinne eines Health Coachings z. B. bei Überlastung, Burnout, Arbeitsstörungen usw.

Frage: Auch hier möchten wir eine Frage stellen: Wie definiert die Jury die Ziele einer Psychotherapie? Dahinter verbirgt sich die Frage nach dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit und letztlich nach dem Menschenbild und dem Gesellschaftsverständnis unserer Kultur und unserer Heilmethoden. Wie stellt sich die Jury zur Frage, wer den Gesundheits- und den Krankheitsbegriff bestimmt?

Wirksamkeit

Wir unterstützen die Absicht, verschiedene Arten der Evidenzgewin-

nung für den Nutzen der Psychotherapie anzuerkennen. Dabei soll die ganze Bandbreite der bewährten Forschungsmethoden zulässig sein. Unser Anliegen ist der Einbezug von Einzelfallstudien und von naturalistischen Studien, die die Spezifität der Behandlungsmethoden berücksichtigen und die Therapien aus verschiedenen Gesichtspunkten untersuchen. Bei allen Forschungsmethoden sind ethische Grundsätze zu formulieren und einzuhalten. Besondere Aufmerksamkeit ist in diesem Zusammenhang bei kontrollierten Studien angezeigt.

Frage: Die hier zu stellende Frage lautet: Welches sind die ethischen Grundsätze, welche zur Anwendung kommen sollen? Wer entscheidet über ethische Grundsätze?

Kriterium der Wirksamkeit ist die erwünschte Veränderung des Erlebens und Verhaltens des Patienten im individuellen sowie sozialen Bereich. Die Methoden sprechen dabei von innerer respektive struktureller Veränderung oder Veränderung von Selbstkonzepten. Selbstverständlich wird die Beseitigung oder Verminderung von Symptomen und deren Auswirkungen von allen Psychotherapie-Methoden als generelles Behandlungsziel angestrebt. Die therapeutische Beziehung wird von allen Charta-Institutionen als wichtigster Faktor der Therapie bezeichnet. Die Erforschung des Beziehungsgeschehens und von Persönlichkeitsvariablen der TherapeutInnen wird als wichtiges Projekt der Wirksamkeitsforschung vorgeschlagen.

Zweckmässigkeit

Einhellig vertreten die Charta-Institutionen die Meinung, dass die Zweckmässigkeit vor allem durch eine wissenschaftlich abgesicherte Indikationsstellung gewährleistet wird, in der sowohl die Sichtweise der PatientInnen, der TherapeutInnen und ethische Grundsätze mit eingehen.

Zur Zweckmässigkeit gehört auch die Qualität des therapeutischen Prozesses, unter anderem die adäquate Anpassung der Vorgehensweise an die Problematik des Patienten sowie die Abstimmung der Interventionen im Verlauf der Therapie. Auch ist eine Therapie zweckmässig, deren Behandlungsziel mit hoher Wahrschein-

lichkeit erreicht wird und mit der unerwünschte Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden.

Wirtschaftlichkeit

Die Kosten der psychotherapeutischen Behandlung werden durch deren Zweckmässigkeit niedrig gehalten. Ein wichtiges Kriterium ist die Verminderung oder Verhinderung von kostspieligen somatischen Behandlungen und die Verminderung von sozialen Kosten. Die volkswirtschaftlichen Kosten von seelischem Leiden werden unseres Erachtens zu wenig in Rechnung gestellt. Wir fordern deshalb, dass bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nicht nur die Aufwendungen der Krankenkassen in Rechnung gestellt, sondern gesamtgesellschaftliche Kosten-Nutzen-Rechnungen gesundheitspolitischen Entscheidungen zugrunde gelegt werden.

Aus diesen Überlegungen fordern wir, dass sich die Krankenkassen an der Evaluation der Wirtschaftlichkeit beteiligen, indem sie ihre Daten so aufbereiten, dass sie für geeignete Forschungen gebraucht werden können. Ebenso sollen sie verpflichtet werden, sich finanziell an Projekten zur Erforschung der Wirtschaftlichkeit zu beteiligen.

Frage: Betreffend Wirtschaftlichkeit stellen wir die Frage, ob die Jury Untersuchungen über den Zusammenhang von Psychotherapie und Einsparungen von Kosten im somatisch-medizinischen, sozialen und volkswirtschaftlichen Bereich empfiehlt und welches Vorgehen und welche Forschungskriterien sie sich dabei vorstellt.

Qualitätssicherung

Eine gute Aus- und Fortbildung wird einhellig als zentrales Instrument der Qualitätssicherung (QS) im Bereich der Strukturqualität erachtet. Im Bereich der Prozessqualität sind in der Psychotherapie QS-Instrumente entwickelt worden, die auch von anderen Berufsfeldern übernommen werden. Dazu gehören die Supervision, die Intervention und die Dokumentation der Therapieverläufe. Auch die permanente Fortbildung ist eine wichtige Massnahme der QS. Weitere Qualitätsmassnahmen sind in Vorbereitung.

Auch im Bereich der QS ist die Erforschung des Beziehungsgeschehens und von Persönlichkeitsvariablen der TherapeutInnen ein Projekt, das in Angriff genommen werden wird. Aus den Resultaten könnten wichtige Hinweise für die Ausbildung der PsychotherapeutInnen gewonnen werden. Um den Nachweis von spezifischen Veränderungsfaktoren zu erbringen, sind ausformulierte, nachvollziehbare theoretische und behandlungstechnische Konzepte erforderlich.

Praktisches Vorgehen beim Anerkennungsverfahren

Das mehrstufige Anerkennungsverfahren ist insofern fair, als es allen psychotherapeutischen Methoden die Möglichkeit bietet, einen Nachweis der WZW zu leisten. Wegen der langen Zeitdauer der Therapien bei schwerer gestörten PatientInnen und der Notwendigkeit längerfristiger katamnestischer Erhebungen benötigt die Erbringung des Nachweises der WZW allerdings mehrere Jahre. Die psychotherapeutischen Institute sind aber nur in der Lage, ihre psychotherapeutische Forschungs- und Ausbildungsarbeit durchzuführen, wenn sie vorerst anerkannt sind. Da die in der Charta vertretenen Methoden zur heutigen psychotherapeutischen Grundversorgung wesentlich beitragen, ist eine Bona-fide-Anerkennung dieser Methoden sachgerecht.

Grundsätzlich sind wir allerdings der Ansicht, dass der Nachweis des Nutzens einer psychotherapeutischen Methode durch den Nachweis der Zugehörigkeit zu einer der wissenschaftlichen Hauptrichtungen der Psychotherapie erfolgen sollte. Wir sind der Ansicht, dass es heute sechs Hauptrichtungen von Psychotherapie gibt, wie dies in einem früheren Entwurf des BSV vorgesehen war:

- tiefenpsychologische Verfahren,
- humanistische Verfahren,
- kognitiv-behaviourale Verfahren,
- systemische Verfahren,
- körperpsychotherapeutische Verfahren,
- integrative Verfahren.

Vielleicht sollte aber auf eine derartige Einteilung in Hauptrichtungen verzichtet und stattdessen an zulassungs-

fähige Verfahren die Forderung nach einer präzisen Beschreibung der Theorie und der Vorgehensweise gestellt werden. Ebenso müsste die Möglichkeit der Evaluation ihrer WZW gegeben sein. Die Zuordnung zu einem Mainstream sollte jedenfalls von der Theorie und der Praxis her begründet werden.

Frage: In diesem Zusammenhang stellen wir die Frage an die Jury, warum Hauptrichtungen der Psychotherapie, die längst in vielfältigen Evaluationen international und zu verschiedenen Zeiten auf ihren Nutzen überprüft worden sind und überprüft werden, im Rahmen des Anerkennungsverfahrens des BSV erneut überprüft werden sollen? Wir stellen hier die Frage nach der Verhältnismässigkeit des Aufwandes, der finanziellen Mittel und des Nutzens.

Frage: Eine weitere Frage ist die, was für Voraussetzungen eine Körperschaft erfüllen muss, um berechtigt zu sein, die Anerkennung für ihre Methode zu beantragen?

Abschliessend sei angemerkt, dass die Charta-Organisationen bezüglich der Basisdokumentationen, des Anerkennungsverfahrens und der Klärung von Verfahrensfragen Interesse an einer Zusammenarbeit mit dem BSV haben.

Institutionen, welche die Charta unterzeichnet haben

(Stand August 1997)

- SGfAP** Schweizerische Gesellschaft für Analytische Psychologie
- C. G. Jung-Institut Zürich**
- IIPB** Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin
- SGST** Schweizerische Gesellschaft für Schicksalsanalytische Therapie
- Stiftung Szondi-Institut**
- SGIPA** Schweiz. Gesellschaft für Individualpsychologie nach Alfred Adler
- IIP** Institut für Psychoanalyse
- SVG** Schweizerischer Verein für Gestalttherapie
- IGG** Institut für Gestalttherapie und Gestaltpädagogik, Berlin
- EAG** Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf
- GW** Institut für integrative Gestalttherapie Würzburg
- SGTA** Schweizerische Gesellschaft für Transaktionsanalyse
- Institut AHP Zürich** Inst. für Ausbildung in Humanistischer Psychotherapie
- SPV/ASP** Schweizer Psychotherapeuten-Verband

ISIS Institut für selbständige interdisziplinäre Studiengänge
VOPT Vereinigung Ostschweizerischer Psychotherapeuten (AI, AR, FL, GL, SG, SH, TG)
VPZ Verband der Psychotherapeuten der Zentralschweiz (LU, NW, OW, SZ, UR, ZG)
VKJP Schweizerische Vereinigung für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie
SGDA Kammer der Schweizerischen Gesellschaft für Daseinsanalyse
Psychoanalytisches Seminar Zürich Zentrum für Biosynthese
SPK Schweizerische Gesellschaft der Psy-

chotherapeuten für Kinder und Jugendliche
IKP Institut für körperzentrierte Psychotherapie und Beratung
Ausbildungsinstitut GFK Gesprächspsychotherapie – Focusing – Körperpsychotherapie
SGBAT Schweizerische Gesellschaft für Bioenergetische Analyse und Therapie
VPB Verband der Psychotherapeuten bei der Basel
SGGT Schweizerische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung.

Débat public sur l'évaluation de l'utilité des méthodes de psychothérapie

Un débat a eu lieu à Berne dans le cadre de la conférence-consensus du 25 novembre 1997 (cf. également Forum 1/97), concernant l'article 32 de la nouvelle loi sur l'assurance maladie; cet article exige que les prestations – donc également celles fournies par les psychothérapeutes – soient utiles. Six cent participants s'étaient inscrits. Dans le but de rendre ce discours accessible à un plus grand public et de vous encourager à poursuivre le débat au sein de vos organisations, nous publions ci-dessous la prise de position et les questions formulées par les institutions de la CHARTE quant au projet "Critères devant permettre de standardiser l'évaluation de l'utilité des méthodes psychothérapeutiques", dont une première version fut préparée par le docteur G. Mattanza à l'intention de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) et de la Commission fédérale des prestations (CFP); le projet fut ensuite révisé lors de deux réunions de la commission concernée. Y siégeaient des représentants de l'OFAS, des professeurs de psychiatrie et de psychologie clinique aux universités, du Concordat des caisses maladie, de l'Association suisse des psychothérapeutes (ASP) et de la Fédération suisse des psychologues (FSP), ainsi que de la Fondation des organisations suisses en faveur des patients.

D'autres images de l'homme

Les moyens financiers à disposition du système de santé suffisent de

moins en moins; cet aspect joue un rôle certain par rapport à l'actuel débat scientifique. Une alliance est en train de s'établir, unissant les gestionnaires des caisses – qui voudraient, en autres, limiter les prestations à celles fournies dans le cadre de thérapies de brève durée – et les chercheurs en psychothérapie qui accordent préférence aux thérapies du comportement. Ces derniers ont de plus pour objectif de ne définir l'utilité d'un traitement qu'en fonction d'un trouble spécifique. Il s'agirait alors de ne retenir que certaines techniques définies avec précision, appliquées au traitement de certains troubles. Cette approche se fonde sur une image de l'homme et une perception de la psychothérapie qui diffèrent entièrement de celles choisies par les méthodes de types psychodynamique et humaniste.

Débat au sein des institutions de la CHARTE

Les institutions et associations qui ont ratifié la "CHARTÉ suisse pour la psychothérapie" organisent un colloque scientifique ayant lieu à intervalles réguliers. Dans ce cadre, le projet de l'OFAS (concernant les critères) a été largement débattu. Les discussions ne se déroulèrent pas seulement au sein des institutions, mais aussi entre ces dernières. Les questions, propositions et commentaires réunis en une prise de position commune ont été élaborés lors de collo-

ques de deux jours, auxquels participèrent à chaque fois 48 délégués environ. Lors du premier colloque, les prises de position élaborées par les différentes écoles membres de la CHARTE ont été présentées et débattues en assemblée plénière. Puis toutes les institutions de la CHARTE préparèrent leur propre prise de position. Ensuite, lors du second colloque, la synthèse publiée ci-dessous fut préparée. Les différents points mentionnés sont le produit d'un consensus et non d'un vote à majorité. Cette démarche fut rendue possible par le fait que, de nos jours, la psychothérapie se fonde sur une "base commune" (common ground) assez large; de plus, les institutions de la CHARTE mènent un débat continu depuis huit ans déjà. Ensemble, ces groupements représentent environ 2000 psychothérapeutes travaillant en Suisse.

La conférence pour laquelle le texte ci-dessous a été préparé aura lieu trop tard pour que nous puissions en parler dans le présent FORUM. Nous en présenterons un rapport dans un prochain numéro et y parlerons également de la manière dont les critères doivent être développés plus avant. Vous trouverez en outre dans le présent numéro un commentaire critique de Dieter Howald, l'un des participants aux colloques; il présente ses idées du point de vue de la psychanalyse. Son texte devrait fournir des impulsions supplémentaires au débat public.

*Mario Schlegel
président du colloque*

Prise de position des institutions de la CHARTE, questions et commentaires à l'adresse du jury

Appréciation

Les institutions de la CHARTE approuvent la manière différenciée et objective dont les problèmes liés à l'évaluation de l'utilité de la psychothérapie sont présentés dans le projet de G. Mattanza. La mention en particulier de la nécessité d'une diversité de méthodes psychothérapeutiques efficaces et scientifiques correspond à l'idée de base de la CHARTE. En formulant ce principe, le projet tient compte du pluralisme de notre société.

té. La formulation ouverte des critères d'utilité prend en compte différentes estimations basées sur différents points de vue. De même, nous apprécions le fait que la psychothérapie soit considérée comme une science et une pratique indépendantes. Nous sommes également d'avis que c'est une approche multimodale, multidimensionnelle et multiméthodologique de l'évaluation des méthodes qui est la mieux apte à rendre justice aux processus complexes impliqués par une psychothérapie.

Question: Concernant l'avenir, une question au jury s'impose: l'évolution de la psychothérapie au niveau de son épistémologie ou plutôt de ses épistémologies doit-elle demeurer un processus ouvert, intégrant les expériences faites par ses praticiens, par les institutions psychiatriques-psychothérapeutiques et par les universités? Si l'on a l'intention d'attribuer une préférence à une seule épistémologie, la question se pose de savoir qui doit être compétent pour prendre cette décision.

La nouvelle LAMal a incité des représentants des approches méthodiques organisées au sein de la CHARTE à mener – dès 1995 – un débat sur les objectifs de la thérapie et sur les concepts fondamentaux de santé et de maladie. Cette démarche est motivée par une volonté de fournir aux patients une offre optimale sur la base des moyens existants. Au centre de ces efforts se situe la nécessité, d'une part, de définir et de démontrer de manière adéquate l'utilité de la psychothérapie et, d'autre part, de continuellement réfléchir aux fondements théoriques, à la formation et au travail pratique, pour continuer à les développer. Nous proposons de poursuivre ce discours en dialogue avec l'OFAS et les caisses maladie.

Dans la mesure où la psychothérapie ne vise pas seulement à éliminer ou atténuer les symptômes mais aussi à rétablir la santé, le bien-être et la capacité à agir et à travailler, elle peut être appliquée à des problèmes situés dans tous les domaines existentiels. Sa mise en oeuvre en rapport avec le monde du travail, dans le sens d'un health coaching (en cas, par exemple, de surcharge, de burnout, de troubles influençant la qualité du travail, etc.) est particulièrement importante au niveau économique.

Question: Nous avons également une question concernant ce point: comment le jury définit-il les objectifs d'un traitement psychothérapeutique? Cette question en recouvre d'autres, celles de la manière dont notre culture perçoit santé et maladie, de l'image qu'elle se fait de l'homme et de la société et de la manière dont elle procède pour guérir la maladie. Quelle est la position du jury par rapport à la question de savoir qui définit les notions de santé et de maladie?

Efficacité

Nous soutenons la visée selon laquelle doivent être acceptées différentes manières de démontrer l'utilité de la psychothérapie. En fait, toute la palette des méthodes de recherche qui ont fait leurs preuves doit être admise. Nous souhaitons toutefois pouvoir utiliser les études de cas et la recherche de type naturaliste, puisque celles-ci tiennent compte de la spécificité des différentes méthodes de traitement et évaluent les thérapies sous des angles différents. Concernant toutes les méthodes de recherche, il faut formuler et respecter des principes éthiques. Une attention particulière doit être portée à cet aspect dans le cas des études incluant des groupes de contrôle.

Question: Ici se pose la question suivante: quels sont les principes éthiques qui doivent être appliqués? Qui décide de ce qu'ils seront?

L'efficacité se mesure sur la base du critère de l'évolution du vécu et du comportement du patient dans son contexte individuel et social. Les méthodes utilisent des termes comme évolution structurelle ou évolution du concept de soi. Il est évident que toutes les méthodes de psychothérapie se fixent comme objectif global l'élimination ou l'atténuation des symptômes et de leurs conséquences. La relation thérapeutique est considérée par toutes les institutions membres de la CHARTE comme l'aspect le plus important du traitement. Nous proposons que l'étude des aspects relationnels et des variables liées à la personnalité des thérapeutes soit considérée comme un projet important dans le contexte de la recherche concernant l'efficacité des thérapies.

Adéquation

Les institutions de la CHARTE sont unanimes à considérer que l'adéquation des traitements peut être garantie avant tout sur la base d'une démarche permettant de poser leur indication de manière scientifiquement démontrée, la perspective du/de la patient/e, celle du/de la thérapeute et les principes éthiques étant pris en compte.

Sont également en rapport avec l'aspect adéquation la qualité du processus thérapeutique et, entre autres, l'adaptation de la procédure aux problèmes de chaque patient et celle des interventions en fonction du déroulement de la thérapie. Une thérapie peut également être considérée comme adéquate lorsqu'il s'avère qu'elle va très probablement atteindre ses objectifs, tout en évitant largement de provoquer des effets secondaires non souhaitables.

Caractère économique

L'efficacité d'un traitement psychothérapeutique permet de maintenir ses coûts à un bas niveau. Un critère important est celui de la manière dont il évite (partiellement ou complètement) d'avoir recours à des traitements somatiques coûteux et permet de réduire les coûts sociaux. On tient à notre avis trop peu compte du coût économique des troubles psychiques. C'est pourquoi nous demandons qu'une évaluation du caractère économique ne prenne pas en compte uniquement les dépenses en caisses maladie; les décisions prises au niveau de la politique de la santé doivent se fonder sur des calculs coûts/utilité concernant l'ensemble de la société.

Dans ce sens, nous demandons que les caisses maladie participent à l'évaluation de l'aspect caractère économique, en préparant leurs données de manière telle qu'elles puissent être utilisées dans le cadre de recherches adéquates. De même, elles devraient être mises dans l'obligation de participer financièrement aux projets visant à étudier le caractère économique des prestations.

Question: Concernant le caractère économique, nous posons la question de savoir si le jury recommande que soient utilisées des études concernant les rapports entre psychothérapie et économie de coûts dans les domaines

somatique et médical, social et économique. Quels sont les types de procédures et les critères de recherche qu'il envisage?

Garantie de qualité

Tout le monde s'accorde à considérer une bonne formation (permanente) comme l'instrument qui a fonction centrale au niveau de la garantie structurelle de la qualité (GQ). Concernant la qualité des processus, des instruments GQ ont été élaborés, qui ont également été repris par d'autres professions. En font partie la supervision, l'intervision et l'élaboration de dossiers concernant le déroulement des thérapies. La formation permanente constitue elle aussi une mesure importante au niveau de la GQ. D'autres mesures en rapport avec la gestion de qualité sont en préparation.

En rapport également avec la GQ nous posons les bases qui permettront de mener un projet s'intéressant à l'étude du processus relationnel et des variables de la personnalité des thérapeutes. Les résultats devraient donner des indications importantes concernant la formation à fournir aux psychothérapeutes. Pour démontrer des facteurs d'évolution spécifiques, il faudra élaborer des concepts détaillés et adéquats, en rapport avec les niveaux théorique et technique (de la relation).

Aspects pratiques de la procédure d'homologation

La procédure d'homologation en plusieurs étapes est justifiée dans le sens où elle fournit à toutes les méthodes psychothérapeutiques la possibilité de démontrer leur utilité. Du fait que les thérapies menées avec des patients souffrant de troubles graves durent longtemps mais aussi parce qu'il sera indispensable de conduire des enquêtes concernant la catamnèse à long terme, il faudra toutefois plusieurs années pour que cette utilité soit démontrée. Or, les instituts ne seront en mesure de mener leur travail de recherche et de formation en psychothérapie que s'ils sont reconnus. Dans

la mesure où les méthodes représentées au sein de la CHARTE contribuent aujourd'hui de manière importante à l'offre en traitements psychothérapeutiques, il semble adéquat de reconnaître ces méthodes sur une base bona fide.

Nous sommes toutefois en principe d'avis que la démonstration de l'utilité d'une méthode psychothérapeutique devrait également se faire par la démonstration de son appartenance à l'une des principales approches scientifiques de la psychothérapie. Nous considérons qu'il en existe actuellement six, comme le mentionnait un précédent projet de l'OFAS:

- Procédures de type psychologie des profondeurs
- Procédures de type humaniste
- Procédures de type behaviorisme cognitif
- Procédures de type systémique
- Procédures de type thérapie corporelle
- Procédures de type thérapie intégrante

Mais on pourrait aussi envisager de renoncer à classer ces procédures et exiger des procédures pouvant être homologuées qu'elles incluent une description précise de leur théorie et de leur manière de faire. Elles devraient également être en mesure d'évaluer leur utilité. Quoi qu'il en soit, une inclusion dans l'une des procédures main stream devrait être justifiée du point de vue de la théorie et de la pratique.

Question: Dans ce contexte nous demandons au jury pourquoi les principales écoles de psychothérapie, dont l'utilité a depuis longtemps été évaluée sur le plan international et à différentes époques, doivent être réévaluées dans le contexte de la procédure d'homologation de l'OFAS. Nous nous demandons si l'utilité de cette démarche est vraiment proportionnelle à la quantité de travail et de moyens financiers qui devront être investis.

Question: Une autre question est celle des exigences qui doivent être posées à un organisme, pour que ce dernier ait le droit de demander que sa méthode soit homologuée?

Notons pour terminer que les organisations membres de la CHARTE souhaitent collaborer avec l'OFAS, que ce soit au niveau de la préparation des documents de base, des procédures d'homologation ou de la clarification des questions relatives aux procédures.

Institutions ayant signé la CHARTE

(Etat août 1997)

- SGfAP/SSPA** Société Suisse de Psychologie Analytique
- Institut C. G. Jung Zurich**
- IIPB** Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin
- SGST** Schweizerische Gesellschaft für Schicksalsanalytische Therapie
- Fondation Institut Szondi**
- SGIPA/SPA** Société Suisse de Psychologie Adlérienne
- IfP** Institut für Psychoanalyse
- SVG** Schweizerischer Verein für Gestalttherapie
- IGG** Institut für Gestalttherapie und Gestaltpädagogik, Berlin
- EAG** Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf
- GW** Institut für integrative Gestalttherapie Würzburg
- SGTA/ASPAT** Association Suisse pour l'Analyse Transactionnelle
- Institut AHP Zurich** Inst. für Ausbildung in Humanistischer Psychotherapie
- SPV/ASP** Association Suisse des Psychothérapeutes
- ISIS** Institut für selbständige interdisziplinäre Studiengänge
- VOPT** Vereinigung Ostschweizerischer Psychotherapeuten (AI, AR, FL, GL, SG, SH, TG)
- VPZ** Verband der Psychotherapeuten der Zentralschweiz (LU, NV, OW, SZ, UR, ZG),
- VKJP/ASPEA** Association Suisse de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents
- SGDA** Chambre de la Schweizerischen Gesellschaft für Daseinsanalyse
- Psychoanalytisches Seminar Zürich, Zentrum für Biosynthese**
- SPK/SSPEA** Société Suisse de Psychothérapie pour enfants et adolescents
- IKP** Institut für körperzentrierte Psychotherapie und Beratung,
- Ausbildungsinstitut GfK** Gesprächspsychotherapie – Focusing – Körperpsychotherapie
- SGBAT/SSATB** Société Suisse d'Analyse et de Thérapie Bioénergétiques
- VPB** Verband der Psychotherapeuten bei der Basel
- SGGT/SPCP** Société Suisse pour la Psychothérapie Centrée sur la Personne

D. Howald

„Nutzen-Diskussion“ im CHARTA-Forschungskolloquium – Nachgedanken zu einigen umstrittenen Vorschlägen

Das Forschungskolloquium der Charta-Institutionen wurde gegründet, um der aktuellen Dominanz des politischen Legitimationsdrucks ein Forum entgegenzusetzen, in dem wissenschaftliche Positionen zur Psychotherapie mit weniger defensiver Befangenheit diskutiert werden könnten. Doch die ersten Fragen, die diskutiert werden, sind genau die vom Gesetzgeber definierten der „Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit“ („WZW“), und das Tempo der Diskussion wird bestimmt durch den laufenden politischen Prozess der Definition von Kriterien, die über die Leistungspflicht der Krankenkassen an Psychotherapie entscheiden werden. Man kann dies als der Entwicklung der Psychotherapiewissenschaften hinderlich beklagen, weil es dazu verleiten kann, als „benötigt“ vorweggenommene Ergebnisse zu untermauern. Da eine Wissenschaft der Psychotherapie aber auf die Möglichkeit psychotherapeutischer Praxis angewiesen ist, müssen wir uns entweder aus dem Feld der drittfinanzierten Tätigkeit zurückziehen und so mit der wirtschaftlichen auch die Erfahrungsbasis radikal schmälern, oder eben auf die von dorthin gestellten Fragen antworten, selbst wenn diese mit den eigenen Fragen oft nicht übereinstimmen. Mit dem Versuch einer gemeinsamen Stellungnahme zuhanden des Workshops des Bundesamts für Sozialversicherung vom 25. 11. 1997 über „Kriterien zur Beurteilung des Nutzens von psychotherapeutischen Methoden“ hat sich das Kolloquium nun darauf eingelassen. Somit geht es hier nicht mehr um ein „Ob“, sondern ein „Wie“.

Der Charta-Wissenschaftsausschuss hat, ausgehend von den schriftlichen Diskussionsbeiträgen fast aller im Kolloquium vertretenen Gruppierungen, einen Entwurf für diese Stellungnahme vorgelegt. In der Folge möchte ich auf einige Thesen dieses Entwurfs nochmals zurückkommen, die in der Diskussion umstritten blieben und schon deshalb in das „Konsens-Papier“ nicht eingehen konnten. Damit

sind sie aber wohl nicht erledigt, weil sich in ihnen wesentliche Fragen einer Wissenschaft der Psychotherapie zeitigen, die wir mit unseren politischen Stellungnahmen immer auch mitbeantworten. Sie sollten aus der Sicht verschiedener psychotherapeutischer Schulen diskutiert werden. Ich versuche es auf dem Boden psychoanalytischen und wissenschaftstheoretischen Denkens. Es geht einerseits um M. Fähs Vorschlag im Kolloquium, die Forderungen nach „methodenspezifischen und -unspezifischen Instrumenten“, nach Verwendung „standardisierter und validierter Messinstrumente“ und nach „Gleichberechtigung von Einzelfall-, Feld- und kontrollierten Vergleichsstudien“ festzuschreiben, andererseits um die vorgeschlagene Berufung auf die Definition von Gesundheit der WHO.

Es geht mir um Nachdenken im wie angedeutet nicht sehr „nachdenkfreundlichen“ Bereich politischer Dringlichkeiten, die wir im Sinne unserer beruflichen und wissenschaftlichen Anliegen mitgestalten wollen. Dieser Situation entsprechend trenne ich an sich unterscheidbare Aspekte nicht systematisch, sondern lasse sie teilweise so verflochten, wie sie in diesem Feld auftauchen: politische und wissenschaftliche, „wissenschaftsimmanente“ wie „wissenschaftskritische“ Argumente. Andererseits beziehe ich mich auch auf die erwähnten Thesen so, wie sie aufgetaucht sind, und lasse sie als unterschiedene meine Gedanken gliedern, obwohl sie wiederum untereinander zusammenhängen: so entspricht die Reihenfolge der ersten drei Forderungen einer zunehmenden Restriktivität, und was ich zur vorangehenden sage, betrifft daher immer auch die folgende. Die vierte hat zwar einen etwas anderen Status, verweist aber nochmals auf etwas, das in der vorangehenden Diskussion wiederholt auftaucht: Die Frage, was wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist, lässt sich nie trennen von der Frage „Wie verstehen wir uns als Menschen, und was streben wir an?“

1. Methodenunspezifische Instrumente

Erfolgsmessung von Psychotherapie müsse sich (mit Schulte) hinsichtlich der nosologischen Ebene der Krankheit und der ätiologischen Ebene der Krankheitsursachen methodenspezifischer Instrumente bedienen, hinsichtlich der deskriptiven Ebene des Krankseins und der „Ebene der Krankheitsfolgen“ aber methodenunspezifischer, ansonsten man „lauter Heimspiele“ veranstalte.

Das Einleuchtende daran ist, dass jeder Vergleich zwischen Methoden und jeder WZW-Nachweis das Feld einer Methode verlässt, weil sie dabei eben an etwas ausserhalb ihrer selbst Liegendem gemessen werden soll. Dabei muss für die „deskriptive Ebene“ eine zumindest teilweise gemeinsame Sprache gefunden werden, wenn man wissen will, ob zwei verglichene Methoden überhaupt hinsichtlich desselben verglichen werden. Auf der „Ebene der Krankheitsfolgen“ muss sich eine zu prüfende Methode ihr selbst fremden, gesellschaftlichen Zwecken stellen, wenn sie ohne gesellschaftliche Ressourcen nicht auskommt. Am deutlichsten wird das bei der Wirtschaftlichkeit: diese dürfte sich schon deshalb nicht mit methodenspezifischen Instrumenten, z.B. der Psychoanalyse, erfassen lassen, weil sie einfach keine psychoanalytische Kategorie ist, sondern für die Psychoanalyse erst im Austausch mit ihrer gesellschaftlichen Umgebung bedeutsam wird.

So plausibel die Forderung aber ist, so problematisch ist sie zugleich. Es fragt sich nämlich, inwiefern methodenunspezifische Instrumente einer Methode gerecht werden können und sogar, ob es methodenunspezifische Instrumente überhaupt geben kann. Instrumente sind Mittel zum Zweck, sie sollen einer Intention entsprechen. Im Falle der „Erfolgsmessung“ ist diese Intention das Erfassen der messbaren Aspekte eines Erfolgs unter Vernachlässigung nicht messbarer. Dadurch steht dieses Bemühen an

sich denjenigen psychotherapeutischen Methoden näher, die sich an das Messbare halten, an das, was sich zu einem andern nicht vieldeutig, sondern eindeutig verhält: tritt ein „phobisches Verhalten“ um 50% seltener auf, hat die Methode das Problem um die Hälfte reduziert. Methoden hingegen, die das Problem als eines des Sinns, und d.h. der Vieldeutigkeit fassen, die das Symptom indirekt auf dem Umweg über seine Bedeutungen angehen, weil sie es als dort verankert betrachten und deshalb als dort, wenn auch weniger vorhersagbar, so doch letztlich nachhaltiger erreichbar, stehen dem Messen ferner. Schon der Begriff „Instrument“ ist methodenspezifisch: er setzt zum einen ein Verhältnis der Handhabbarkeit zwischen „Ist- und Sollzustand“ voraus, zum andern eine Trennung zwischen (einem das Instrument anwendenden) Subjekt und (einem vom Instrument erfassten) Objekt, die im Bereich der Mehrdeutigkeit und der Subjekthaftigkeit des „Objekts“ nicht gegeben sind.

Anstatt von „Erfolgsmessung mittels methodenunspezifischer“ Instrumente spräche man wohl besser von Versuchen, etwas von dem, was in der Welt einer psychotherapeutischen Methode vor sich geht, mit Instrumenten anderer Methoden zu erfassen – mit solchen der empirischen Psychologie, der Wirtschaftswissenschaften, der Sozialmedizin u.a. Dadurch würde deutlicher, wie wenig man dabei darüber weiss, wie das so Erfasste mit dem zu Erfassenden zusammenhängt. Dann wären auch die einem solchen Unterfangen immanenten, teils unauflösbaren Schwierigkeiten und Spannungen eher zu erahnen, ebenso wie die Tatsache, dass dies nicht die eigenste Sache des psychoanalytischen Psychotherapeuten sein kann. Er verlässt dazu sein Projekt, etwas unter Beibehaltung seiner spezifischen Perspektive zu durchdringen, und das kann er allenfalls in einem interdisziplinären Dialog, der komplexe erkenntnistheoretische und ethische Fragen umfasst. Dieser ist noch lange nicht abgeschlossen, und deshalb schiene es mir unklug, wenn wir Psychotherapeuten mit obiger Forderung den Eindruck erweckten, als sei bereits ziemlich klar, wie denn ein fairer Vergleich aussähe, der nicht aus „lauter Heimspielen“ bestünde.

2. Standardisierte und validierte Messinstrumente

Wir sollten den Erfolgsnachweis mittels „standardisierter und validierter Messinstrumente“ fordern. Diese Begriffe gelten nicht nur für quantitative, sondern auch für qualitative Methoden.

Standardisierung soll gewährleisten, dass Verschiedenes mittels Gleichen erfasst und so „objektiv“ verglichen wird. Validierung soll gewährleisten, dass eine Aussage wirklich den Sachverhalt erfasst, den sie zu erfassen behauptet. Das oben Gesagte gilt auch hier: Standardisierte Messinstrumente sind für die Psychoanalyse streng genommen sogar dann methodenunspezifisch, wenn sie Begriffe verwenden, die in der psychoanalytischen Methode auch verwendet werden, weil sie in einem Fragebogen nicht dieselbe Funktion haben wie in der psychoanalytischen Situation: das Messinstrument soll einem Sachverhalt Sätze als mehr oder weniger zutreffend zuordnen, um diesen zumindest auf Ordinalskalenniveau abzubilden; in der psychoanalytischen Therapie hingegen will ein Subjekt einem andern zu erkennen ermöglichen, was dieses „zwischen den Zeilen“ an Verknüpfungen zum Ausdruck bringt, die sein Erleben prägen. „Validierung“ geschieht dabei im Einzelfall dadurch, dass der Patient mit einer Deutung mehr oder weniger anfangen kann. Einigermassen standardisiert, wenn man so will, sind hierbei einige Regeln (des Settings, der Technik, der Theorie). Diese fungieren aber als Heuristiken, nicht als Algorithmen, und zielen nicht auf allgemeine Gewissheiten des Typs „x ist durch y in z überzuführen“. Ob die Psychoanalyse deshalb als schlechte Erfahrungswissenschaft abzulehnen, durch Operationalisierung zu verbessern oder als etwas anderes anzuerkennen sei, darüber besteht bis heute kein Konsens, wohl aber darüber, dass eine solche Wissenschaft allein mit eigenen Methoden die Erwartungen der Gesundheitsökonomien nicht erfüllen kann, die knappe Mittel aufgrund ebensolcher Gewissheiten verteilen wollen.

Kann hier die Psychotherapieergebnisforschung einspringen, die Unmessbares in einer black box verschwinden lässt, inputs und outputs

und deren Verhältnis quantifiziert? Interessanterweise scheinen die von ihr vermeintlich ausgeschalteten Unwägbarkeiten wiederzukehren: Wie Grawes Metaanalyse scheint es den meisten Studien zu ergehen: Mit grossem Aufwand werden standardisiert und validiert Informationen erhoben und daraus Schlüsse gezogen. Anerkannt werden diese „Gewissheiten“ dann aber von denen, die daran Gefallen finden, während die anderen mit wiederum beträchtlichem Aufwand zahlreiche Ungereimtheiten aufdecken. Das liegt daran, dass Konstrukte nie an Realität, sondern immer nur an andern Konstrukten validiert werden können, dass in jede Standardisierung Vorurteile einfließen und dass auch Zahlen schliesslich wieder interpretiert werden müssen. Kaum haben Grawe et al. (1994) die Unrichtigkeit des Dodo-Verdikts „bewiesen“, „beweist“ z.B. Wampold (1997) mit statistischen Argumenten das Gegenteil, oder Leichsenring (1996) zeigt, wie sowohl das Design vieler von ihm gesichteter Studien als auch seine Interpretation tendenziös sind, bemerken Milrod et al. (1996) in einer Literaturübersicht, dass die Ergebnisse der kognitiven Verhaltenstherapie bei Panikstörungen beeinträchtigt sind dadurch, dass viele Patienten im Katamnesenintervall zusätzliche Hilfsangebote wahrgenommen hatten, oder Rüger (1996) erinnert wieder einmal daran, dass die Anwendung statistischer Prüfverfahren in der Psychologie meist mit unüberprüfbareren Vorannahmen verbunden ist, um nur Beispiele von innerhalb der erfahrungswissenschaftlichen Methodologie zu erwähnen.

Auch die raffinierteste Methodologie räumt die Tatsache nicht aus, dass es nie um unschuldige Fakten geht, sondern immer auch um Weltanschauung und Werthaltungen. Uns mag das klar sein, die politischen Instanzen aber dürften dies in der Hoffnung auf eindeutige Entscheidungskriterien leicht übersehen. Wir sollten alles vermeiden, was solche kurzschlüssigen Erwartungen nährt, und darauf hinweisen, dass die anstehenden Fragen politische und ethische sind, die uns noch so exakte Messungen nicht abnehmen: Kann Psychotherapie ihre Existenzberechtigung ohne Widerspruch allein von der Quantifizierbarkeit ihrer Wirkung

abhängig machen oder erhebt sie dazu noch einen anderen Anspruch – dass sie z. B. Menschen, die mit ihren Fragen in eine depressive Leere geraten sind, nicht etwa solche Fragen abgewöhnt, sondern ihnen einen Ort bietet, wo diese besser zur Sprache kommen können, auch wenn das länger dauern sollte? Die von der Psychoanalyse herkommenden Psychotherapien erheben diesen Anspruch und sollten ihn in der WZV-Diskussion nicht unter den Tisch wischen. Selbst wenn auch in der qualitativen Forschung „standardisierte und validierte Messinstrumente“ verwendet werden, sollte darum eher betont werden, was dabei anders ist.

3. Gleichberechtigung von Einzelfall-, Feld- und kontrollierten Vergleichsstudien

Prozess- und Ergebnisforschung durch Einzelfallstudien seien mit dem Nachteil mangelnder Generalisierbarkeit behaftet, naturalistische Feldstudien mit dem Mangel an Standardisierung und Vergleichsgruppen, kontrollierte Vergleichsstudien wegen standardisierter Therapie und homogener Symptomatik mit mangelhafter Validität. Da also jeder dieser Studientypen seine spezifischen Schwächen habe, genüge der empirischen Vernunft nur ein gleichberechtigtes Heranziehen aller drei Verfahren.

Diese These weist hin auf die Begrenztheit jedes methodischen Ansatzes und verteidigt damit die Methodenvielfalt gegen die Privilegierung der Kontrollstudie als „gold standard“. So gesehen wäre nur schade, dass diese Öffnung nicht noch weitere Forschungsmethoden berücksichtigt wie die in der Psychoanalyse grundlegendste der theoretischen Durchdringung der täglichen Praxis. Vielleicht aber läuft sie sogar auf eine noch grössere Verengung hinaus: wenn man sie nämlich so auslegt, dass Kontrollgruppenstudien nur nicht als hinreichende, wohl aber als notwendige Bedingung wissenschaftlicher Glaubwürdigkeit gelten sollen und sich jedes Verfahren ungeachtet seiner Eigenart in jeder der drei Prüfungen zu bewähren hätte. Zu dieser Perspektive sei zuerst alles oben Gesagte mit besonderem Nachdruck erinnert. Sodann wären an

M. Fähs eigene Bedenken zur Validität von Kontrollstudien einige Fragen zur Gewichtung der drei erwähnten Schwächen anzuschliessen.

Validität heisst Gültigkeit. Ist diese Forderung denjenigen nach Generalisierbarkeit und Standardisierung wirklich gleichwertig? Wissen wir nicht weniger, wenn wir gar nicht das Gemeine erfassen, als wenn nur die Generalisierbarkeit zweifelhaft ist? Der letztere Zweifel bedeutet „Vorsicht, wir wissen nicht, ob der gefundene Zusammenhang auch in diesem Fall so zutrifft!“ – der erstere hingegen, dass wir nicht wissen, ob er überhaupt in irgendeinem Ernstfall gilt. Darf man dann wirklich fordern, dass sich eine Praxis einem derartigen Urteil zu beugen hat? Steht eine Studie, die einen Patienten randomisiert einem Therapeuten zuweist, der dann nach einem Manual arbeitet, nicht der Wirklichkeit psychoanalytischer Therapie überhaupt fern, während eine Fallstudie mit einem bestimmten Patienten „nur“ den Besonderheiten der einmaligen Situation mit einem anderen Patienten keine Rechnung trägt?

Kontrollgruppenstudien eignen sich zur Demonstration der Möglichkeit eines Zusammenhangs und erlauben gerade keine Aussage über dessen tatsächliche Alltagsrelevanz. Unterstellt man ihnen aber Beweiskraft, dann dürften Anspruch und Wirklichkeit hinsichtlich der angestrebten Gewissheiten wohl am allerweitesten auseinanderklaffen. Der Ort der Erkenntnis ist wohl überhaupt nicht der eine oder andere Studientyp, sondern die Diskussion, das Bedenken und Bewerten verschiedenster Studienergebnisse vor dem Hintergrund ihrer und unserer Fragen und unserer theoriegeleiteten Erfahrung. Aufgrund solcher Überlegungen plädiere ich nochmals dafür, im WZV-„Nachweis“ nicht so zu tun, als wäre diese Forderung ohne weiteres zu befriedigen, wenn nur die richtigen Verfahren angewandt würden. Vielmehr sollten wir – wie etwa die Diskussionsbeiträge der Schweizerischen Gesellschaft für Daseinsanalyse und des Institut International de Psychanalyse et de Psychotherapie Charles Baudouin – immer auch auf die Fragwürdigkeit der damit verbundenen Annahme hinweisen, dass Psychotherapie ein Geschehen sei, bei dem wie in einem technischen Pro-

zess bei bekannten Ausgangsbedingungen mit bekannten Operationen innert bekannter Frist bekannte Ergebnisse zu erzielen seien.

4. Zur Problematik der WHO-Definition von Gesundheit

Eine Quintessenz der oben skizzierten Gedanken wäre, dass Forscher ihre Bewertungen nicht einem methodologischen Apparat überlassen können, sondern mit ihrem Denken zu verantworten haben. Ebensowenig können Praktiker wie auch Laien – Patienten, Versicherer und politische Instanzen – ihre Bewertungen an die Wissenschaft delegieren, noch kann die Wissenschaft deren Fragestellungen unbesehen übernehmen und einfach befriedigend beantworten – schon nur weil offensichtlich gegensätzliche Antworten konkurrieren, muss dann doch wieder der Auftraggeber entscheiden, welche ihm am besten passt. Alle Beteiligten müssen ihre Intentionen ins Spiel bringen und sich mit denjenigen der andern auseinandersetzen.

Für uns heisst das: ebensowenig wie wir ignorieren können, dass unsere Arbeit der Anliegen anderer bedarf, können wir so tun, als kämen in unserer Antwort nicht auch eigene Ziele zum Tragen. Bevor wir uns also auf die WHO-Definition von Gesundheit als „Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen“ (zit. n. Schmidt, 1978) einlassen, müssen wir prüfen, inwiefern diese Setzung mit unseren Vorstellungen vereinbar ist. Indem wir unsere Arbeit im Rahmen des Gesundheitswesens anbieten, tun wir das zwingend in Übereinstimmung mit der Forderung, auch das Psychische gehöre zur Gesundheit. Das wäre tatsächlich ein gewichtiger Grund, sich auf diese Definition zu berufen. Wie steht es aber mit dem „vollkommenem Wohlbefinden“?

Die politische Bedeutung dieser Forderung ist anderswo zu diskutieren. Allerdings scheint mir hier erwähnenswert, dass gewichtige Stimmen der politischen Philosophie „Vollkommenheit“ mit Totalitarismus in Verbindung bringen. Die psychoanalytische Psychotherapie hat dazu eine doppelte Beziehung: Einer-

seits ist sie ohne die Sehnsucht nach vollkommenem Wohlbefinden kaum zu denken. Die Differenz zwischen ihr und der Unvollkommenheit versteht sie als Motor sowohl des Leidens als auch der Therapie. Der Analytiker muss sie sich als Anliegen des Patienten gefallen lassen (ähnlich wie die WZW-Frage des KVG), darf aber nicht selbst deren Erfüllung versprechen, weil seine Erfahrung des therapeutischen Geschehens eine andere ist – die eines Wegs zu einem anderen, bewussteren Leben mit der Unvollkommenheit. Wenn dabei Symptome verschwinden, dann nicht, weil Enttäuschungen ausgeräumt, sondern anders ausgedrückt werden können.

Dass sich somit die Erwartung des „vollkommenen Wohlbefindens“ als illusionär entpuppt, heisst allerdings nicht, der mit ihr verbundene Anspruch auf Behandlung psychischen Leidens dürfe zurückgewiesen werden. Es heisst im Gegenteil, dass wir nicht als Gurus oder „Wellness-Anbieter“ (evtl. auf Kosten von Zusatzversicherungen) auftreten, sondern

„bloss“ mit einer Methode, die oft, aber nicht immer, Verknüpfungen aufzulösen hilft, durch welche aus dem Zusammenprall zwischen Anspruch und Wirklichkeit Krankes entstanden ist. Dabei genügt vielleicht ein „unwissenschaftlicher“ Vorbe-griff von Gesundheit und Krankheit, wie er uns allen geläufig ist. Dieser umfasst auch die Möglichkeit, dass es durchaus gesund sein kann, sich unter Umständen gerade nicht vollkommen wohl zu fühlen, er erlaubt, einiger-massen deutlich zwischen gesund und krank zu unterscheiden, ist gesellschaftlich letztlich ausschlaggebend und wird durch keine wissenschaftliche Definition überflüssig.

Literatur

- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe, Göttingen
- Leichsenring F (1996) Zur Meta-Analyse von Grawe und Mitarbeitern. Gruppen-psychotherapie und Gruppendynamik 32: 205–234

Milrod B, Busch F (1996) Longterm outcome of panic disorder treatment. J Nerv Ment Dis 184: 723–730

Rüger B (1996) Fragen und Anmerkungen zu einigen statistischen Methoden in der Psychotherapieforschung. Psychotherapie Forum 4: 135–143

Schmidt LR (Hrsg) (1978) Lehrbuch der klinischen Psychologie. Enke, Stuttgart

Wampold BE (1997) Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. Psychotherapy Research 7/1: 21–43



Dieter Howald, Lic. phil. I, Psychologe / Psychotherapeut, Leonhardstraße 37, CH-4051 Basel

Débat sur la "notion d'utilité" dans le contexte du colloque scientifique de la CHARTE – réflexion sur quelques propositions controversées

Le colloque de recherche a été créé par les institutions de la CHARTE pour contrebalancer la prédominance actuelle des pressions politiques exigeant que la psychothérapie démontre sa légitimité; il doit être un forum où peuvent être débattues des positions scientifiques dans un cadre moins influencé par une attitude défensive. Or, les premières questions discutées ont trait, justement, à "l'utilité" des prestations, telle qu'elle est précisée par le législateur (nous avons choisi le terme "utilité" en tant qu'équivalent à l'abréviation "WZW" utilisée en allemand – soit efficacité, adéquation et caractère économique –, pour laquelle il n'existe pas de traduction officielle; NdT). De plus, le rythme du débat est défini par le processus politique en cours, durant lequel des critères doivent être sélectionnés, qui fixeront les obligations

des caisses maladie au niveau du remboursement des prestations fournies par les psychothérapeutes. Cet aspect peut être considéré comme déplorable, dans la mesure où il risque d'entraver le développement des sciences psychothérapeutiques en incitant à n'étayer que les résultats "requis". Dans la mesure où une psychothérapie scientifique est également dépendante d'une pratique de la psychothérapie, nous avons deux choix: soit nous n'offrons plus de traitements financés par des tiers, ce qui nous fait perdre une bonne partie de notre base financière, mais aussi de notre base en expérience, soit nous répondons aux questions qui nous sont posées, même si celles-ci ne correspondent souvent pas à nos propres interrogations. C'est ce qu'a fait le colloque en tentant d'élaborer une prise de position commune pour l'ate-

lier organisé par l'Office fédéral des assurances sociales (25.11.1997) et concernant les "critères utilisés pour évaluer l'utilité des méthodes psychothérapeutiques". Il ne s'agit donc plus de savoir "si", mais "comment" cette démarche se fait.

Sur la base de contributions écrites au débat, préparées par presque tous les groupements représentés au sein du colloque, le comité scientifique de la CHARTE a élaboré un projet de prise de position. Je traiterai ci-dessous d'un certain nombre de thèses relatives à ce projet, qui demeureront controversées lors du débat et qui donc ne purent être incluses dans le document fixant un consensus. Ceci ne signifie pas qu'elles soient devenues inutiles: elles sont en rapport avec des questions centrales à une science de la psychothérapie, questions auxquelles nos prises de position

politiques fournissent toujours également réponses. Il faudrait en débattre du point de vue de différentes écoles de psychothérapie. Je tente de le faire sur la base d'une approche psychanalytique et épistémologique. Il s'agit, d'une part, de la proposition faite par M. Fähr lors du colloque de définir les exigences suivantes: "instruments spécifiques et non à la méthode (examinée)", "utilisation d'instruments de mesure standardisés et validés" et "attribution d'une valeur égale aux études de cas, aux recherches sur le terrain et aux études comparatives contrôlées". D'autre part, il s'agit de la proposition qui a été faite de se référer à la définition de la santé élaborée par l'OMS.

Je considère qu'il est important de mener une réflexion, même dans le contexte – je l'ai dit – peu favorable des urgences politiques auquel nous participons pour faire accepter nos visées professionnelles et scientifiques. Je procède en fonction de cette situation et ne fais pas une différence systématique entre des aspects qui pourraient être différenciés, renonçant à éliminer les interdépendances complexes qui caractérisent la manière dont ils se manifestent et présentant ensemble des arguments politiques et scientifiques, ainsi que des aspects "inhérents" à la science et "critiques" de cette dernière. D'autre part, je me réfère aux thèses mentionnées dans l'ordre où elles sont apparues, structurant ainsi ma réflexion et bien que ces thèses soient elles aussi interdépendantes: l'ordre dans lequel je traite les trois premières exigences correspond à une approche de plus en plus restrictive, ce qui signifie que ce que je dis de l'une d'elles s'applique toujours aussi à la suivante. Quant à la quatrième exigence elle a, il est vrai, un statut particulier, mais elle demeure en rapport avec un aspect qui est apparu fréquemment lors du débat concernant les trois premiers points. En effet, la question de savoir ce qui est "utile" ne peut être traitée sans tenir compte d'une autre question: "Comment nous percevons-nous en tant qu'êtres humains et quelles sont nos aspirations?"

1. Instruments non-spécifiques à la méthode

La mesure du succès des traitements psychothérapeutiques doit se faire

(en accord avec Schulte) par le biais d'instruments spécifiques à la méthode au niveau nosologique (la maladie) et étiologique (ses origines), mais non-spécifiques au niveau descriptif (être malade) et à celui des "conséquences" des troubles; sinon, on ne fait qu'organiser des "matchs gagnés d'avance".

Il semble clair que toute comparaison entre méthodes et toute démonstration de l'utilité d'un traitement se font hors du champ des méthodes examinées parce que, justement, celles-ci sont mesurées à l'étalon de quelque chose qui n'en fait pas partie. Ce faisant et concernant le "niveau descriptif", il s'agit de trouver un langage au moins en partie commun, ce qui permet de s'assurer que les deux méthodes comparées le sont par rapport aux mêmes aspects. Au "niveau des conséquences des troubles" la méthode qui va être examinée doit l'être en fonction d'objectifs externes, sociétaux, dès lors qu'elle ne peut exister sans utiliser les ressources de la société. Ceci apparaît le plus nettement au niveau du "caractère économique": celui-ci ne peut être évalué en utilisant des instruments spécifiques à une méthode – la psychanalyse, par ex. – car il ne constitue pas une catégorie psychanalytique; il ne joue un rôle que dans le contexte des échanges entre psychanalyse et environnement social.

Cette exigence paraît donc très plausible; mais elle est aussi très problématique. Il faut en effet se demander jusqu'à quel point des instruments non-spécifiques à une méthode peuvent rendre justice à cette dernière et même si de tels instruments peuvent exister. Ceux-ci sont un moyen de parvenir à un objectif, ils doivent correspondre à une visée. Concernant la "mesure du succès", il s'agit de saisir les aspects mesurables de ce dernier, tout en négligeant ceux qui ne le sont pas. Dans ce sens, cette démarche est en soi plus proche de celle entreprise par les méthodes psychothérapeutiques qui se centrent sur ce qui peut être mesuré, sur ce qui se trouve directement – et sans équivoque – en rapport avec un aspect concret: lorsqu'un "comportement phobique" ne se manifeste plus qu'à une fréquence de 50%, cela veut dire que la méthode a réduit le problème de moitié. Par contre, les méthodes qui considèrent le problème comme

un problème de sens, donc qui le saisissent par rapport à un glissement entre signifiant et signifié et qui abordent le symptôme de manière indirecte, au niveau de sa signification (car elles considèrent que c'est là qu'il a sa source et que c'est d'abord à ce niveau qu'il doit être traité pour que les résultats soient plus durables, même s'ils sont moins prévisibles), ces méthodes donc sont plus distantes de toute mesure. Même le concept d'instrument est spécifique à une méthode: il présuppose d'une part la possibilité que des rapports existent, qu'il est possible d'influencer et de contrôler, et d'autre part une séparation entre le sujet (appliquant l'instrument) et l'objet (saisi par l'instrument); lorsque cet "objet" est ambigu et subjectif, ces aspects ne sont pas donnés.

Au lieu de parler de "mesurer le succès en utilisant des instruments non-spécifiques à une méthode" on ferait mieux de considérer que l'on tente de saisir une partie de ce qui se passe dans l'univers d'une méthode psychothérapeutique en utilisant des instruments empruntés à d'autres méthodes – la psychologie empirique, les sciences économiques, la médecine sociale, etc. Ceci permettrait de mieux mettre en évidence le fait que dans ce cas on sait relativement peu des rapports entre ce que l'on saisit effectivement et ce que l'on voudrait saisir. De plus, cela permettrait de se faire une idée des difficultés et des tensions – en partie insolubles – inhérentes à ce genre de démarche, ainsi que du fait que celle-ci ne concerne pas uniquement le psychothérapeute psychanalyste. Ce dernier pourrait renoncer au projet qu'il a d'examiner quelque chose dans le contexte de sa perspective spécifique et engager au besoin un dialogue interdisciplinaire incluant des questions complexes d'ordre épistémologique et éthique. Ce dialogue est loin d'être terminé et c'est pourquoi il me semble peu judicieux de poser l'exigence mentionnée plus haut, comme si l'on savait déjà ce que serait une comparaison équitable, excluant le risque d'organiser "des matchs gagnés d'avance".

2. Instruments de mesure standardisés et validés

Pour démontrer le succès de la psychothérapie, nous devrions utiliser "des instruments de mesure standar-

disés et validés". Ces concepts sont applicables aux méthodes quantitatives, ils le sont tout aussi bien aux méthodes qualitatives.

Une standardisation doit permettre de garantir que l'on saisisse des aspects différents par le biais d'un même instrument, ce qui permet de les comparer "objectivement". Une démarche de validation doit garantir qu'un énoncé saisisse vraiment le contenu qu'il prétend saisir. Ce qui a été dit plus haut est également valable ici: concernant la psychanalyse, des instruments de mesure standardisés ne sont jamais strictement spécifiques à sa méthode, même lorsqu'on utilise des concepts qui sont également appliqués dans le contexte de la méthode psychanalytique; en effet, ils n'ont pas la même fonction au niveau d'un questionnaire qu'à celui de la situation psychanalytique: l'instrument de mesure doit permettre de qualifier un contenu (de le mettre en rapport avec des phrases le qualifiant de plus ou moins exact), dans le but de le représenter sur une échelle ordinale. Par contre, au niveau de la thérapie psychanalytique un sujet veut permettre à un autre de saisir les connections qu'il exprime "entre les lignes" et la manière dont celles-ci marquent son vécu. Dans ce cas, une "validation" a lieu à partir du moment où le patient est en mesure d'utiliser l'interprétation. On peut aussi considérer que quelques règles sont plus ou moins standardisées (setting, technique, théorie). Mais elles ont fonction heuristique et non pas algorithmique, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas en rapport avec des certitudes globales du type "x devient z si on le fait passer par y". Quant à savoir si cela fait de la psychanalyse une mauvaise science empirique qu'il s'agit de rejeter, d'améliorer en l'opérialisant ou de classer dans une autre catégorie de sciences – jusqu'à maintenant on ne s'est pas mis d'accord sur ce point. Par contre, on est d'accord pour considérer qu'en ne faisant confiance qu'aux moyens dont elle dispose, une science de ce type n'est pas en mesure de satisfaire aux exigences posés par les économes de la santé, dans la mesure où ces derniers veulent répartir les ressources financières limitées à disposition en fonction de certitudes du type mentionné plus haut.

La recherche en psychothérapie peut-elle intervenir ici, elle qui fait disparaître ce qui n'est pas mesurable dans une black box, et qui quantifie inputs et outputs et leurs rapports? Il est intéressant de constater qu'apparemment les impondérables qu'elle avait pensé avoir mis hors circuit réapparaissent. La plupart des études semblent subir le même sort que la méta-analyse de Grawe: on se donne beaucoup de mal pour collecter des informations standardisées et validées et pour en tirer des conclusions; mais ces "certitudes" ne sont acceptées que par ceux auxquels elles plaisent, alors que les autres investissent des sommes considérables d'énergie dans la démonstration de l'inexactitude de ces conclusions. La raison en est que des "constructs" (des objets de pensée "construits") ne peuvent jamais être validés par rapport à la réalité; ils ne le sont qu'en fonction d'autres "objets construits". De plus, toute démarche de standardisation est influencée par des préjugés; et finalement, les chiffres acquis ne peuvent échapper à une interprétation. Grawe (1994) avait à peine "démonstré" le caractère erroné du "verdict de Dodo" que Wampold (1997) mettait le contraire en évidence en se fondant sur des arguments statistiques et que Leichsenring (1996) montrait que le design de nombreuses études parmi celles qu'il avait examinées et leurs interprétations étaient tendancieux. Milrod (1996) passe la littérature en revue et note que les résultats concernant l'application de la thérapie cognitive du comportement à des troubles paniques sont faussés du fait que de nombreux patients avaient fait appel à d'autres types de soutien durant la période de catamnèse. Ou encore, Rùger (1996) rappelle une fois de plus que l'application de procédures statistiques en psychologie implique en règle générale des présupposés invérifiables. Ceci pour ne mentionner que des exemples empruntés au domaine de la méthodologie empirique.

Même la méthode la plus raffinée ne peut éliminer le fait que les données ne sont jamais "innocentes"; elles sont toujours en rapport avec une idéologie et avec l'attribution de valeurs. Il se peut que nous en soyons conscients, mais les instances politiques risquent de ne pas prendre cet

aspect en compte, dans l'espoir qu'il est possible de formuler des critères clairs. Nous devrions éviter tout comportement qui pourrait nourrir ce type d'attentes et de court-circuitage, et rappeler aux intéressés que les questions à résoudre demeurent d'ordre politique et éthique, quelle que soit l'exactitude des mesures. La psychothérapie peut-elle accepter qu'on lui accorde un droit incontestable à exister uniquement en fonction de la manière dont ses effets sont quantifiables ou revendique-t-elle également autre chose – la possibilité, par exemple, de ne pas faire perdre l'habitude de se poser des questions aux êtres qui, parce qu'ils n'y trouvaient pas réponse, sont tombés dans un vide dépressif, et de leur offrir en lieu et place un endroit où ils peuvent mieux exprimer leurs interrogations, même si cette démarche devait prendre plus de temps? Les psychothérapies fondées sur la psychanalyse posent cette revendication et elles ne devraient pas la laisser tomber sous la table autour de laquelle se déroule le débat "utilité". Dans ce sens, même si en recherche de type qualitatif on utilise aussi des "instruments standardisés et validés", il s'agit plutôt de souligner ce qui distingue ce type de recherche.

3. Attribution d'une valeur égale aux études de cas, aux recherches sur le terrain et aux études comparatives contrôlées"

La recherche examinant processus et résultats en se basant sur l'étude de cas individuels présente le désavantage que ses conclusions ne peuvent être généralisées, alors que les études sur le terrain de type naturaliste manquent de standardisation et n'incluent pas de groupes de contrôle et que les études comparatives contrôlées sont insuffisamment valides, car elles impliquent une thérapie standardisée et une population manifestant des symptômes homogènes. Du fait que chaque type d'étude présente des faiblesses spécifiques, la raison empirique impose qu'on attribue une valeur égale aux trois manières de procéder.

Cette thèse se réfère aux limites inhérentes à toute approche méthodologique et défend donc l'application de méthodes variées, au lieu

d'accorder une position privilégiée à l'étude contrôlée considérée comme un "gold standard". De ce point de vue, il serait dommage que cette ouverture renonce à inclure encore d'autres méthodes de recherche telle celle, fondamentale à la psychanalyse, de la mise au jour théorique de la praxis quotidienne. Mais il se peut aussi qu'elle aboutisse à une plus grande étroitesse, si on l'interprète dans le sens que les études incluant des groupes de contrôle constituent une condition insuffisante, mais nécessaire de la crédibilité scientifique de la démarche et que toute procédure, quelles que soient ses caractéristiques, devrait faire ses preuves du point de vue de chacun des trois tests. Concernant cette possibilité, rappelons-nous d'abord clairement tout ce que nous avons dit plus haut. Quelques questions en rapport avec les doutes émis par M. Fähr au sujet de la validité des études contrôlées doivent en outre être formulées, concernant l'importance à attribuer aux trois faiblesses dont il parle.

"Validité" implique que les résultats soient valides. Cette exigence a-t-elle vraiment la même valence que celles qui disent qu'ils doivent être généralisables et standardisés? Est-ce que nous ne savons pas moins si nous ne saisissons pas ce que nous voulons saisir que s'il est seulement douteux que les résultats puissent être généralisables? Dans ce dernier cas, nous disons simplement "attention, nous ne savons pas si les rapports qui ont été découverts s'appliquent également dans le cas particulier!" –; dans le premier cas, par contre, nous ne savons pas s'ils s'appliquent à un cas, quel qu'il soit. Peut-on alors vraiment exiger de la praxis qu'elle se soumette à ce genre de verdict? Une étude qui, se fondant sur une randomisation, attribue un patient donné à un thérapeute donné, dont le travail obéira aux directives fournies par un manuel, n'est pas proche de la réalité de la thérapie psychanalytique. Par contre, une étude du cas d'un patient donné n'a pour "seul manque" que certaines des particularités enregistrées ne seront pas identiques à celles caractérisant un autre cas, un autre patient.

Les études basées sur des groupes de contrôle sont utiles pour démontrer les rapports possibles, mais elles ne permettent justement pas de for-

muler des énoncés concernant leur pertinence effective au niveau du quotidien. C'est au moment où l'on assume à tort qu'elles ont force de preuve que visées et réalité des certitudes recherchées se recouvrent le moins. La vraie source de connaissance ne se situe sans doute ni au niveau d'un type d'étude ni à celui d'un autre; elle coule là où se déroule un débat, là où l'on réfléchit aux résultats très variables produits par toute une série d'études et où on les évalue en fonction des questions que ces dernières ont posées et des questions que l'on se pose soi-même, mais aussi sur la base d'une expérience guidée par une théorie. C'est pourquoi je plaide une fois encore pour que la "preuve de l'utilité" ne soit pas formulée de manière telle qu'elle incite à penser qu'il est facile de satisfaire à cette exigence, à condition que l'on applique les bonnes procédures. Nous devrions plutôt toujours souligner à quel point il est contestable de considérer la psychothérapie comme une procédure permettant – comme le fait un processus technique – de partir de conditions connues, pour mener des opérations connues afin d'obtenir dans des délais connus des résultats connus.¹

4. Le problème de la définition de la santé élaborée par l'OMS

Pour résumer ce qui a été écrit ci-dessus, on pourrait dire que les chercheurs, au lieu de confier leurs évaluations à des instruments méthodologiques, doivent en assumer la responsabilité en y réfléchissant. De même, ni les praticiens ni les non-spécialistes – patients, assureurs et instances politiques – ne peuvent déléguer cette démarche aux scientifiques; et ces derniers ne doivent pas simplement reprendre leurs questions et y répondre de manière à les satisfaire – ne serait-ce que parce qu'il s'agit de choisir entre des réponses de toute évidence contradictoires, c'est en fin

de compte le mandataire qui décide quelle est celle qui lui convient le mieux. Tous les participants doivent déclarer leurs intentions et réfléchir à celles de leurs partenaires.

Pour nous, cela signifie que de la même manière que nous ne pouvons ignorer le fait que notre travail a besoin des visées d'autres groupes, nous ne pouvons pas non plus faire comme si nos réponses n'exprimaient pas aussi nos propres visées. Avant de nous référer à la définition de la santé élaborée par l'OMS (*Un état de bien-être complet aux niveaux somatique, psychique et social, et non une simple absence de maladie et de troubles* – cité selon Schmidt 1978, notre traduction), nous devons vérifier jusqu'à quel point cette formulation correspond à nos propres conceptions. Dès lors que nous offrons nos traitements dans le cadre de la santé publique, nous le faisons forcément en accord avec l'exigence selon laquelle le psychisme fait aussi partie de la santé. Ce qui pourrait en effet constituer une raison importante de se référer à cette définition. Mais qu'en est-il de la notion de "bien-être complet"?

Le débat concernant la signification politique de cette exigence doit être mené ailleurs. Il me semble toutefois utile de mentionner ici que des spécialistes connus de la philosophie politique considèrent que "complet" (dans le sens d'absolu) et totalitarisme vont de pair. La psychothérapie psychanalytique se situe dans un double rapport à ce niveau: d'une part, elle est à peine concevable sans cette aspiration à un bien-être complet. C'est le décalage qui la sépare de cette complétude qui lui sert de moteur – de même c'est ce manque de complétude qui provoque la souffrance du patient. L'analyste doit accepter que ce dernier aspire à éliminer ce manque (de manière analogue à celle dont nous acceptons de répondre à la question de l'utilité soulevée par la LAMal), mais ne doit pas lui promettre que cela est possible car son expérience du processus thérapeutique lui dit que ce dernier vise à autre chose – à trouver une manière de vivre plus consciemment avec le manque de complétude. Si des symptômes disparaissent en cours de route, ce n'est pas parce que les désillusions peuvent être évitées, mais parce qu'elles peuvent s'exprimer autrement.

¹ Parmi les contributions envoyées par écrit en prévision du débat mené au sein du colloque scientifique, ce sont celles de la Société Suisse d'Analyse Dasein et de l'Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin qui adhèrent le plus clairement à cette tendance.

Le fait que l'espoir d'un "bien-être complet" se révèle alors illusoire ne signifie toutefois pas que le droit concomitant au traitement de la souffrance psychique doive être rejeté. Au contraire, mais cela implique que nous ne nous posions pas en gourous ou en "fournisseurs de bien-être" (le cas échéant aux dépens des assurances complémentaires), nous contentant d'offrir une thérapeutique qui réussit souvent – mais pas

toujours – à résoudre les rapports porteurs de troubles qui naissent du conflit entre aspirations et réalité. A ce niveau, une conception "pré-scientifique", "courante" de la santé et de la maladie peut suffire. Elle implique également la possibilité qu'il peut être parfaitement sain de ne pas toujours faire l'expérience d'un bien-être complet, tout en permettant de distinguer relativement clairement santé et maladie. Du point de vue socié-

tal, c'est cette perception qui est déterminante et aucune définition scientifique ne va la rendre superflue.

Bibliographie

voir version allemande de l'article.

Dieter Howald
psychologue, psychothérapeute
Leonhardstraße 37
CH-4051 Basel

Editorial

Viel Wirbel um das Psychotherapeuten-Gesetz



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

bei Redaktionsschluß ist das Psychotherapeuten-Gesetz gerade in dritter Lesung durch den Bundestag gegangen und wird als nächstes dem Deutschen Bundesrat zur Entscheidung vorgelegt werden. Da die hochumstrittene Zuzahlungsregelung von Patienten zu psychotherapeutischen Behandlungen nicht mehr zustimmungspflichtig ist, dürfte die Verabschiedung des Gesetzes in der vorliegenden Form leider nicht mehr viel im Wege stehen.

In den letzten Monaten gab es in nahezu allen Psychotherapie-Verbänden Diskussionen über Änderungswünsche und Vorschläge. Zur Anhörung vor dem Deutschen Bundestag am 24. September 1997 waren verschiedenste Organisationen geladen, u. a. auch der schulen- und berufsübergreifende Deutsche Dachverband (DVP) sowie der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ), deren Stellungnahmen wir hier exemplarisch abdrucken.

Unsere Hauptkritik richtet sich auf den eingeschränkten Geltungsbereich des Gesetzes, der nur den „psychologischen Psychotherapeuten“ und den „Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten“ betrifft. Für alle anderen psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen hat dieses Gesetz keine Geltung. Sie können weiter im Rahmen des sog. Heilpraktiker-Gesetzes psychotherapeutisch tätig sein, jedoch nicht (mehr) mit den Kassen abrechnen. Der Beitrag von Herrn Dr. Hücker stellt ausführlich dar, auf welcher Basis die Erlaubnis

zur Ausübung von Psychotherapie in Deutschland bisher erteilt wird.

Das wichtigste Ziel, die gesetzliche Regelung psychotherapeutischer Tätigkeit und den Schutz des Titels „Psychotherapie“, wird durch die vorliegenden Gesetzentwürfe leider verfehlt. Nichtärztliche und nichtpsychologische PsychotherapeutInnen haben deshalb im November eine Arbeitsgemeinschaft berufsübergreifende Psychotherapie (AGBP) gegründet, mit dem Ziel, den vorliegenden Gesetzentwurf zu ändern (siehe unten).

Auf dem im letzten Heft angekündigten Kongreß der Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände wurde intensiv über die therapeutische Gegenwart in Deutschland diskutiert. Wir dokumentieren das Eingangreferat und einen Kongreßbericht.

Abschließend möchte ich an dieser Stelle Herrn Dr. Peseschkian öffentlich gratulieren. Für seine Studie „Zur Qualitätssicherung positiver Psychotherapie“, über die wir im Psychotherapie Forum Supplement 5/1 (1997) (S 59–S 60) berichtet haben, wurde er ausgezeichnet. Er erhielt den mit DM 40.000,- dotierten Richard-Marten-Preis für die Entwicklung von Software zur Qualitätsverbesserung in der Medizin. Besonders erfreulich finde ich, daß dieser Preis erstmalig an einen Psychotherapeuten als einzigen (!) Preisträger gegangen ist. Ich hoffe, daß dies Kolleginnen und Kollegen ermutigt, seinem Beispiel zu folgen.

Cornelia Krause-Girth

Schulen- und Berufsübergreifender Deutscher Dachverband
für Psychotherapie – DVP

Stellungnahme des DVP

zu den Entwürfen eines Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Drucksachen 13/733, 13-1206, 13-8035, 13-8039

Der DVP begrüßt grundsätzlich das Ziel des Gesetzes, den Beruf des Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie die Fragen der psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzlich zu regeln. Positiv sehen wir die Sicherung einer *hohen Qualifikation* der Behandler im Interesse des *Patientenschutzes*. Wir begrüßen die Anerkennung der Interdisziplinarität und den Bestandschutz für qualifizierte Psychotherapeuten sowie die Offenheit gegenüber der Vielfalt wirksamer Psychotherapieverfahren.

Gegen den vorliegenden Entwurf müssen jedoch schwerwiegend Einwände geltend gemacht werden!

Einwand 1

Die Zuzahlung von Patienten zur Psychotherapie bedeutet eine Diskriminierung einer ohnehin eher diskriminierten Patientengruppe und hat äußerst negative kostensteigernde Effekte für die Krankenversicherungen (durch Chronifizierung und Inanspruchnahme anderer ineffektiver Leistungen zum Beispiel).

Begründung

Die geplante Zuzahlung bei psychotherapeutischen Leistungen *widerspricht dem Grundsatz der Gleichstellung körperlicher und seelischer Leiden* und bedeutet die Priorität somatischer Zugangsweisen auf seelische Probleme (z. B. Medikamentenverordnungen und umfangreiche Diagnostik). *Vernachlässigt* wird, daß Psychotherapie nachweislich organmedizinische Dienstleistungen und Kosten einspart! Die Zuzahlung wird die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen verringern und

dadurch kostensteigernd wirken, insbesondere bei *sozial schwachen Patientengruppen!*

Änderungsvorschlag

Artikel 1, Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, § 28a, wird ersatzlos gestrichen.

Einwand 2

Die Einschränkung der gesetzlichen Regelung auf den Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten ist nicht gerechtfertigt und im europäischen Raum eine vielfach kritisierte Ausnahme.

Begründung

Psychotherapie ist eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin.

Historisch und faktisch ist Psychotherapie eine die traditionellen Fächer übergreifende Disziplin, die ihre Wurzeln und Vertreter ebenso in den Sozial- und Humanwissenschaften wie in Medizin und Psychologie hat. Die Einengung des Zugangs auf Medizin und Psychologie widerspricht der praktischen und wissenschaftlichen Entwicklung in Deutschland und Europa: Faktisch wird die nicht-ärztliche psychotherapeutische Versorgung ambulant wie stationär zwar großenteils durch Psychologen, aber keineswegs ausschließlich durch sie gewährleistet. *Die Qualität psychotherapeutischer Arbeit ist inzwischen seit vielen Jahren nicht vom Eingangsberuf abhängig, sondern von der fachspezifischen Ausbildung.* Diese umfaßt Theorie, Selbsterfahrung, Praxis unter Supervision und Erfahrung in der Psychiatrie. In den Qualitätskontrollen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen wurde *die Qualität der Psychotherapien von nicht-ärztlichen, nichtpsychologi-*

schen Therapeuten gutachterlich bestätigt. In klinischen Einrichtungen ist interdisziplinäres Arbeiten seit langem die Regel.

Europaweit zeichnet sich das Berufsbild des Psychotherapeuten unabhängig vom Eingangsberuf durch die fachspezifische Qualifikation aus. Wird die Approbation zum Psychotherapeuten an das Diplom in Psychologie gebunden, dürfte die angestrebte *wechselseitige Anerkennung beruflicher Befähigungsnachweise in Europa* kaum möglich sein.

Änderungsvorschläge

A: Die Beschränkung des Gesetzes auf psychologische Psychotherapeuten wird aufgehoben.

Im ganzen Text wird der Psychologische Psychotherapeut durch Psychotherapeut ersetzt. In § 5 (2) Abs. 1 wird ergänzt:

„d) ein erfolgreich abgeschlossenes Hochschulstudium der Human- oder Sozialwissenschaften.“

Abs. 2 wird entsprechend verändert:

„b) Pädagogik, Sozialpädagogik oder in einem anderen human- oder sozialwissenschaftlichen Fach.“

B: Die Übergangsvorschriften werden entsprechend geändert. Im Gesetzesentwurf der CDU/CSU und der FDP (Drucksache 13-8035) wird der Art. 1 § 12, Abs. 5 wie folgt gefaßt:

„Für Personen mit einer bestandenen Abschlußprüfung in einem geistes- oder sozialwissenschaftlichen Studiengang an einer Universität oder einer gleichstehenden Hochschule sowie an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule gelten die Absätze 3 und 4 für den Antrag auf Erteilung einer Approbation zur Ausführung des Berufes des Psychologischen Psychotherapeuten sowie des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend.“

DVP c/o VAS
Kurfürstenstraße 18
D-60486 Frankfurt/IM
Tel. 069-779366
Fax 069-7073967
e-mail: 069776419@t-online.de

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Presseerklärung zu den Entwürfen des Psychotherapeutengesetzes

Der Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte setzt sich für eine qualifizierte multiprofessionelle Versorgung und die Gleichstellung seelischer und körperlicher Krankheiten ein.

Er begrüßt das Ziel der Gesetzentwürfe, die rechtlichen Grundlagen für eine eigenverantwortliche psychotherapeutische Tätigkeit zu schaffen und so den „grauen Markt“ im Bereich der Psychotherapie zu beseitigen. Begrüßt wird weiterhin, daß ebenfalls der Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gesetzlich und adäquat geregelt wird.

Der VDÄÄ fordert

- ein eigenes, bedarfsgerechtes Budget für Psychotherapieleistungen.

Über dieses Budget sollten alle an der psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Psychotherapeuten/innen in geeigneter Form, unabhängig von der Kassenärztlichen Vereinigung, bestimmen.

- die konsequente Ablehnung jeglicher Form der Zuzahlung, da dies den Grundsätzen der Gleichstellung seelischer und körperlicher Leiden widerspricht.

Potentielle kurzfristige Einsparungen würden von den medizinischen und sozialen Folgekosten bei weitem übertroffen.

Es ist bekannt, daß 1 DM für Psychotherapie mehr als 3 DM für andere medizinische Leistungen ersetzt. Deshalb fordert der VDÄÄ, das Recht aller Patienten/innen auf qualifizierte Psychotherapie auf der Basis der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Zuzahlung sicherzustellen.

- die Aufhebung der Einschränkung des Gesetzentwurfs auf den Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten.

Europaweit zeichnet sich das Berufsbild des Psychotherapeuten unabhängig vom Eingangsberuf durch die fachspezifische Qualifi-

kation aus. Nicht nur das Medizin- und Psychologiestudium, sondern verschiedene Studiengänge der Human- und Sozialwissenschaften wie z. B. das Studium der Pädagogik, Erziehungswissenschaften und Sozialpädagogik bieten die Voraussetzungen für die weitere fachspezifische Qualifikation als PsychotherapeutIn. Wir halten es im Interesse der Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Versorgung für erforderlich, den Titel „PsychotherapeutIn“ zu schützen.

Deshalb muß der Geltungsbereich nicht eingeschränkt werden auf psychologische und ärztliche Psychotherapeuten/innen, sondern, ähnlich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, erweitert werden auf alle Berufsgruppen mit vergleichbar hoher psychotherapeutischer Qualifikation, die auch jetzt schon in der psychotherapeutischen Versorgung tätig sind.

- die Zulassung weiterer Therapiemethoden (z. B. Familientherapie, Gesprächspsychotherapie) auf der Grundlage von qualitätsgesicherten Effektivitätsstudien.

- Die Ermittlung von Bedarfswerten muß regional, in Abhängigkeit von den vorhandenen medizinischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen und angepaßt an die jeweiligen sozialen Strukturen, erfolgen, um langfristig den Zugang für alle Patienten/innen, die psychotherapeutischer Maßnahmen bedürfen, zu sichern.

- Das Integrationsmodell (Einbeziehung der psychologischen Psychotherapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen) ist als ungeeignet und langfristig schädlich für die psychotherapeutische Versorgung abzulehnen.

Zur Förderung von neuen Versorgungsstrukturen außerhalb des medizinischen Modells und zur Gewährleistung der Gleichberechtigung der psychotherapeutischen Disziplinen bei gleichzeitiger Förderung qualifizierter Psychotherapie ist ein Organisationsmodell außerhalb der Kassenärztlichen Versorgung notwendig.

*Dr. med. Winfried Beck
Vorsitzender des VDAÄ*

*Dr. med. Brigitte Ende
Mitglied des erweiterten Vorstandes
des VDAÄ*

*Dr. med. Cornelia Krause-Girth
Mitglied des VDAÄ*

Rede der Präsidentin der AGPF, Anni Michelmann, zur Eröffnung des Kongresses, 2.-5. 10. 1997, in München

„Was bedeutet die Vergangenheit für die Zukunft?“

Phänomene, Strukturen, Entwürfe, therapeutische Gegenwart

Die Psychotherapie hat sich seit ihren Anfängen differenziert in Theorie und Praxis entwickelt. Der Mensch mit seinen sozialen Einbindungen in die Lebenswelt, in die komplexen Systeme der Gesellschaft war offensichtlich durch zwei oder drei therapeutische Ansätze nicht hinreichend zu verstehen und auch seine vielfältigen Leiden, Krankheiten, Störungen und

Probleme haben offenbar ein reichhaltiges und breites Spektrum an Behandlungsmethoden notwendig gemacht. So hat sich die moderne Psychotherapie in einem Prozeß beständiger Differenzierung entwickelt – oft genug im Streit zwischen Schulengründern oder den Vertretern unterschiedlicher Behandlungsformen. Von Pierre Janet, dem Begründer des

ersten wissenschaftlich fundierten Psychotherapieverfahrens, über Freud, der bei Janet und Charcot lernte, hat die Bewegung der Psychotherapie in ihrer Entwicklung eine beständige Ausfächerung erfahren, sich aber auch in Auf- und Abspaltungen zersplittert. Die Vielfalt der Methoden, die sich auf diese Weise entwickeln konnten, haben eine Fülle nützlichen Wissens über den Menschen, sein Wesen, seine Persönlichkeit, seine Entwicklung, seine Beziehungen, Wissen über die Entstehung von Gesundheit und Krankheit hervorgebracht. Sie haben weiterhin ein reiches Repertoire an Behandlungsmöglichkeiten und therapeutischen Techniken geschaffen, die Patienten zugute kommen. Es haben sich aber auch Einseitigkeiten, zuweilen vielleicht auch Irrtümer eingeschlichen, dadurch, daß sich die Schulen relativ isoliert voneinander entwickelt haben und wenig kommunikative Flächen und gemeinsame Foren oder gar übergreifende Dach- und Fachverbände vorhanden waren. Das änderte sich im deutschsprachigen Bereich ein wenig Anfang der 70er Jahre durch die Gründung gruppenspezifischer und gruppentherapeutischer Arbeitskreise, in denen unterschiedliche Orientierungen repräsentiert waren. Aber hier stand als Klammer die gruppentherapeutische Identität zur Verfügung und es handelt sich nicht in erster Linie um eine Verbindung von therapeutischen Hauptströmungen in der Psychotherapie.

Die Psychotherapie hat eine bald zweihundertjährige Geschichte, in der mehr „Nebeneinander“ oder „Gegeneinander“ als „Miteinander“ vorherrschen. Das muß anders werden. Von den ersten Pionierarbeiten von Christian Reil 1803 bis heute – das ist ein langer Erfahrungsraum, in dem sich das psychotherapeutische Feld immer wieder im „Blick zurück nach vorn“ neu orientieren mußte. Wir durchleben derzeit wieder eine Zeit des Umbruchs, bei dem auf vielen Ebenen neue Fragen gestellt werden, aus denen die Notwendigkeiten erwachsen, neue Wege zu beschreiten:

- Die Psychotherapieforschung eröffnet neue Perspektiven;
- das Gesundheitswesen ist in einer grundsätzlichen Neustrukturierung;

- ein neues Psychotherapiegesetz wird die Landschaft verändern;
- neue Medien schaffen ein neues Bewußtsein;
- die Menschen verändern sich in den sich verändernden Lebenswelten;
- neue Zukunftsräume entstehen.

Und all das erfordert neue Antworten, neue Formen der Kooperation und wahrscheinlich auch neue Orientierungen im psychotherapeutischen Feld, vielleicht eine „andere Psychotherapie“. Psychotherapie ist mit Bewußtseinsprozessen befaßt und unser Kongreß will zur Bewußtseinsbildung beitragen, Perspektiven der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zusammenbringen.

Das Kongreßthema greift die Dimension Zeit nicht nur mit psychotherapeutischer, sondern auch mit politischer und berufspolitischer Blickrichtung auf. Wieviel Erinnerung und Bewältigung von Vergangenheit ist nötig und möglich, wieviel Zukunftsperspektive und Vision, um sich selbst, andere und die Welt in der Gegenwart zu begreifen, Wandel nicht nur zu ertragen, sondern auch aktiv mitzugestalten? Diese Fragen werden unter sehr verschiedenen Perspektiven aufgegriffen und behandelt.

Wir beginnen in den gleich folgenden Vorträgen mit einem Blick in die immer noch schwer zu verkraftende deutsche politische Vergangenheit, die nachfolgende Bewältigungspolitik und deren Einfluß bis in die Gegenwart, ihre sozialpsychologischen und individuellen Konsequenzen in Folge vielschichtiger traumatischer Erfahrungen.

Am Sonntag werden Fragen nach Visionen einer Gesundheitspolitik gestellt, die geistig-seelische Gesundheit als hohes Gut bewertet.

An dieser Stelle wollen wir den Blick zunächst auf unsere eigene Geschichte als AGPF lenken – auf unsere gegenwärtige Situation als Berufsstand, damit wir unsere Zukunft in den Blick nehmen und aktiv gestalten können.

Der erste Versuch für eine schulenübergreifende Initiative entstand hierzulande 1976 in einem fachlichen Diskurs über Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und im Kontext der damals beginnenden Vorbereitungen für ein Psychotherapeutenge-

setz. Das erste Hearing war bekanntlich 1978. 1977 konstituierte sich dann unsere Arbeitsgemeinschaft. Die AGPF wird also in diesem Jahr 20 Jahre alt, denn 1976 hatte Hilarion Petzold führende Vertreter aller großen Psychotherapieschulen eingeladen zu einer Initiative: „Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapieverfahren“. Gekommen waren dann VertreterInnen des Psychodramas, der Gestalttherapie, der Transaktionsanalyse, der Gesprächstherapie, der Familien- und Paartherapie, der Integrativen Bewegungstherapie, der Themenzentrierten Interaktion. Hinzu kamen später Beobachter der DGVT, des Verhaltenstherapeutischen Dachverbandes und der „Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie“ (DGIB). Die Letztgenannten arbeiteten in dieser Funktion nur kurze Zeit mit. Es gab ein Auf und Ab der Meinungen und Interessen, Schwierigkeiten der Kommunikation, Ein- und Austritte, doch konnte 1977 von einer Reihe kooperationsentschiedener Verbände die AIEP, die „Arbeitsgemeinschaft für interaktionale und experientielle Psychotherapieverfahren“, gegründet werden. Sie wurde nach weiteren Diskussionen 1982 umbenannt und neu konstituiert als AGPF, „Arbeitsgemeinschaft psychotherapeutischer Fachverbände“. In der ersten Zeit wurde die Koordination von Hilarion Petzold, Düsseldorf, dann von Michael Cölln, Hamburg, übernommen. Die VertreterInnen und Beobachter der „Richtlinienverfahren“ waren, trotz vielfacher Bemühungen, nicht für eine Mitarbeit zu gewinnen, weil sie ja ihre Absicherungen hatten, und so blieben die systemischen, humanistisch-psychologischen und leibtherapeutischen Verfahren zusammen. Eine lange Zeit der Diskussionen, der Abstimmungen, der Koordination folgte, in der die Einigung auf gemeinsame Ausbildungsstandards und Formen der Kooperation im Zentrum stand. Solche Standards konnten gefunden werden. Die Kooperation wurde möglich und jetzt, hier und heute, haben wir zum ersten Mal einen gemeinsamen, schulenübergreifenden Kongreß, in dem neun Psychotherapieverbände mit ihren Ausbildungsinstituten und Fachgruppen mitwirken. Die AGPF repräsentiert heute 5.000 Therapeutinnen und Therapeuten als

Mitglieder. Eine beachtliche Zahl! In 20 Jahren überwiegend berufspolitischer Arbeit ist es gelungen, daß die AGPF, ursprünglich eine Außenseitergruppe, die von den PolitikerInnen, der Ministerialbürokratie, den großen psychotherapeutischen Machtblöcken, dem Bund Deutscher Psychologen und den Arbeitsgruppen und Gremien der Richtlinienverfahren ausgegrenzt worden war, in allen wichtigen Gesprächs- und Arbeitskreisen vertreten ist und zu allen wesentlichen Hearings und Konsultationen eingeladen wird. Diese jahrelange, mühevoll Lobbyarbeit, mal mit sanfter Taktik, mal sehr kämpferisch, zumeist von einer kleinen Gruppe im Führungskreis unserer Arbeitsgemeinschaft vorangetrieben, brachte doch zumindest eines: Die AGPF hat als Gesprächspartner Akzeptanz gefunden – trotz und gegen vielfältige Widerstände und Bemühungen der Ausgrenzung.

Die wechselvollen Ereignisse auf dem Weg zu einem PsychotherapeutInnengesetz sind hier im Kreise der TagungsteilnehmerInnen hinlänglich bekannt. Sie brauchen nicht nachgezeichnet zu werden. Die sehr restriktive, viele Berufsgruppen ausgrenzende Position einer Politik, die ein PsychotherapeutInnengesetz für „psychologische Psychotherapeuten“ durchzubringen bestrebt war und bestrebt ist, hat bei den Mitgliedern unserer AGPF-Verbände wenig Gegenliebe gefunden, denn sie haben ein breiteres Verständnis, was die Psychotherapie angeht. Für sie steht die persönliche Eignung des Menschen im Vordergrund. Sie vertritt eine Zugangsmöglichkeit zum Berufsfeld der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten für Menschen mit vielfältigen humanwissenschaftlichen Studien als Vorbildung. Denn sie begreift Psychotherapie auch sozialpolitisch und als eine Form der „Kulturarbeit“. Aus dieser gesellschaftspolitischen Haltung ergibt sich eine Zielsetzung, bei der nicht nur Prozesse der individuellen Gesundung im Zentrum stehen, sondern wo Patienten Partner im Bemühen um nicht entfremdete, menschenwürdige Lebensverhältnisse werden.

Die durch Bundesverwaltungsgerichtsentscheid von 1993 möglich gewordene juristische Lösung des „Psy-

chotherapeuten mit eingeschränkter HPG-Erlaubnis“ hat eine wichtige Schneise offengehalten für Kolleginnen und Kollegen, die nicht Ärzte oder Psychologen sind. Bei der Umsetzung dieses Urteils in Landesverordnungen konnten AGPF-VertreterInnen maßgeblich an nicht-restriktiven Formulierungen mitwirken, bei denen unser Ausbildungsstandard eine Qualität und Freiraum gewährleistende Leitlinie war. So arbeiten die Kolleginnen und Kollegen wenigstens nicht mehr am Rande der Illegalität, wenngleich die leistungsrechtliche Seite nach wie vor unbefriedigend ist.

Durch die gravierenden Einschnitte in das Gesundheitswesen, die auch – und in besonderer Weise die Psychotherapie betreffen, ist für viele Kolleginnen und Kollegen eine schwierige Situation eingetreten. Sie zu überwinden wird weiterhin große politische Anstrengungen und einen langen Atem im gesamten Feld der helfenden Berufe verlangen. Der Bundesverwaltungsgerichtsentscheid ermöglicht indirekt auch ein breites Spektrum von Verfahren, die auf diese Weise Patienten erhalten bleiben und nicht den normierenden Reglementierungen der „Richtlinienverfahren“ unterworfen werden, sondern die Chance erhalten, eine „andere Psychotherapie“ zu repräsentieren, in der persönliches Wachstum noch Raum hat und der „Mensch als Ganzes“ in seinem sozialen Kontext im Blick bleibt.

Wie die Regelungen in einem kommenden Psychotherapiegesetz sein werden, welche Verfahren als „wissenschaftlich anerkannt“ gelten, ob eine Definition im Rahmen der eigenen „scientific community“ ausreicht, wie es Entwicklungen zur Regelung der „alternativen Heilverfahren“ andeuten, wie und auf welche Weise wir vielleicht in den Kreis der „wissenschaftlich anerkannten“ Verfahren kommen können, ist noch nicht abzusehen. Es ist noch nicht deutlich, welchen Preis wir für welche Form von „Wissenschaftlichkeit“ bezahlen müssen und ob wir bereit sind, ihn zu entrichten. Klar aber ist: Wir brauchen die Zusammenarbeit in berufspolitischer, wissenschaftlicher und klinisch-fachlicher Hinsicht, um unsere Identität zu wahren und zu bewahren. Wir müssen uns der Öffentlich-

keit deutlich machen, und dieser erste Kongreß der AGPF setzt hier ein wichtiges Zeichen. Wir dürfen aber keineswegs nur nach außen blicken, sondern müssen auch nach innen wirken, die fachliche Diskussion vertiefen und die große Chance nutzen, die wir in unserem gemeinsamen Fundus, aber auch durch unsere Unterschiedlichkeit haben. Die gute Tradition unserer Zusammenarbeit zeigt, daß wir hier auch Chancen haben, in der Zukunft etwas zu bewegen, als eigenständige Orientierung anerkannter Verfahren oder als eine „andere Psychotherapie“, die therapeutische Richtungen repräsentiert, die in der Gefahr stehen, in zu starren, angeblich kostenminimierenden Bestimmungen verlorenzugehen.

Das Rahmenthema unserer Tagung ist nicht nur auf die psychotherapeutische Arbeit zum Wohle Einzelner gerichtet. Wir haben in unseren Vorstellungen und Vorplanungen immer auch die Perspektive von Kollektiven eingenommen, nicht zuletzt auch die von psychotherapeutischen Gemeinschaften und Gruppierungen, die sich entwickeln – die von ihrer Geschichte bestimmt sind, deren Gegenwart massiven Einwirkungen ausgesetzt ist. Die Situation des Psychotherapiegesetzes und die Entwicklungen im öffentlichen Gesundheitswesen zeigen dies nur allzu deutlich. Die therapeutischen Richtungen werden aber auch von dem bestimmt, was für die Zukunft zu erwarten ist, was in Zukunft geschehen wird. Durch die Betonung Historizität oder besser die Temporalität in der Psychotherapie, ihre Bewußtheit für Zeit und Geschichte, wird das „Hier und Jetzt“ einer therapeutischen Begegnung, einer guten therapeutischen Arbeit, eines berufspolitischen Gremiums, einer therapeutischen Fachtagung, wie der heutigen, von einem weiten Horizont umgeben, der sich in die Vergangenheit ausdehnt und in die Zukunft ausstreckt. Damit wird das Hier und Heute, die jeweilige Gegenwart, zum Ort, in dem wir aus dem Verstehen der *Vergangenheit*, der *Geschichte*, *Zukunft* entwerfen. Dies ist ein wirklich kreatives Geschehen, und Kreativität entsteht am Lebendigsten aus engagierter Zusammenarbeit, die den Menschen, seine Lebensbedingungen und sein Lebensglück im Blick behält.

In diesem Sinne wünsche ich uns einen kreativen und inspirierenden Kongreß, der hier und heute einen guten Boden für unsere weitere Zusammenarbeit in der Zukunft bereitet. Wir hoffen auch, einen Beitrag dazu zu leisten, den Umgang mit oft zu schweren Lasten individueller wie kollektiver Vergangenheit besser zu bewältigen als bisher.

Der Kongreß wäre ein Erfolg, wenn er unser Engagement für eine *vielfältige Psychotherapie* und für eine lebendige und kooperative psychotherapeutische Profession voranbringt, für eine Psychotherapie, in der Men-

schen – Therapeuten und Patienten sowie Kolleginnen und Kollegen der unterschiedlichen Richtungen – im Dialog bleiben und gemeinsam für Gesundheit und gesundheitsfördernde Lebensbedingungen in unserer Gesellschaft eintreten. Das ist aktive „Kulturarbeit“ und vielleicht wird das die Aufgabe einer „*anderen Psychotherapie*“ werden.

Anni Michelmann
Geschäftsstelle der AGPF
Richard Wagner Straße 44
D-53115 Bonn
Tel. 0228 638707, Fax 0228 698652

- „Dachverband für Familientherapie und systemisches Arbeiten“ (DFS),
- „Deutsche Gesellschaft für Integrative Bewegungstherapie“ (DGIB),
- „Deutsche Gesellschaft für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung“ (DGIK),
- „Deutsche Gesellschaft für künstlerische Therapieformen und Therapie mit Kreativen Medien“ (DGKT),
- „Deutsche Gesellschaft für Transaktionsanalyse“ (DGTA),
- „Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie“ (DVG).

Auch Psychotherapeuten anderer Orientierungen waren zum Kongreß nach München gekommen. Es wurde ein ausführliches Grußwort von Bundestagspräsidentin Prof. Dr. Rita Süßmuth an die Kongreßteilnehmer verlesen, das die Bedeutung der Psychotherapie für Prozesse der Heilung und Klärung von Identität hervorhebt und damit deutlich macht, daß Psychotherapie keineswegs nur kurative Funktionen in modernen Gesellschaften hat. In ihrer Eröffnungsrede umriß die Präsidentin, Anni Michelmann, die Entwicklung der AGPF vor dem Hintergrund der derzeitigen berufspolitischen Situation. Sie betonte die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen den therapeutischen Schulen und verwies auf die dysfunktionale Eingrenzung des Gesetzesvorhabens auf zwei „Richtlinienverfahren“. Gegen diese Beschränkungen und die Einschnitte in das psychotherapeutische Praxisfeld, die sich aus dem derzeitigen politischen Wandel ergeben, sei eine „*andere Psychotherapie*“ erforderlich, die den Menschen „*als Ganzen*“ nicht aus dem Blick verliert und bei der Patientenbedürfnisse an erster Stelle stehen. Es folgte eine Darstellung der Geschichte der AGPF durch „Zeitzeugen“, moderiert von Prof. Jürgen Hille. Hilarion Petzold (Integrative Therapie) berichtete über seine Motivation, diese Gesellschaft auf den Weg zu bringen: das Bemühen um Qualitätssicherung im psychotherapeutischen Feld, Brücken zwischen den einzelnen Schulen zu schlagen, eine realistische Berufspolitik zur Anerkennung der interaktionalen und experientiellen (humanistischen und systemischen) Therapieverfahren neben der Psychoanalyse und der Ver-

Psychotherapeutische Schulen im Diskurs – Tagungsbericht AGPF

Vom 2. bis 5. Oktober 1997 fand in München der erste Kongreß der „Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände“ (AGPF) statt mit dem Titel „Welche Bedeutung hat die Vergangenheit für die Zukunft?“. Mit diesem Kongreß wird zugleich das 20jährige Bestehen eines Zusammenschlusses psychotherapeutischer Fachverbände gefeiert, der zeigt, daß psychotherapeutische Verfahren unterschiedlichster Richtungen zu einem Diskurs finden können, der von wechselseitigem Interesse, Gemeinsamkeiten in der Sache und dem Bemühen um eine qualitativ hochwertige Psychotherapie bestimmt ist. Am 22. 6. 1976 hatte Hilarion Petzold eine Initiative auf den Weg gebracht, indem er zusammen mit Heike Straub und Siegfried Gröninger acht psychotherapeutische Fachverbände zusammenrief, um eine übergeordnete Vereinigung zu gründen. Folgende Verfahren waren vertreten:

Analytische Gruppendynamik, Bioenergetik, Gestalttherapie, Katathymes Bilderleben, Kommunikationstherapie, Psychodrama, Themenzentrierte Interaktion, Transaktionale Analyse. Später kamen Vertreter der Individualpsychologie, der Gesprächstherapie und Verhaltenstherapie hinzu.

Das Ziel war, die Qualitätssicherung durch Entwicklung übergreifender Standards, berufspolitische Vertre-

tung und gesundheitspolitische Aktivitäten zu koordinieren. Als „Arbeitsgemeinschaft interaktionaler und experientieller Therapieverfahren“ (AIEP) wurde sie 1977 gegründet und 1982 in AGPF umbenannt. In jahrelangen Bemühungen und Diskussionen gelang es dann der „Standard- und Satzungscommission“ der AGPF (Christa Frielingsdorf-Appelt, Michael Krall und Hilarion Petzold) gemeinsame Ausbildungsstandards zu entwickeln, auf die sich alle Mitgliedsverbände verpflichteten. Weiterhin ging es darum, Konzepte und Strategien für eine gemeinsame Berufspolitik vorzubereiten. Der Titel des Kongresses wurde im Hinblick auf therapeutische Fragestellungen, berufspolitische Erfordernisse und unbewältigte deutsche Geschichte ausgewählt mit der Zielsetzung, gemeinsame Geschichte zu reflektieren, um Positionen der Gegenwart zu bestimmen und Perspektiven für die Zukunft zu entwickeln. Gekommen waren 500 Teilnehmer aus den folgenden 9 psychologischen Fachverbänden, die derzeit Mitglied der AGPF sind:

- „Deutsche Arbeitsgemeinschaft für gestalttheoretische Psychotherapie“ (DAGP),
- „Deutscher Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie“ (DAKBT),
- „Deutscher Fachverband für Psychodrama“ (DFP),

haltenstherapie. Die eigene Ausbildung in Psychoanalyse, Psychodrama und Gestalttherapie sowie verhaltenstherapeutische Erfahrungen seien für ihn die Basis für die Wertschätzung unterschiedlicher Therapieansätze gewesen. Michael Krüll (Transaktionsanalyse) berichtete von den Mühen, für so unterschiedliche Verbände und Verfahren gemeinsame klinische Standards, Wissenschaftlichkeitskriterien und Ausbildungsrichtlinien zu erarbeiten. Jörg Hein (Psychodrama) zeigte wichtige Ereignisse in den berufspolitischen Initiativen der AGPF auf. Rudolf Kost (Konzentrierte Bewegungstherapie) stellte die Versuche dar, Brücken zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen zu schlagen.

Anni Michelmann (systemische Therapie, Familientherapie), die derzeitige Präsidentin der AGPF, wurden von Jürgen Hille zu ihrer Motivation und ihren Visionen für die berufspolitische Arbeit interviewt. Schließlich wurden die Mitglieder des Organisationskommittees des Kongresses sowie die Delegierten der einzelnen Verbände in der AGPF vorgestellt. Die Eröffnung des Kongresses endete mit einer Ehrung des Gründers, Hilarion Petzold, durch Überreichung eines Herbstblumenstraußes, so bunt wie die Verfahren, die in der AGPF zusammengeschlossen sind.

Im nachfolgenden Vortragsteil wurde von Prof. Helmut Dubiel ein beeindruckendes Referat zum Thema „Demokratie und Schuld“ gehalten, das in differenzierter Weise die historische und politische Bewertung des Holocaust im Nachkriegsdeutschland, insbesondere anhand einer Analyse der Äußerung von Parlamentariern im Bundestag darstellte. Er verwies auf die Jahrzehnte währende, anscheinend unübersteigbare Schwierigkeit der Nachkriegsdeutschen, sich als verantwortliches Subjekt der im deutschen Namen begangenen Menschheitsverbrechen zu bekennen. Er erinnerte an eine Arbeit von Karl Jaspers zu einem differentiellen Schuldbegriff und zeigte auf, wie Schuld als „Übernahme“ von Verantwortung für Unrecht keineswegs nur eine Sache von Tätern ist, sondern eine grundsätzlich menschliche Reaktion. Erst nach dem Golfkrieg und dem Ende der deutschen Teilung sei das eigentümliche Muster der hetero-

nomen Identifikation als Opfer oder als „siegreiche Verlierer“ offenkundig und zugänglich geworden.

Mit Hegel und Freud skizzierte er den Prozeß der Selbstlähmung eines Subjekts, das seine Schuld nicht anzunehmen vermag, und zog die Parallele zwischen der politischen Souveränitätsbeschränkung der Deutschen durch die Besatzungsmächte und dem moralischen Souveränitätsmangel nicht nur der politischen Eliten. Die moralische Beklommenheit Deutscher im Verhältnis zur eigenen Nationalität und zu jüdischen Menschen ist bis heute nicht aufgelöst. Der Nachdenklichkeit und Betroffenheit auslösende Vortrag wurde nicht diskutiert, sondern anhand von Resonanzen aus dem Publikum durch die Frankfurter „Spiegelbühne“, einer Gruppe von Psychodramatikern, in pantomimisch-dramatischer Aktion dargestellt, um Atmosphären, Empfindungen, Fragestellungen und Erinnerungen plastisch zum Ausdruck zu bringen. Mit Hilfe von Playback-Theatertechniken gelang es so, den anspruchsvollen Vortrag in eindrucksvollen Bildern zu verdichten. Für einige recht schwere Kost, die sie so zu Anfang nicht erwartet hatten. Dies lockerte sich spätestens beim zweiten Einsatz der „Spiegelbühne“ nach dem Folgevortrag.

In einem weiteren Vortrag stellte Willi Butollo die Entwicklung der Situation der Psychotherapie heutzutage dar. Er vertrat die These, daß die begegnungsorientierten Verfahren ausgegrenzt würden, weil sie dem Zeitgeist und den technokratischen Tendenzen dieser Gesellschaft zuwiderlaufen und sie – anders als die Richtlinienverfahren – auf eine ganzheitliche Sicht des Menschen zentriert seien. Er stellte Daten aus einer empirischen Untersuchung vor, die zeigen, daß zahlreiche Psychotherapeuten der Richtlinienverfahren humanistisch-therapeutische Ansätze als Zweit- und Drittausbildung wählen, ein Hinweis auf die behandlungsmethodischen Defizite dieser Verfahren. Ein ansprechendes, von Musiktherapeuten aus den Mitgliedsverbänden gestaltetes Rahmenprogramm beschloß den ersten Kongreßtag.

Die folgenden Tage waren durch eine reiche Vielfalt von Vorträgen, Arbeitsgruppen, Workshops und Podiumsdiskussionen gekennzeichnet. Eine Live-Demonstration familienthe-

rapeutischer Arbeit wurde von Vertretern mehrerer psychotherapeutischer Schulen im Anschluß an die Sitzung diskutiert, eine Veranstaltung, die zeigte, wie fruchtbar ein interdisziplinärer Diskurs über praktische psychotherapeutische Arbeit sein kann. Aus dem reichhaltigen Angebot seien Veranstaltungen zum Thema der Regressionsarbeit, des traumatischen Stresses, der Behandlung von Psychosepatienten und zur Supervision genannt. Durchwegs waren die Teilnehmer von der Qualität der Angebote und von den unterschiedlichen Perspektiven, die durch die einzelnen Richtungen möglich wurden, beeindruckt. Eine besondere Aktion verdient erwähnt zu werden:

Es fand ein Forum statt mit dem Thema „Therapeuten und Patienten als Partner“, in dem eine Patientin, eine Vertreterin der Verbraucherzentrale Hamburg, die sich spezifisch mit der Beratung der Patienten befaßt, und Prof. Petzold als Psychotherapeut Fragen des Dialoges und der gemeinsamen Anliegen von Therapeuten und Patienten – moderiert von Angela Steffan – diskutierten. Die Patientin berichtete über ihren Kampf mit den Krankenkassen, die von ihr gewählte Form der Therapie (die Integrative Therapie/Gestalttherapie) bei einer Therapeutin genehmigt zu bekommen. Die Vertreterin der Verbraucherzentrale demonstrierte anhand eines Beispiels aus ihrer Beratungspraxis die Gefahren, die entstehen, wenn Therapeuten Patienten „vor ihren Karren spannen“, um bei Kassen Kosten der Behandlungen durchzusetzen. Die Diskutierenden waren sich einig: solche Initiativen müssen von Patientenverbänden unternommen werden, nicht von Einzelpersonen. Es wurde die Frage aufgeworfen, warum es keine Verbände von Psychotherapiepatienten gäbe und warum Psychotherapeuten sich nicht vermehrt dafür einsetzten, daß Patienten als gesellschaftliche Gruppe in die Lage versetzt werden, sich für ihre eigenen Interessen einzusetzen.

Ein besonders interessanter Aspekt dieses Kongresses war das Faktum, daß jedes Therapieverfahren einen eigenen Raum zur Verfügung hatte, in dem durch Materialien, Publikationen und durch anwesende Vertreter eine direkte Information über den jeweiligen Ansatz möglich wurde.

Herausragend war hier der Raum der „Deutschen Gesellschaft für Künstlerische Therapieformen und Therapie mit Kreativen Medien“, deren Mitgliedsverbände ein „Museum“ mit kunsttherapeutischen Darstellungen, Bildern und Plastiken gestaltet hatten. In gleicher Weise hatten die Musiktherapeuten dieses Dachverbandes mit der Ausstellung von Instrumenten für die Besucher der Tagung ein interessantes Erfahrungsfeld eröffnet. Die Vielfalt und Kreativität der Verfahren in der AGPF hat zur Lebendigkeit dieses Kongresses beigetragen. Es wurde deutlich, daß es offenbar viele nützliche Wege der Krankenbehandlung und Persönlichkeitsentwicklung gibt und daß die Schulen durch den wechselseitigen Austausch, das Eröffnen von Erfahrungsmöglichkeiten in unterschiedlichen therapeutischen Wegen nur profitieren können.

Die Tagung wurde mit einer Podiumsdiskussion zum Thema „Vom Rotstift zur Utopie – Visionen einer Gesundheitspolitik“ abgerundet. Während der Kongreß mit einem Blick in die Aufgaben, die uns die politische Vergangenheit für Gegenwart und Zukunft stellt, begann, schloß er – nach zwei Tagen Begegnung und Erfahrungsaustausch – ab mit dem Versuch, gesellschaftspolitischen Herausforderungen, die mit der Frage von Gesundheit und Krankheit verbunden sind, zu begegnen. Daher waren neben Vertretern unserer Verfahren – Dipl. Psych. Anni Michelmann (AGPF), Prof. Jürgen Hille (Hochschule Hamburg), Prof. Jürgen Kriz (Uni Osnabrück) – Diskussionsteilnehmer anderer relevanter Fachbereiche bzw. Gruppierungen eingeladen: Ellis Huber (Präsident der Landesärztekammer Berlin) als Vertreter der Ärzteschaft, Sören Schmidt-Bodenstein (Verband der Ersatzkassen) und Paul Lubecki (AOK-Bundesverband) als Vertreter der Krankenkassen sowie als Philosoph Prof. Gernot Böhme (TH Darmstadt).

Es bestand Einigkeit darüber, der Themenstellung zu folgen und über notwendige, mögliche und wünschenswerte Entwicklungen im Gesundheitswesen zu diskutieren, statt sich weiter mit den Beschränkungen des eh fraglichen Psychotherapeutengesetzes zu beschäftigen. Angesichts eines wachsenden Krankheits- und Problempotentials sei es dringend

notwendig, wieder utopischen Überlegungen Raum zu geben, um kreative Lösungen zu finden.

Bereits in den Eingangsstatements wurde der Einfluß des unterschiedlichen beruflichen Hintergrundes auf die jeweilige Perspektive deutlich:

Gernot Böhme brachte aus philosophischer Sicht Krankheit als zum Leben gehörigen Prozeß mit den heutigen Lebensformen in Zusammenhang und hielt Heilung für einen „illusionären Gesichtspunkt“. Aus seiner Sicht muß es in der Psychotherapie eher um Lebensbewältigungshilfen gehen in einer Gesellschaft, in der die Instrumentalisierung des Körpers, streßbelastete Arbeits- und Wohnverhältnisse und zunehmendes Desintegration Kennzeichen eines „normalen“ Alltages sind. Er skizzierte, das Interesse der im Podium von ihm vermißten Patienten im Blick, die Geschichte der staatlichen Regelung des Gesundheitswesens: Mit dem Anliegen, die Bevölkerung von Scharlatanen zu schützen, begünstigten staatliche Regelungen seit Anfang des 19. Jahrhunderts die akademische Medizin, die sich auf somatische Krankheitsbehandlung beschränkte. Dies hatte eine Benachteiligung und zum Teil Minderbewertung anderer Heilverfahren, u.a. auch der Psychotherapie, und nichtärztlicher Heilberufe zur Folge, die bis heute andauert, so daß bis auf Heilpraktiker alle anderen Heilberufe nur in Abhängigkeit von Medizinerinnen arbeiten können. Der Dualismus zwischen Körper und Geist/Psyche werde mit Macht und hierarchischen Strukturen aufrechterhalten.

Der Gesetzgeber schütze am wenigsten die Interessen der Patienten. Sparzwänge würden zu ihren und zu Lasten der mittleren Heilberufe umgesetzt, während der Einfluß der volkswirtschaftlich teuren ärztlichen Behandlung vergleichsweise wenig beschnitten werde. Politisch seien völlig andere Konzepte nötig, um den gesellschaftlichen Herausforderungen zu begegnen. Dies erfordere vor allem, die Bedeutung psychischer Gesundheit für somatische und soziale Zusammenhänge ernst zu nehmen und der nach wie vor bestehenden Diskriminierung psychischer Störungen entgegenzuwirken.

Gernot Böhme schlug vor:

- von Therapeuten zu sprechen, statt von Fachärzten, Psychotherapeu-

ten, Heilpädagogen etc., da die geistig-seelische Gesundheit der Bevölkerung umfassende Zugangs- und Behandlungsmöglichkeiten erfordere. Die mittleren Heilberufe müßten gefördert werden, teure ärztliche Behandlung eher die Ausnahme sein, da es weniger um Reparaturleistungen als um grundlegende Hilfe zur Selbsthilfe gehe.

- Die Kassen sollten sich auf ihre Aufgabe als Solidargemeinschaft besinnen; sie sind nicht „Kostenträger“, das sind wir Bürger selbst, sondern Verwalter von Ressourcen der Bevölkerung, die für Notzeiten gesammelt werden, wenn schwere Krankheiten die Möglichkeiten des Einzelnen überfordern. Heute habe es allerdings den Anschein, als hätten die Krankenkassen viel mehr die Interessen der „Leistungserbringer“, als der Patienten im Blick.
- Nicht zuletzt müßten die Patienten ihr Versorgungsdenken aufgeben. Deshalb sollte der Begriff „Versorgung“ auch bei Politikern, Kassen und Behandlern gestrichen werden; er wirke entmündigend.
- Mehr Eigenverantwortung und Autonomie sei notwendig, um Copingstrategien zur Bewältigung krankmachender Folgen der technischen Zivilisation zu entwickeln. Dazu könne eine sich neu definierende psychosoziale Therapie beitragen, die erstens Hilfe im Umgang mit einer steigenden Zahl chronischer Krankheiten und zweitens Unterstützung bei der Entwicklung integrativer und ganzheitlicher Lebensformen bietet.

Sören Schmidt-Bodenstein reagierte zunächst recht pragmatisch mit der Frage „Wie operationalisiere ich das nun?“. Das Spannungsfeld zwischen Therapie als Reparatur und Lebenshilfe stelle die Kassen vor die Schwierigkeit zu definieren, wo psychische Krankheit anfängt und aufhört, lasse große Bedenken wegen der Finanzierbarkeit aufkommen. Die Kassen hätten Sorgen, womöglich Managementberatung zu bezahlen, während Hunderttausende wirklich Bedürftiger nicht behandelt werden. Die Notwendigkeit zu präventiven Angeboten werde von den Kassen gesehen; die Möglichkeit dazu sei leider gesetzlichen Einschränkungen der jüngsten Zeit zum Opfer gefallen.

Die anfängliche Skepsis, ob die Konfrontation mit gesellschaftlichen Entwicklungen aus philosophischer, soziologischer, zivilisationskritischer Sicht für Kassenmenschen nützlich sei, verlor sich schnell in der lebendigen und überwiegend konstruktiven Auseinandersetzung der folgenden Diskussion.

Die Leistungspflicht der Krankenkassen sei auf die Krankenbehandlung im engeren Sinn verwiesen. Vertragspartner der Krankenkassen seien bisher die Ärzte. Von daher verlaufe die Diskussion auch um das Psychotherapeutengesetz sehr arztlastig. Damit alle diejenigen, die Psychotherapie brauchen, sie auch bekommen, sei es nötig, dem fortschreitenden Speziesentum entgegenzuwirken. Er bedauerte, daß die Einzelleistungsvergütung einen „Hamstereffekt“ provozierte und begünstigte, wo Kooperation und gemeinsame, gleichwohl eigenverantwortliche Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen erforderlich sei. Eine Perspektive biete der Blick zurück auf die Polikliniken der ehemaligen DDR, die bedauerlicherweise nicht aufrechterhalten worden seien. Vergleichbare Modelle würden jetzt wieder eingeführt.

Die Kooperation der Kassen müsse über den ärztlichen Bereich hinausreichen. Mit einer Stärkung der Vertragsfreiheit der Kassen könnten sich diese die Partner suchen, mit denen der Behandlungsbedarf am besten gedeckt werden könne.

Jürgen Hille entwickelte vor allem mit Blick auf Politik und Krankenkassen seine Utopien verschiedener Rangordnung:

- Utopie 1. Ordnung: Die Mindeststandards der Psychiatrie-Enquete von 1976 werden endlich umgesetzt. Es sei ein Skandal, daß bis vor 10 Jahren psychiatrisches Pflegepersonal wesentlich schlechter bezahlt worden sei als KollegInnen in somatischen Abteilungen. Diese Diskriminierung wirke bis heute nach.
- Utopie 2. Ordnung: Die Kassen erfüllen ihren gesetzlichen Auftrag. Das hieße, sie werden endlich den Patienten und ihren Mitgliedern gerecht. Zur Zeit bedienen sie die Ärzte und konservative Interessen.
- Utopie 3. Ordnung: Die mehr als 260 existierenden Krankenkassen

schließen sich zu konzentrierten Verwaltungseinheiten zusammen. Äußerst teure und aufwendige Apparate könnten drastisch reduziert werden. Und statt daß Heerscharen von Juristen sich damit beschäftigen, was wann wer warum zahlen muß oder nicht, würden riesige Mengen Geldes frei, das in die Finanzierung von Gesundheit fließen könne.

Auf den Einwurf von Herrn Lubecki hin, es seien aus den Reihen der Psychologen und Forscher keine konzeptionellen Entwürfe zu erhalten, bietet er seine Hilfe und seine Erfahrungen an. Der zunehmende Rückzug auf Eigeninteressen und -vorteile müsse gestoppt werden. Und statt auf utopische Gesetzgebungen zu warten, könne man heute damit beginnen, die vorhandenen Instrumente und Spielräume zu nutzen, kreativ und mit Courage. Die aber müßten die Kassen mitbringen, wenn sie ihren Mitgliedern nutzen wollen.

Paul Lubecki (AOK) hält nicht viel von Utopien und sieht die Kassen wie die „Leistungserbringer“ eher ohnmächtig an den Fäden der gesellschaftlichen Entwicklung hängen. Der politisch vorgegebene Spielraum sei äußerst begrenzt; und bei kontinuierlich steigenden Kosten und weniger steigenden Einnahmen bleibe nur der Rotstift. Finanzierungsfrage und wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit forderten eher Pragmatismus als Visionen. Er betont die Notwendigkeit zur Vereinheitlichung im Psychotherapiebereich und fordert vor allem von den hier vertretenen Verfahren, sie müßten Qualitätssicherungskriterien genügen und Forschung betreiben.

Anni Michelmann machte deutlich, daß die Vertreter der in der AGPF repräsentierten Verfahren vor Qualitätsprüfung keine Bedenken haben, da sie bereits seit langer Zeit mehr qualitätssichernde Kriterien erfüllen müssen, als beispielsweise die Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie. Die AGPF habe verbindliche Qualitätsstandards entwickelt längst bevor Qualitätssicherung zum Modethema geworden sei.

Mit ihrer Nähe zu gesellschaftlichen Konfliktfeldern, mit der Fähigkeit zur Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Schulen und Berufs-

gruppen, die in den Verbänden selbst vertreten sind, mit ganzheitlichen Ansätzen, die Patienten verschiedener Schichten und Störungsbilder gerecht werden, biete sie optimale Voraussetzungen als Vertragspartner, wie ihre Mitglieder es seit 20 Jahren im Kostenerstattungsverfahren unter Beweis stellen. Die Wahl der Patienten bestätige dies.

Jürgen Kritz betonte die Wichtigkeit, zu Sinnfindungsprozessen zurückzufinden, um diese in Entscheidungen einfließen zu lassen. Mit schweren Krankheiten leben lernen sei ein weitsinnvolleres Ziel als Krankheiten zu bekämpfen oder gar ausrotten zu wollen. Im ersten Fall sind sinnvolle, rationale oft sozialtherapeutische Maßnahmen erforderlich, im zweiten werden chemische, menschliche und technische Heere eingesetzt, werden Apparate und Medikamente zu Waffen, was in der Regel zu einer sinnlosen Verpulverung von Mitteln führt, ohne daß das angestrebte Ziel erreicht werden kann. Denn Krankheit und Tod seien Bestandteil menschlichen Lebens, mit denen man umgehen lernen muß. Es macht Re-Integration schwer oder chronisch Kranker in die Gesellschaft erforderlich, wo ausgrenzende Krankenhausbehandlung Unsummen verschlingt, ohne mitmenschlichen Erfordernissen gerecht zu werden. Jürgen Kntz bringt Beispiele, wo teure medizinische Behandlungen bezahlt werden statt kostengünstiger sozialer Intervention, weil gesetzliche Regelungen und Ressortaufteilungen naheliegende preiswerte Lösungen verhindern.

Im Zusammenhang von Psychotherapie ist seine dringliche Utopie: Das Ende der Verlogenheit, wenn Kostenfragen und Wissenschaftlichkeit als Argumente genutzt werden, die Monopolstellung zweier psychotherapeutischer Verfahren zu zementieren. Ein erster Schritt zu mehr Ehrlichkeit könnte darin liegen, den KollegInnen endlich zu ermöglichen, daß sie das abrechnen, was sie tatsächlich tun und nicht weiter zu verlangen, daß sie Richtlinienverfahren angeben, wenn sie tatsächlich mit anderen, jeweils angemessenen Methoden behandeln. Und dies gilt für Kollegen, die im Kostenerstattungsverfahren arbeiten ebenso wie für die, die in Richtlinienverfahren zugelassen sind.

Er fragt die Kassenvertreter, wann sie die ihnen vorliegenden Daten endlich nutzen wollen, offen zu sagen und Konsequenzen daraus zu ziehen, was jeder weiß: Daß in Klinik und Praxis im wesentlichen mit unseren Verfahren gearbeitet wird. Und so sehr er die Psychoanalyse schätze, kein Forscher in Deutschland – und auch nicht in der Schweiz (Grawe) – würde den Kassen bestätigen, daß die Wirksamkeit der Psychoanalyse wissenschaftlich erwiesen sei.

Ellis Huber betonte in seinen Diskussionsbeiträgen, daß bei dem jährlichen Umsatz der Kassen von 240 Mrd. DM die Ausgaben für Psychotherapie von 2 Mrd. DM unwesentlich seien. Für Arzneimittel mit umstrittener Wirkung würden dagegen widerspruchslos 7 Mrd. DM ausgegeben. Von daher sei es nicht verwunderlich, wenn das Argument, Psychotherapie spare Kosten im medizinischen Bereich, nicht greife.

Auch er prangerte die Privilegiansicherung an, die unter dem Vorwand mangelnder Wissenschaftlichkeit erwiesenermaßen wirkungsvolle psychotherapeutische Verfahren ausgrenzt, während gleichzeitig höchstens 20% der von Ärzten durchgeführten oder eingeleiteten Maßnahmen in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich überprüft sind und gleichwohl von den Kassen finanziert werden. Die Frage sei, ob eine Restauration des heutigen Gesundheitswesens ausreichend sei, oder ob Innovation nötig sei. Restauration heiße für ihn, Dinge zu tun, die ausdrücklich erlaubt sind, Innovation bedeute, Dinge zu tun, die nicht ausdrücklich verboten sind. Er verglich die Krankenkassen mit anderen wirtschaftlichen Großunternehmen wie Mercedes oder VW, die eigene Abteilungen für Grundlagenforschung und zukünftige Entwicklungen haben. Gerade im Bereich des Gesundheitswesens sei es absurd, daß es so etwas nicht gebe. Das Gesundheitssystem könne nach modernen industriellen Erkenntnissen revolutioniert werden, wenn Krankenkassen und Heilberufe im Interesse der psychosozialen Gesundheit der Bevölkerung zusammenarbeiteten. Es sei auch für einen großen Teil der Ärzte untragbar, daß es für einen Arzt finanziell lukrativ sei, was der Bevölkerung und den Kassen schade. Schmarotzendes Konsumieren der Ressourcen der Bevöl-

kerung müsse endlich unterbunden werden.

In der anschließenden lebhaften Diskussion mit Beteiligung des Publikums wurde deutlich, daß viel gegenseitiger Informationsbedarf besteht. Wenn Utopien auf ein gegliedertes Gesundheitssystem treffen, muß dies nicht zwangsläufig zu Abwehr und gegenseitiger Abwertung führen. In der Diskussion auf dem Kongreß haben sich Wissenschaft und Praxis, Phantasie und Realität berührt. Es wurde der Wunsch ausgesprochen, daß daraus weiterführende Kontakte entstehen, die die Begegnung scheinbarer Antagonisten fruchtbar machen. Es kam der deutliche Wille aller Beteiligten zum Ausdruck, sich aufeinander zuzubewegen und diesen Diskurs weiterzuführen. Das mit dem geplanten Psychotherapeutengesetz vorgesehene Integrationsmodell gehe erst einmal in die andere Richtung. Es stärke die Monopolstellung der Ärzteschaft und der damit verbundenen Interessengruppen. Aber auch wenn die Reaktionen des Gesundheitsestablishments und vieler Politiker eher an die „bleierne Zeit“ der Fünfziger Jahre erinnern, wenn der Rotstift zur Zeit gefragt ist als Utopien, war der Blick über den Tellerrand des eigenen Fachbe-

reiches anstoßgebend und es wurde der Hoffnung Ausdruck gegeben, daß hinreichend lebendige Potentiale vorhanden sind. Wenn die Kassen ihre Veränderungspotentiale wahrnehmen, können wir uns als Partner anbieten, damit Selbstverwaltung im Gesundheitssystem nicht weiter zum Selbstbedienungsladen verkommt. Alle Podiumsteilnehmer waren einhellig der Ansicht, daß sich im Gesundheitswesen einiges ändern muß. Insofern kann diese Diskussion als ein Anfang eines fruchtbaren Austausch- und Diskussionsprozesses gesehen werden und der Kongreß als Zeichen, daß Psychotherapieverbände in ihrer Unterschiedlichkeit, ihren Gemeinheiten und ihrer Vielfalt ein hohes innovatives Potential haben, wie auch Rita Süßmuth in ihrem Grußwort hervorgehoben hatte: „Mehr denn je brauchen wir die Originalität der einzelnen Therapieansätze wie die Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren.“

Neben Danksagung und Blumensträußen gab es einen passenden Abschluß der Musiktherapeuten: Sie trommelten.

*Agnes Dudler
Johanna Sieper
Cordula Zimmermann*

F.-J. Hücker

Die Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie

Zusammenfassung. Im Januar 1993 hat das Bundesverwaltungsgericht die Beschränkung der Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz auf die Ausübung der Psychotherapie für allgemein zulässig erklärt und damit seine bisherige Rechtsauffassung geändert mit der Folge, daß sich die Überprüfungspraxis der Gesundheitsämter bundesweit anpaßte. Vor diesem Hintergrund ordnet der Autor zunächst die nichtärztliche Psychotherapie in das Gebiet der Heilkunde ein, erläutert dann das Heilpraktikergesetz und die aus dem Jahre 1992 stammenden Leitlinien für die Überprüfung der Heilpraktikeranwärter sowie die Ent-

wicklung der Rechtslage und deren Einfluß auf die Überprüfung von Psychologen und Nicht-Psychologen, welche die Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie begehren, und formuliert abschließend eine konkretisierte curriculare Empfehlung für die Gestaltung der berufspraktischen psychotherapeutischen Zusatzausbildungen.

Rechtliche Einordnung der nichtärztlichen Psychotherapie

Wer eine öffentlich-rechtliche Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Psychotherapie begehrt, begibt sich

auf das Feld der Heilkunde, das nach dem Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) und ständiger Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte jede berufs- oder gewerbsmäßige Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen umfaßt, ohne zu unterscheiden, ob es sich um rein körperliche Krankheiten und Leiden handelt oder um Krankheiten auch oder ausschließlich seelischer Natur. Da die Psychotherapie sich mit dem Erkennen und der Behandlung psychischer und körperlicher Erkrankungen durch systematische Beeinflussung des Seelenlebens des Patienten befaßt, ist sie damit auch rechtlich als Heilkunde anzuerkennen (vgl. hierzu insbes. BVerwG 10. 2. 83, 3 C 21.82).

Heilkunde in einem allgemeinen Sinne wird immer dann ausgeübt, wenn eine Tätigkeit nach allgemeiner Auffassung ärztliche oder heilkundliche Fachkenntnisse voraussetzt. Die Unterscheidung in ärztliche und heilkundliche Fachkenntnisse folgt der grundgesetzlichen Terminologie, die zwischen „ärztlichen und anderen Heilberufen“ (Art. 74, Ziff. 19 GG) unterscheidet. Während der ärztliche Heilberuf durch die Bundesärztleordnung geregelt wird und unser Thema insoweit nicht berührt, werden die „anderen Heilberufe“, mithin auch die nichtärztliche Psychotherapie, durch das Heilpraktikergesetz erfaßt, und damit ist ihre Ausübung erlaubnispflichtig. Die Erlaubnis zur Ausübung der „anderen Heilberufe“ ist nach der Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz (DVO-HPG) durch die Gesundheitsämter zu erteilen, wenn der Antragsteller bestimmte persönliche Voraussetzungen erfüllt und sich aus einer Überprüfung seiner Kenntnisse und Fähigkeiten ergibt, daß die Ausübung der Heilkunde durch ihn keine „Gefahr für die Volksgesundheit“ darstellt.

Gemäß der ständigen Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte wurde bis 1993 bei der Überprüfung unterschieden zwischen den Antragstellern, die allgemeine Heilkunde ausüben wollten, und denen, die klinische Diplom-Psychologen waren und erklärmaßen nur Psychotherapie ausüben wollten. Die erste Grup-

pe wurde allgemein überprüft, die zweite beschränkt auf die beabsichtigte Tätigkeit. Andere Diplom-Psychologen oder Nicht-Psychologen, die ebenfalls nur Psychotherapie ausüben wollten und Gleichbehandlung mit den klinischen Diplom-Psychologen forderten, wurden abgewiesen, und wenn sie versuchten, ihr Anliegen auf dem Rechtswege durchzusetzen, wurde ihre Klage ebenfalls grundsätzlich negativ beschieden.

Im Januar 1993 hat das Bundesverwaltungsgericht aus Gründen der Rechtsklarheit die Beschränkung der Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz auf die Ausübung der Psychotherapie für allgemein zulässig erklärt und damit seine bisherige Rechtsauffassung geändert mit der Folge, daß sich die Überprüfungspraxis der Gesundheitsämter bundesweit anpassen mußte. Damit ist die berufliche Vorbildung für die Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie nach dem Heilpraktikergesetz wie bereits zuvor bei den Heilpraktikeranwärtern nun auch generalisierend bedeutungslos geworden. Das kann allgemein als bekannt vorausgesetzt werden. Weniger bekannt ist aber das Heilpraktikergesetz selbst, die Gestaltung der Überprüfung bei Heilpraktikern und die Entwicklung der Rechtslage für die Ausübung der nichtärztlichen Psychotherapie. Darum nehme ich die geänderte Rechtsauffassung des Bundesverwaltungsgerichts zum Anlaß, das Heilpraktikergesetz zu erläutern, die 92er-Leitlinien für die Überprüfung der Heilpraktikeranwärter durch die Gesundheitsämter sowie die Entwicklung der Rechtslage und deren Einfluß auf die Überprüfung von Psychologen und Nicht-Psychologen darzustellen, und erlaube mir, vor diesem Hintergrund eine Empfehlung für die curriculare Gestaltung der psychotherapeutischen Zusatzausbildungen auszusprechen.

Heilpraktikergesetz und Durchführungsverordnung

Die rechtliche Grundlage für die Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie bildet das Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) von 17. Februar 1939, das einleitend begründet wurde wie

folgt: „Auf Grund der liberalistischen Grundeinstellung zu allen Fragen des öffentlichen Lebens kam es im Jahre 1896 (sic! Tatsächlich: 21. 6. 1869; F.-J. Hücker) im Zuge der Einführung allgemeiner Gewerbefreiheit in Deutschland auch zur Einführung der allgemeinen Kurierfreiheit. Diese Kurierfreiheit war eine nahezu unbeschränkte, fast jede praktische Betätigung auf dem Gebiet der Heilkunde war für jedermann möglich. Es konnte dabei nicht ausbleiben, daß sich auch fachlich unfähige und charakterlich minderwertige Personen auf diesem Gebiete betätigten und durch unzumutbare Behandlungsmethoden gesundheitlichen Schaden anrichteten. Die hierzu berufenen Stellen haben daher seit der Machtergreifung durch den Nationalsozialismus Mittel und Wege geprüft, um diese Mißstände zu beseitigen und dem deutschen Volke eine einwandfreie gesundheitliche Betreuung sicherzustellen. Durch den Anschluß Österreichs und des Sudetenlandes wurde die gesetzliche Neuregelung dringlich, da für das Großdeutsche Reich einheitliches Recht geschaffen werden mußte. Das vorliegende Gesetz soll daher auf Grund der zur Zeit gegebenen Verhältnisse die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Bestallung endgültig regeln.“ (Begründung zum HPG von 1939, S. 2).

Wir wissen, daß es geradezu charakteristisch für die Nationalsozialisten war, etwas „endgültig zu regeln“, und ohne uns weiter in die Begründung des Gesetzes zu vertiefen sei festgestellt: Die erklärte Stoßrichtung des Gesetzes war es, den „zahlenmäßigen Bestand an Heilpraktikern einzufrieren“, um die seit 1869 existierende „Kurierfreiheit zu beseitigen“ und die „Heilkunde auf den Ärztestand zu beschränken“. Dabei ging und geht es, und das ist für uns heute noch bedeutsam, nicht um jede Art von Heilkunde. Erlaubnispflichtig wurde 1939 im Gegensatz zur bisherigen Rechtslage (Kurierfreiheit) jede „berufs- oder gewerbsmäßige Ausübung der Heilkunde“. Die erteilte Erlaubnis berechtigte und verpflichtete, die Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“ zu führen, die unter Rechtsschutz gestellt wurde. Wer aber in selbstloser Weise, so heißt es in der Begründung, seinen Mitmen-

schen helfe, Krankheiten vorzubeugen oder sie zu heilen, könne und solle daran auch in Zukunft nicht gehindert werden. Da durch das Gesetz der Bestand an Heilpraktikern eingefroren werden sollte und von daher auch keine „Heranbildung eines Nachwuchses“ vorgesehen war, wurde zugleich jede Form von Schulen oder Ausbildungsstätten verboten, was ursächlich mit erklären mag, warum es bis heute für den Heilpraktiker weder eine Ausbildungsordnung noch eine Prüfungsordnung gibt. Für Historiker, die sich mit dieser dunklen Zeit der jüngeren Vergangenheit des deutschen Volkes befassen, wird und sollte es von Interesse sein, sich mit dem Heilpraktikergesetz sowohl kritisch als auch konstruktiv auseinandersetzen und im Zuge der europäischen Entwicklung einen Ländervergleich auf dem Feld der Heilkunde durchzuführen, da es in anderen europäischen Ländern zu meist nichts Vergleichbares gibt.

Das Heilpraktikergesetz ist auch in der an das Rechtssystem der Bundesrepublik Deutschland angepaßten Fassung bis in die heutige Zeit hinein grundsätzlich die Rechtsgrundlage für die Ausübung der nichtärztlichen Heilkunde im Sinne des Gesetzes und wird es auch, das dürfte unstrittig sein, in Zukunft bleiben, da weder die Ärzte noch die Heilpraktiker ein Interesse an der Veränderung oder gar an der Abschaffung dieses Gesetzes haben. Allerdings ist hier die Relativierung „grundsätzlich“ deutlich hervorzuheben, weil dieses vorkonstitutionelle Recht seit 1949 aufgrund seiner nationalsozialistischen Prägung nicht ohne Korrekturen in das Rechtswesen der Bundesrepublik Deutschland eingefügt werden konnte und durch das Zusammenrücken der Nationalstaaten unter dem europäischen Dach weitere Korrekturen erforderlich wurden. Und schließlich wurde und wird bis in die heutige Zeit hinein die Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes im einzelnen oftmals in Frage gestellt, was vom Ergebnis her betrachtet im Zeitablauf ebenfalls zu bedeutsamen Änderungen führte. Das läßt sich unter anderem dadurch veranschaulichen, daß zunächst nur Deutsche den Anspruch auf Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der gewerbmäßigen Heilkunde hatten, dann Deutsche und EG-Bürger und

heute Deutsche und Ausländer. Letzteres ergibt sich aus einem Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Mai 1988 (BGBl. I S. 1587), der § 2 Bst. b der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz vom 19. Februar 1939, der für die Erlaubnis immer noch die deutsche Staatsangehörigkeit voraussetzt, für nichtig erklärte mit der Begründung, daß diese Vorschrift mit Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip unvereinbar sei.

Da die Stoßrichtung des Heilpraktikergesetzes (Beseitigung der Kurierfreiheit) generell im Widerspruch zu Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz (Berufsfreiheit) steht, verkehrte sie sich vor dem Hintergrund der angedeuteten Entwicklung in ihr Gegenteil: Die ständig zunehmende Zahl der niedergelassenen Heilpraktiker und der auf Grundlage des Gesetzes arbeitenden Psychotherapeuten belegt das und ist heute unübersehbar.

Wie sieht das Gesetz aber in seiner aktuell gültigen Fassung aus? In § 1 Heilpraktikergesetz (i.d.F. vom 2. März 1974) wird zunächst der Geltungsbereich des Gesetzes festgelegt:

- (1) Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.
- (2) Ausübung der Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufsmäßig oder gewerbmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.
- (3) Wer die Heilkunde bisher berufsmäßig ausgeübt hat und weiterhin ausüben will, erhält die Erlaubnis nach Maßgabe der Durchführungsbestimmungen; er führt die Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“.

Im Gegensatz zur 1939er-Fassung des Gesetzes bestimmt nun der § 2 I GG: „Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, bisher berufsmäßig nicht ausgeübt hat, kann eine Erlaubnis nach § 1 in Zukunft erhalten.“

Damit ist die Verknüpfung der §§ 1 und 2 verlorengegangen, die ursprünglich Erteilung der Erlaubnis nur für im Beruf stehende Heilprakti-

ker vorsah und damit, wie erwähnt, perspektivisch die Abschaffung der Kurierfreiheit gewährleisten sollte.

Der § 3 des Heilpraktikergesetzes untersagt die Ausübung der Heilkunde im Umherziehen und wiederholt damit lediglich die Rechtsbestimmung § 56a Abs. 1 Nr. 1 der Reichsgewerbeordnung; und § 5 benennt Sanktionen für Personen, die Heilkunde ohne die hierfür erforderliche Erlaubnis ausüben: „Wer, ohne zur Ausübung des ärztlichen Berufes berechtigt zu sein und ohne eine Erlaubnis nach § 1 zu besitzen, die Heilkunde ausübt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“

Ordnungswidrig handelt nach § 5a, wer als Inhaber einer Erlaubnis nach § 1 die Heilkunde im Umherziehen ausübt; dieses kann mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Deutsche Mark geahndet werden. Nach § 6 fällt die Zahnheilkunde nicht unter die Bestimmungen des Heilpraktikergesetzes. Sie ist geregelt durch das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. 3. 52 (BGBl. I S. 221), das die Kurierfreiheit auf dem Gebiet der Zahnheilkunde beseitigte. Und § 7 bestimmt, daß der Reichsminister des Innern die zur Durchführung des Gesetzes erforderlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften erläßt.

Die auf diesem Wege erlassene Erste Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz vom 18. Februar 1939 i.d.F. vom 18. 4. 75 beinhaltet Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um die Erlaubnis zu versagen. Danach wird die Erlaubnis nicht erteilt, wenn der Antragsteller das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, nicht mindestens abgeschlossene Volksschulbildung nachweisen kann und sich aus Tatsachen ergibt, daß ihm die sittliche Zuverlässigkeit fehlt (schwere strafrechtliche oder sittliche Verfehlungen), was durch ein polizeiliches Führungszeugnis nachzuweisen ist. Zuverlässig ist, wer sich gesetzes-treu verhält. Dabei geht es nicht um jeden Gesetzesverstoß; entscheidend ist, ob eine ordentliche Berufsausübung zukünftig gewährleistet ist. Zudem darf ihm infolge eines körperlichen Leidens oder wegen einer Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder einer Sucht die für die Berufsausübung erforderliche Eignung nicht fehlen; das ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Und schließlich bestimmt die Durchführungsverordnung, daß die Erlaubnis nicht erteilt wird, „wenn sich aus einer Überprüfung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers durch das Gesundheitsamt ergibt, daß die Ausübung der Heilkunde durch den Betreffenden eine Gefahr für die Volksgesundheit bedeuten würde“ (§ 2 Bst. i DVO-HPG; eingefügt durch die 2. DVO-HPG vom 23. 7. 41). Diese Überprüfung brachte eine wesentliche Verschärfung des Gesetzes. Denn sind die anderen Voraussetzungen erfüllt, die ursprünglich hinreichend für die Erteilung der Erlaubnis waren, steht und fällt die Erteilung der Erlaubnis mit der Überprüfung durch das Gesundheitsamt, die damit in den Mittelpunkt des Interesses rückt.

Da es für den Heilpraktiker weder eine Ausbildungs- noch eine Prüfungsordnung gibt, mit deren Hilfe die Eignung für einen angestrebten Beruf feststellbar wäre, handelt es sich hier um eine Überprüfung, die feststellen soll, ob der Antragsteller für die angestrebte Tätigkeit ungeeignet ist – nach dem Wortlaut der Durchführungsbestimmung: eine „Gefahr für die Volksgesundheit“ darstellt, was sich eben historisch aus der originären Intention des Gesetzes erklärt. Ist die Überprüfung im Sinne des Gesetzes negativ, muß die beantragte Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde erteilt werden, die natürlich auch zur Ausübung der Psychotherapie berechtigt, weil diese, wie gezeigt, als Heilkunde anerkannt ist, und die uneingeschränkte Erlaubnis zur Ausübung der allgemeinen Heilkunde berechtigt.

Allgemeine Leitlinien für die Überprüfung

Die Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde fällt unter die konkurrierende Gesetzgebung (vgl. Art. 74 Ziff. 19 GG) und ist Sache der Länder, die insoweit allerdings durch das Heilpraktikergesetz und dessen Durchführungsverordnung gebunden sind, welche die formale und inhaltliche Gestaltung der Überprüfung selbst aber völlig offen lassen. Weder das Heilpraktikergesetz noch die Durchführungsverordnung schreiben vor, in welcher Form und in welchem Umfang die Überprüfung

der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers in bezug auf den Schutz der Volksgesundheit durchzuführen ist. Geregelt ist lediglich die Zuständigkeit, das ist die untere Verwaltungsbehörde, die sich mit dem Gesundheitsamt ins Benehmen setzen muß (vgl. § 3 I DVO-HPG). Das bedeutet konkret: Über die Erteilung der Erlaubnis entscheidet grundsätzlich der zuständige Amtsarzt der Gemeinde, in welcher der Antragsteller praktizieren möchte oder, falls das noch nicht feststeht, in der er seinen Wohnsitz hat. Infolgedessen gibt es keine einheitliche Gestaltung der Überprüfung in der Bundesrepublik. Jedes Bundesland regelt die Überprüfung mehr oder weniger selbständig und oftmals ist nicht einmal innerhalb der Bundesländer die Abstimmung der Überprüfung gewährleistet. Doch ähnlich wie in der beruflichen Erstausbildung, in der unübersehbar Bestrebungen erkennbar sind, die Abschlußprüfungen zu vereinheitlichen, sind auch bei der Überprüfung auf dem Feld der Heilkunde Bestrebungen erkennbar, die auf Vereinheitlichung gerichtet sind und die Tendenz der Entwicklung bereits erkennen lassen.

Um eine länderübergreifende Vereinheitlichung zu erreichen, wurden von einem Sachverständigen-gremium der Bund-Länderkommission „Leitlinien für die Überprüfung der Heilpraktikeranwärter gemäß § 2 Abs. 1 Buchst. i der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz“ erarbeitet und im September 1992 vorgelegt, deren Umsetzung durch die Bundesländer zwar noch nicht durchgängig erfolgt ist, aber die Überprüfung in den einzelnen Bundesländern bereits erkennbar formal und inhaltlich beeinflußt. Diese Leitlinien sehen vor:

Die Durchführung der Überprüfung ist auch innerhalb der Bundesländer durch Konzentration auf wenige Gesundheitsämter zu zentralisieren und bundesweit an einheitlichen Maßstäben auszurichten. Die Überprüfung ist keine Leistungskontrolle. Sie soll feststellen, ob der Antragsteller die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt, um durch die angestrebte Tätigkeit weder der Gesundheit einzelner noch der Bevölkerung zu schaden. Von daher sind Vorschriften des Gesundheitsrechts

und Grundlagen der Medizin gemäß ihrer Bedeutung für die Gefahrenabwehr zu überprüfen.

Die Überprüfung soll aus einem schriftlichen Teil mit einem Umfang von 60 bis 80 Fragen bestehen, die der Antragsteller, je nach Umfang, in etwa drei Stunden beantworten soll. Dabei sollen für neun Zehntel der Fragen das Antwort-Wahl-Verfahren angewendet und für das restliche Zehntel frei beantwortbare Fragen gewählt werden. Ist der schriftliche Teil bestanden, erfolgt eine mündliche Überprüfung von mindestens fünfzehn und höchstens fünfundvierzig Minuten, die als Gruppenüberprüfung möglich ist. Im Rahmen der mündlichen Überprüfung soll dem Antragsteller auch eine praktische Aufgabe gestellt werden, die in Anwesenheit der Mitglieder der Überprüfungs-kommission zu erledigen ist. Der Überprüfungs-kommission sollen neben dem Amtsarzt auch ein bis zwei Heilpraktiker angehören.

Die inhaltliche Gestaltung der gesamten Überprüfung beinhaltet folgende Gegenstände:

- Berufs- und Gesetzeskunde einschließlich rechtliche Grenzen der Ausübung der Heilkunde ohne Approbation als Arzt,
- Grenzen und Gefahren diagnostischer und therapeutischer Methoden des Heilpraktikers,
- Grundkenntnisse der Anatomie, pathologischen Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie,
- Grundkenntnisse in der allgemeinen Krankheitslehre, Erkennung und Unterscheidung von Volkskrankheiten, insbesondere der Stoffwechselkrankheiten, der Herz-Kreislauf-Krankheiten, der degenerativen Erkrankungen sowie der übertragbaren Krankheiten,
- Erkennung und Erstversorgung akuter Notfälle und lebensbedrohender Zustände,
- Technik der Anamneseerhebung; Methoden der unmittelbaren Krankenuntersuchung (Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation, Reflexprüfung, Puls- und Blutdruckmessung),
- Praxishygiene, Desinfektion und Sterilisation,
- Injektions- und Punktionstechniken,
- Deutung grundlegender Laborwerte.

Im Zuge der Überprüfung ist nach den Leitlinien insbesondere festzustellen, ob der Antragsteller die Grenzen seiner Befähigung und der Handlungskompetenzen eines Heilpraktikers klar erkennt, sich der Gefahren bei einer Überschreitung dieser Grenzen bewußt ist und bereit, sein Handeln entsprechend einzurichten.

Aufgrund des Ergebnisses der mündlichen Überprüfung entscheidet der Amtsarzt nach Anhören des bzw. der gutachtlich beteiligten Heilpraktiker(s), ob beim Antragsteller Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Ausübung der Heilkunde durch ihn eine Gefahr für die Volksgesundheit bedeuten würde. Die getroffene Entscheidung teilt er mit dem Ergebnis der schriftlichen Überprüfung der für die Erlaubniserteilung zuständigen Behörde mit und unterrichtet den Antragsteller über das Ergebnis der Überprüfung.

Damit stellt sich im Blick auf die Gegenstände der Überprüfung die Frage: Ist es im Sinne des Gesetzes angemessen, daß der Antragsteller mit der allgemeinen Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde zugleich auch die Berechtigung erwirbt, psychotherapeutisch tätig zu werden? Ich halte das vor dem Hintergrund der inhaltlichen Gestaltung der Überprüfung für außerordentlich bedenklich! Weiterhin ist zu fragen: Ist es erforderlich, bei jeder Art heilkundlicher Tätigkeit die gleiche Art von Überprüfung zu absolvieren? Wer das nicht einsehen mag, hat das Rechtsmittel des Widerspruchs und ist auf den Rechtsweg durch die verwaltungsgerichtlichen Instanzen verwiesen, belastet mit dem Prozeßkostenrisiko bei ungewissem Ausgang. Diesen steinigen und langwierigen Weg sind zahlreiche Antragsteller gegangen mit der Folge, daß das Heilpraktikergesetz und seine Durchführungsverordnung im Zeitablauf oftmals modifiziert werden mußte und die heutige Überprüfung der Gesundheitsämter durch die Rechtsprechung entscheidend geprägt ist, wie ich nun an ausgewählten Beispielen aufzeigen werde.

Rechtsprechung zur eingeschränkten Erlaubnis

Wie deutlich geworden ist, war das Heilpraktikergesetz als vorkonstitu-

tionelles Recht nach 1949 zahlreichen Angriffen ausgesetzt, die oftmals höchstrichterlich durch Prüfung der Vereinbarkeit des Gesetzes mit der Verfassung entschieden wurden. Obwohl es sich dabei um Einzelfallentscheidungen handelt, beeinflussen und prägen sie das Handeln der für die Durchführung des Gesetzes zuständigen Behörde. Vom Ergebnis her betrachtet ist also heute auf dem Feld der Heilkunde die Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte bedeutsamer als das Gesetz selbst. Wichtig für unser Thema sind dabei besonders die Bestrebungen, durch die der Umfang der Überprüfung durch die untere Verwaltungsbehörde in Frage gestellt wurde.

Dazu ist etwa der Fall eines im 60. Lebensjahr stehenden Chiropraktikers zu nennen, der auch künftig nur auf diesem Gebiet heilkundlich tätig sein und sich von daher nicht der vollen Überprüfung unterziehen wollte, sondern nur in dem Maße, wie für die von ihm beabsichtigte Tätigkeit erforderlich. Das Bundesverwaltungsgericht entschied mit Urteil vom 25. Juni 1970 (BVerwG 1 C 53.66), in diesem Falle dürfe von ihm kein Nachweis der Kenntnisse und Fähigkeiten verlangt werden, die seine derzeitige und künftige heilkundliche Tätigkeit als Chiropraktiker nicht berühren.

Ähnlich strittig war, ob jemand, der als Psychotherapeut tätig werden möchte, die volle Überprüfung für den Heilpraktiker absolvieren muß. So wurde etwa regelmäßig versucht, Diplom-Psychologen voll zu überprüfen, bis ihnen mit Urteil vom 10. Februar 1983 (BVerwG 3 C 21.82) eingeschränkte Überprüfung für das Gebiet der Psychotherapie zuerkannt wurde.

Was bedeutet das aber nun für Nicht-Psychologen? In dieser Frage haben die Verwaltungsgerichte lange Zeit eine sehr uneinheitliche Rechtsauffassung vertreten, die auch im Blick auf den zu entscheidenden Einzelfall wohlbegründet war. So wurde beispielsweise im Falle einer Apothekerin mit Zusatzausbildung in Transaktionsanalyse die zuständige untere Verwaltungsbehörde verpflichtet, die eingeschränkte Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde für das Gebiet der Psychotherapie zu erteilen (VG Berlin 29. 5. 86, 14 A 153.85). Anders wurde im Falle eines Diplom-Pädago-

gen entschieden, der mit Bescheinigungen über psychotherapeutisch akzentuierte Fortbildungen seine Befähigung zur Ausübung der Psychotherapie als hinreichend erbracht betrachtete. Das wurde abgewiesen, und in der Begründung heißt es: „Die Bescheinigungen von Privatpersonen, deren Befähigung nicht bekannt ist, enthalten jedoch keine hinreichenden Angaben darüber, mit welchem Erfolg der Kläger an den Kursen oder Veranstaltungen teilgenommen hat“ (VG Berlin 18. 9. 86, 14 A 102.86). Dieses Verfahren endete später vor dem Berliner Oberverwaltungsgericht mit einem Vergleich. Ähnlich erging es einer Studienrätin mit Zusatzausbildung nach Adler (Individual-Psychologie), deren Klage auf eingeschränkte Überprüfung negativ beschieden wurde, weil das Lehramtsstudium in keiner Weise mit dem Psychologiestudium vergleichbar sei, das sich seinem Inhalt nach, so die Begründung des Gerichts, mit der menschlichen Psyche und ihren Problemen auseinandersetzt, was auch das Tätigkeitsfeld eines als Heilpraktiker – eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie – zugelassenen Diplom-Psychologen ist. Auch das von der Klägerin durch einen Weiterbildungskurs bei der Gesellschaft für Adlerianische Psychagogik e.V. erworbene Zertifikat lasse keine Gleichstellung mit der Ausbildung eines Diplom-Psychologen zu, der ein mehrjähriges staatlich anerkanntes Universitätsstudium durchlaufen muß. Das von der Klägerin eingereichte Zertifikat enthalte zudem keine Aussage über die Dauer und die Wissenschaftlichkeit der absolvierten Weiterbildung und vermöge auch keine psychotherapeutische Zusatzausbildung zu ersetzen (VG Berlin 28. 6. 92, 14 A 480.91).

Doch wie zuvor bei den Diplom-Psychologen wurde nun durch das Bundesverwaltungsgericht am 21. Januar 1993 (BVerwG 3 C 34.90) grundsätzlich entschieden, bei Antragstellern, die nicht beabsichtigen, allgemeine Heilkunde auszuüben, sondern sich auf die Ausübung der Psychotherapie zu beschränken, könne nur die eingeschränkte Überprüfung für eine inhaltlich beschränkte Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz verlangt werden, die eine Nachprüfung der Kenntnisse in Allgemeinmedizin ver-

biere, da die Berufsfreiheit unverhältnismäßig eingeschränkt werde, wenn von Bewerbern – gleichgültig welcher Vorbildung –, die nur die Ausübung der Psychotherapie erstreben, allgemeine heilkundliche Grundkenntnisse einschließlich der Kenntnisse im Bereich der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Arzneimittellehre verlangt werden. Entscheidend ist aber, daß über den Einzelfall hinaus ausdrücklich festgestellt wird:

„Der Senat nimmt diesen Fall zum Anlaß, aus Gründen der Rechtsklarheit die bisherige Rechtsprechung (...) in diesem Punkte zu ändern und ausdrücklich eine auf das Gebiet der Psychotherapie beschränkte Erlaubnis für zulässig und erforderlich zu erachten.“

Damit ist nun auch für Nicht-Psychologen eine eingeschränkte Überprüfung nach dem Heilpraktikergesetz möglich.

Bemerkenswert ist bei dem 93er-Urteil des BVerwG zudem, daß es wiederholt (vgl. BVerwG 2. 3. 67) und damit unterstreicht, daß § 2 Bst. h der Durchführungsverordnung (Die Erlaubnis ist zu versagen, wenn mit Sicherheit anzunehmen ist, daß der Antragsteller die Heilkunde neben einem anderen Beruf ausüben wird.) mit Art. 12 I 1 Grundgesetz nicht vereinbar ist und von daher die allgemeine Heilkunde und die Psychotherapie auch neben einem anderen Beruf ausgeübt werden kann. Und erwähnenswert ist auch, daß das Gericht es nicht für zumutbar und sinnvoll erachtet, von Personen, die nur Psychotherapie ausüben möchten, zu verlangen, die Berufsbezeichnung Heilpraktiker zu führen. Zwar verlange § 1 III Heilpraktikergesetz die Führung der Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“; diese – vorkonstitutionelle – Vorschrift bedürfe aber der verfassungskonformen Einschränkung, soweit es um ihre Anwendung auf nichtärztliche Psychotherapeuten gehe. In bezug auf diesen Kreis, dem die Ausübung der allgemeinen Heilkunde gar nicht gestattet sei, sei die Bezeichnung „Heilpraktiker“ nicht angemessen, sondern sachwidrig und irreführend. „Mit dem Begriff des Heilpraktikers verbinden sich Vorstellungen, die den erst sehr viel später nach dem Inkrafttreten des Heilpraktikergesetzes aufgekommenen Vorstellungen vom Berufsbild eines

wissenschaftlich ausgebildeten Psychotherapeuten nicht entsprechen. Der Zwang, die Berufsbezeichnung „Heilpraktiker“ zu führen, wäre für diesen Kreis unverhältnismäßig belastend“.

Was heißt das aber konkret und im einzelnen für Antragsteller, die eine Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie beantragen?

Eingeschränkte Überprüfung für Psychotherapie

Der Tenor meiner Ausführungen und die skizzierte Entwicklung der Rechtslage geben bereits Anlaß zu der Vermutung, daß es auch nach dem 93er-Urteil, das Gleichbehandlung verlangt, bei der Überprüfung von Diplom-Psychologen und Nicht-Psychologen Gemeinsames und Unterschiede geben wird. Das Gemeinsame ist, für beide Gruppen ist die eingeschränkte Einzelfallüberprüfung möglich; der Unterschied, daß sich die Überprüfungspraxis entsprechend den unterschiedlichen Voraussetzungen von Diplom-Psychologen und Nicht-Psychologen unterscheidet, wie ich jetzt im einzelnen aufzeigen werde.

a) Diplom-Psychologen

Beantragt ein Diplom-Psychologe die Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie und versichert glaubhaft, sich ausschließlich als Psychotherapeut heilkundlich zu betätigen, erfolgt die Einzelfallüberprüfung nach der „Aktenlage“, das heißt konkret zunächst auf der Grundlage der eingereichten Diplom-Zeugnisse.

Diese eingeschränkte Überprüfung hat sich, solange der Gesetzgeber nicht spezielle Berufszulassungsregelungen für die Berufsgruppe Diplom-Psychologen schafft, auf folgende Kenntnisse und Fähigkeiten zu beschränken:

„Der Antragsteller muß ausreichende Kenntnisse über die Abgrenzung heilkundlicher Tätigkeit, insbesondere im psychotherapeutischen Bereich, gegenüber der den Ärzten und den allgemein als Heilpraktiker tätigen Personen vorbehaltenen heilkundlichen Behandlungen besitzen; er muß ferner ausreichende diagnostische Fähigkeiten in bezug auf das einschlägige Krankheitsbild haben

und die Befähigung besitzen, den Patienten entsprechend der Diagnose psychotherapeutisch zu behandeln. ... Jedoch ist beachtlich, daß bei jedem dieser Antragsteller die Überprüfung seiner Zuverlässigkeit sich auch darauf zu erstrecken hat, ob er die Gewähr dafür bietet, daß er sich auch nach Erteilung der Erlaubnis auf die Heilkunde in der Form der Psychotherapie beschränken und die Abgrenzung der heilkundlichen Tätigkeit im Bereich der Psychotherapie von der ärztlichen Heilkunde beachten wird.“ (BVerwG 10. 2. 83, 3 C 21.82).

Ergibt die Überprüfung, daß die Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis erfüllt sind und daß es sich um einen klinischen Psychologen handelt, der im Studium das für die beabsichtigte Tätigkeit Erforderliche getan hat, obwohl in der Rechtsprechung stets mit erwähnt, wird hier eine qualifizierte psychotherapeutische Zusatzausbildung (noch) nicht verlangt, bekommt er grundsätzlich die Erlaubnis erteilt. Die Zeugnisse ersetzen hier also gleichsam die Überprüfung. Ist das aber nicht der Fall, weil es sich um keinen klinischen Psychologen handelt, wird er mit Nicht-Psychologen gleichgestellt und muß sich der Überprüfung für Nicht-Psychologen unterziehen, um die Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie zu bekommen.

b) Nicht-Psychologen

Beantragt ein Nicht-Psychologe die Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie und versichert glaubhaft, sich ausschließlich als Psychotherapeut heilkundlich zu betätigen, kann die Überprüfung nicht anhand der eingereichten Diplom-Zeugnisse erfolgen. In diesem Falle ist nach einer hier generalisierten Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG 21. 1. 93, 3 C 34.90) bei Anwendung des Verhältnismäßigkeitsgebotes die Überprüfung seiner Kenntnisse und Fähigkeiten folgendermaßen zu beschränken:

Im Hinblick darauf, daß der Antragsteller nur die Ausübung der Psychotherapie erstrebt, muß er zwar, um nicht die Volksgesundheit zu gefährden, ausreichende Kenntnisse über die Abgrenzung heilkundlicher Tätigkeit, insbesondere im psycho-

therapeutischen Bereich, gegenüber den Ärzten und den allgemein als Heilpraktiker tätigen Personen vorbehaltenen heilkundlichen Behandlungen besitzen; er muß ferner auch ausreichende diagnostische Fähigkeiten in bezug auf das einschlägige Krankheitsbild und die Befähigung haben, Patienten entsprechend der Diagnose psychotherapeutisch zu behandeln; es wäre aber eine unverhältnismäßige Einschränkung der Berufsfreiheit, von ihm allgemeine heilkundliche Grundkenntnisse einschließlich der Kenntnisse im Bereich der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Arzneimittelkunde zu verlangen. Der Antragsteller muß danach alles das nachweisen, was auch für das Tätigkeitsfeld eines als Heilpraktiker – eingeschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie – zugelassenen Diplom-Psychologen bedeutsam ist.

Damit sind also die im Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 10. Februar 1983 für Diplom-Psychologen entwickelten Grundsätze auch auf Antragsteller mit einer anderen Vorbildung anzuwenden, die ihre heilkundliche Tätigkeit in vergleichbarer Weise auf die Psychotherapie beschränken wollen. „Vom Erfordernis allgemeiner heilkundlicher Kenntnisse hat der erkennende Senat ... bei Diplom-Psychologen, die Psychotherapie betreiben wollen, abgesehen, weil sie diese Kenntnisse für ihre Praxis nicht brauchen. Nichts anderes gilt für Bewerber anderer Vorbildung mit gleichen Berufsziel. Für diese Gleichbehandlung ist nicht die Vorbildung entscheidend, sondern die Gleichartigkeit der geplanten Betätigung.“ (BVerwG 21. 1. 93, 3 C 34.90).

Auch wenn das Bundesverwaltungsgericht bestimmt hat, daß die für die Sachverhaltsermittlung zuständige Behörde auch bei Nicht-Psychologen zunächst „nach Aktenlage“ die vorgelegten Zeugnisse und sonstigen Nachweise über absolvierte Studiengänge und Zusatzausbildungen prüfen und je nach Ergebnis die Art der weiteren Ermittlungen bestimmen sollte, ist in den letzten Jahren deutlich geworden, daß die Praxis der Überprüfung derart gestaltet wird, daß auch Nicht-Psychologen, die ausdrücklich erklären, nur Psychotherapie ausüben zu wollen, ebenso wie die Heilpraktikeranwärter einer formalisierten Überprüfung unterzogen

werden, allerdings mit anderer inhaltlicher Gestaltung, nämlich in dem durch das Urteil gesetzten Rahmen beschränkt auf das Gebiet der Psychotherapie. So heißt es etwa in einer als Reaktion auf dieses Urteil jedem Bewerber, der um eingeschränkte Überprüfung für die Ausübung der Psychotherapie ersuchte, zugestellten Formblatt des Gesundheitsamtes Schöneberg von Berlin aus dem Jahre 1993, daß sich die eingeschränkte Überprüfung auf die „Kenntnis des gesamten Gebietes der psychotherapeutischen Verfahren, der Psychopathologie, der Psychosomatik sowie der Psychiatrie“ erstrecke. Und das ist bis heute bei der im Land Berlin praktizierten schriftlichen und mündlichen Gestaltung der Überprüfung ähnlich und dürfte auch für andere Bundesländer entsprechend gelten.

Zusammenfassend ist also festzustellen, daß Diplom-Psychologen und Nicht-Psychologen, die Psychotherapie ausüben möchten, die für den Heilpraktiker geltenden Voraussetzungen erfüllen und nachweisen müssen, daß von der durch sie beabsichtigten Tätigkeit keine Gefahr für die Volksgesundheit ausgehen wird. Dieses Erfordernis wird grundsätzlich bei Diplom-Psychologen nach der „Aktenlage“ entschieden, bei Nicht-Psychologen ebenso wie bei Heilpraktikeranwärtern im Rahmen einer schriftlichen und mündlichen Überprüfung festgestellt, die eingeschränkt ist auf das Gebiet der Psychotherapie, also nicht die Überprüfung allgemein medizinischer Kenntnisse und Fähigkeiten beinhaltet. Und sowohl bei Psychologen als auch bei Nicht-Psychologen hat das Gesundheitsamt die Erlaubnis förmlich auf die Ausübung der nichtärztlichen Psychotherapie zu beschränken.

Curriculare Empfehlung für Zusatzausbildungen

Vor dem Hintergrund des beschriebenen Kontextes der Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie und der beobachtbar ständig wachsenden Zunahme der Menschen in der Bundesrepublik, die irgendeiner Art von Psychotherapie bedürfen, erscheint es geboten, im Rahmen der qualifizierten psychotherapeutischen Zusatzausbildung von Ärzten, Diplom-Psychologen und Nicht-Psychologen die

Gegenstände der Überprüfung für die Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie curricular mit den Gegenständen der psychotherapeutischen Zusatzausbildungen zu verknüpfen und im wechselseitigen Interesse nutzbar zu machen. Dabei kann und soll es nicht um abstrakte Vermittlung gehen oder gar um akademisierende wissenschaftlich akzentuierte Gegenüberstellung des einen und des anderen, sondern um das ganz konkrete Nutzen und/oder Problematisieren im Rahmen von Klassifikation und Psychotherapie bezogen auf den Einzelfall.

Was bedeutet es also ganz konkret etwa für Gestalttherapeuten, wenn von einem Psychiater bei einem Klienten nach der ICD (International Classification of Diseases) eine Depression klassifiziert wurde, für NLP- oder Hypno-Therapeuten, wenn eine Manie klassifiziert wurde, für Familientherapeuten satirischer Prägung, wenn Schizophrenie klassifiziert wurde – was (genau) ist dann kontraindiziert, was indiziert; und wie soll der angehende Psychotherapeut mit dem Faktum umgehen, daß es sich zumeist um vorläufige Klassifikationen handelt, die sich im Zeitablauf erhärten können, oftmals aber wieder verworfen werden, usw.

Gerade die humanistischen und noch nicht allgemein anerkannten Konzepte weisen hier meines Erachtens über weite Strecken in der curricularen Gestaltung ihrer Zusatzausbildung zahlreiche blinde Flecken auf und einen großen Nachholbedarf. Soweit dieses zunächst abstrakt angelegte und dann explizit gemachte Erfordernis, die Gegenstände der Überprüfung in die einzelne Zusatzausbildung zu integrieren, noch nicht oder noch nicht hinreichend erfolgt ist, dürfte es unstrittig sein, daß die von mir empfohlene Kurskorrektur in diesem Feld neue Wege für die psychotherapeutischen Zusatzausbildungen eröffnen wird, die das qualitative Wachstum des gesamten Feldes nicht nur versprechen, sondern eben auch nachhaltig garantieren werden.

Quellen und Literaturempfehlung

Grundlagen

Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung

(Heilpraktikergesetz) vom 17. Februar 1939 (RGBl. I S. 251) i.d.F. vom 2. März 1974 (BGBl. I S. 469).

Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 18. Februar 1939 (RGBl. I S. 259) i.d.F. vom 18. April 1975 (BGBl. I S. 967).

Begründung zu dem Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 28. Februar 1939 (Reichs- und Staatsanzeiger Nr. 50, S. 2).

Leitlinien für die Überprüfung von Heilpraktikeranwärtern gemäß § 2 Abs. 1 Buchst. i der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz (Bundesministerium für Gesundheit 315-4334-3/4 vom 2. September 1992).

Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 10. Mai 1988 (BGBl. I S. 1587).

Ausgewählte verwaltungsgerichtliche Entscheidungen

Urteil vom 25. Juni 1970 – BVerwG 1 C 53.66; Urteil vom 10. Februar 1983 – BVerwG 3 C 21.82; Urteil vom 29. Mai 1986 – VG Berlin 14 A 153.85; Urteil vom 18. September 1986 – VG Berlin 14 A 102.86; Beschluß vom 23. April 1987 – BVerwG 3 B 32.86; Vergleich vom 29. September 1988 – BVerwG 3 C 38.86; Urteil vom 6. Dezember 1990 – VG Berlin 14 A 248.89; Gerichtsbescheid vom 26. Juni 1992 – VG Berlin 14 A 480.91; Urteil vom 21. Januar 1993 – BVerwG 3 C 34.90.

Literaturempfehlung für Nicht-Psychologen

Dörner K, Plog U (1994) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Psychiatrie Verlag, Bonn

Hoffmann SO, Hochapfel G (1992) Einführung in die Neurosenlehre und Psychosomatische Medizin. Schattauer, Stuttgart (UTB für Wissenschaft)

Möller H-J (1992) Psychiatrie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart

Richter I (1993) Lehrbuch für Heilpraktiker. Medizinische und juristische Grundlagen. 2. überarb. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München

Scharl H (1993) Gesetzeskunde für Heilpraktiker. Gesetze, Bestimmungen, Verordnungen für Heilpraktiker, 8. Aufl. Müller & Steinicke, München

Tölle R (1991) Psychiatrie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo (Springer-Lehrbuch)



Dr. Franz-Josef Hücker
Nollendorfstraße 10, D-10777 Berlin
Bundesrepublik Deutschland

tisch tätig zu werden. Bereiche wie Suchttherapie, Kinder- und Jugendlichentherapie, psychotherapeutische Arbeit in der Psychiatrie u.a. werden jedoch zur Zeit auch durch andere Berufsgruppen abgedeckt. Wird das PTG so verabschiedet, wie es geplant ist, kommt es in diesen Bereichen zu Engpässen. Bestimmten Patientengruppen wird somit durch das PTG die therapeutisch notwendige Behandlung erheblich erschwert.

2. Das PTG muß den Gegebenheiten des psychotherapeutischen Marktes und der europäischen Situation gerecht werden. Fußend auf der Straßburger Deklaration (1991), in der Fachvertreter aus 26 europäischen Ländern u.a. eine hochqualifizierte berufsgruppenübergreifende eigenständige Psychotherapie fordern, sind im Juni 97 in Rom die europäischen Richtlinien für Psychotherapie verabschiedet worden. Diese Entscheidung für psychotherapeutische Qualitätsstandards (ECP-Richtlinien) wird von 160 Organisationen aus ganz Europa getragen. Ein entsprechender Gesetzesentwurf wird im Frühjahr 98 dem Europaparlament zur Entscheidung vorgelegt, damit der Titel Psychotherapeut europaweit geschützt wird. Die ECP-Richtlinien besagen u.a., daß Psychotherapie eine eigenständige, interdisziplinäre Wissenschaft ist. Die Spezialausbildung in Psychotherapie findet auf hohem qualifiziertem wissenschaftlichem Niveau statt und ist nicht vom Eingangsstudium der Psychologie oder der Medizin abhängig.

Die im PTG geplante Einengung auf die beiden Disziplinen Medizin und Psychologie bedeutet eine elementare Verarmung der Psychotherapie als einer interdisziplinären Wissenschaft. Diese wurzelt in der Kommunikations- und Interaktionsforschung, in Pädagogik, Religionswissenschaft sowie den Sozial- und Kulturwissenschaften ebenso wie in Medizin und Psychologie. Sollte dieses Gesetz in der vorliegenden Form verabschiedet werden, würde die zukünftige wissenschaftliche und praktische Arbeit und Entwicklung der Psychotherapie – entgegen ihrer historisch gewachsenen Tradition – von ihren wesentlichen Grundlagenwissenschaften abgeschnitten. Patienten würden auf naturwissenschaftlich

Das Psychotherapeutengesetz PTG diskriminiert PsychotherapeutInnen und PatientInnen

Am 8. 11. 1997 wurde in Bochum die Arbeitsgemeinschaft berufsgruppenübergreifende Psychotherapie (AGBP) gegründet. Sie ist der Zusammenschluß von 16 psychotherapeutischen Berufsverbänden mit mehr als 25.000 Mitgliedern. Aufgabe und Ziel der AGBP ist die Verankerung anderer psychotherapeutisch tätiger Berufsgruppen im Psychotherapeutengesetz (PTG).

Die AGBP fordert den Gesetzgeber und alle Politiker auf, den vorliegenden Gesetzesentwurf grundlegend zu überarbeiten und von einer 2./3. Lesung Abstand zu nehmen.

Esso fordert die AGBP die Mitwirkung an einem neuen Gesetzesentwurf.

Die Position der AGBP fußt auf folgenden vier Aspekten:

1. Das PTG soll einer patientengerechten Versorgung dienen. Der jetzt vorliegende Entwurf wird dieser Notwendigkeit nicht gerecht, da er lediglich den Diplom-Psychologen die Möglichkeit bietet, psychotherapeu-

gend zu überarbeiten und von einer 2./3. Lesung Abstand zu nehmen.

erfaßbare „Fälle“ reduziert. Der Mensch in der Gesamtheit seiner Persönlichkeit als ein bio-psycho-sozio-kulturelles Wesen bliebe wieder einmal auf der Strecke.

Die berufsrechtlichen Regelungen der psychotherapeutischen *Praxis in Österreich* und der *Schweiz* basieren nicht auf der eingegengten Basis des deutschen PTG, sondern beziehen sich in der Regel auf die ECP-Richtlinien.

3. Da der Wettbewerb am Markt einen großen Einfluß auf die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit von Psychotherapie hat, plädieren wir für eine Qualitätssicherung von psychotherapeutischer Praxis, die sich einer-

seits aus wissenschaftlicher Forschung und Effektivitätskontrolle ergibt, andererseits gerade aus diesem Wettbewerb am Markt (damit ist nicht der „graue Markt“ gemeint).

Die Qualitätssicherung von Psychotherapie wirkt dann durch die Akzeptanz der spezifischen Methoden und Berufsgruppen bei den jeweiligen Patientengruppen.

4. Da die psychotherapeutische Versorgung zur Zeit in nicht unerheblichem Maße durch qualifizierte Vertreter anderer Berufsgruppen, die bislang nicht einmal in den Übergangsregelungen des PTG berücksichtigt waren, getragen wird, for-

dern wir die *Besitzstandswahrung eben dieser Berufsgruppe*.

Motto für die Pressekonferenz

- Gründung der Arbeitsgemeinschaft berufsgruppenübergreifende Psychotherapie AGBP.
- Erster eigenständiger Magisterstudiengang.
- Das PTG will sowieso keiner!
- Hochschulabschluß qualifiziert für Berufsverbot.

AGBP Sprecher:

Ulrich Sollmann

Höfestraße 87, D-44801 Bochum

Tel. 0234/38 38 28, Fax 0234/38 47 04

Veranstaltungs- kalender

17. und 18. Januar 1998, Wien
Theorieseminar: Personenzentrierte Entwicklungspsychologie und Störungsmodelle

Leitung: Dipl. Psych. Dr. Eva Biermann-Ratjen (Hamburg), Dr. Barbara Reisel.
Auskunft: Dr. Barbara Reisel, Leegasse 9/11, A-1140 Wien, Tel. 0043/1/894 85 15

23. Januar 1998, Wien
The Spiritual Responsibility of the Person-centred Therapist

Brian Thorne, University of East Anglia, Norwich, England
Auskunft: Institut für Personenzentrierte Studien der APG Wien Koppstraße 76/5, A-1160 Wien, Tel./Fax 49 51 757
e-mail: apg-ips@usa.net
Internet: www.dom.de/FreiRaum/apg-ips/

23.-25. Januar 1998, Wien
Ambulante Therapie von Eßstörungen

Beginn einer 4teiligen Fortbildungsreihe für Psychotherapeutinnen (4 x 3 Tage) mit Dr. Barbara Krebs und Dr. Verena Vogelbach-Woerner vom Frankfurter Zentrum für Eßstörungen).
Auskunft: THUJA – Verein für frauenspezifische Sozial- und Psychotherapie
Mag. Adelheid Kröss
Tel. 0043/1/40 73 834

5.-6. Februar 1998, Linz
Soziale Empfindsamkeit. (K)Eine wichtige Dimension von Beratung und Therapie?

Fachtagung aus Anlaß des 50jährigen Bestehens des Instituts für Familien- und Jugendberatung der Stadt Linz. Vorträge und Workshops (Dr. Kurt Ludewig, Dr. Heiner Keupp, Dr. Vera Zimprich u. a.).

Auskunft: Institut für Familien- und Jugendberatung, Fr. Gerda Öllinger Anastasius-Grün-Straße 4 A-4020 Linz
Tel. 0043/732/7070/4444, Fax 60 46 19

14. Februar 1998, Wien
4. Österreichischer Psychotherapieball des ÖAGG

Für Ballbesucher aus den Bundesländern haben wir ein Bundesländerservice eingerichtet. Genaue Auskünfte darüber gibt Ihnen Fr. Moraitis unter der Tel.-Nr. (01) 408 21 70 innerhalb der Bürozeiten.

15.-20. Februar 1998, Berlin
Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Thema: Lust und Last
Auskunft: DGVT-Geschäftsstelle Postfach 1343 D-72003 Tübingen
Tel. 0049/70 71/94 34 94

27. und 28. Februar 1998, Wien
6. Österr. Kongreß für Individualpsychologie – Die individualpsychologische Gruppe

(Gruppenpsychotherapie – Gruppenpsychoanalyse)
Auskunft und Anmeldung: Mag. Sabine Freilinger Schlickgasse 4/8 A-1090 Wien
Tel. u. Fax 0043/1/319 89 35

4.-7. März 1998, Freiburg
Psychotherapie im Wechselspiel zwischen Forschung und Praxis

2. Psychotherapiekongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
Auskunft: AKM Congress Service GmbH
Obere Schanzstraße 18 D-79576 Weil am Rhein
Tel. 0049/7621-98330
Fax 0049/7621-78714

**12. März 1998, Bad Ragaz/CH
Alkohol – Die Jugenddroge
Nummer 1?**

5. Sarganserländer Drogentagung

Auskunft: Soziale Dienste
Sarganserland, Bahnhofstrasse 4,
Postfach 19, CH-7320 Sargans
Tel. 0041/81/723 61 11
Fax 0041/81/723 40 53
e-mail: soziale-dienste@spin.ch

20.–22. März 1998, Großrußbach

**2. Theorie-Workshop des IPS
„Das Persönlichste ist das
Allgemeinste“ (Carl Rogers)**

Theorieentwicklung im Person-
zentrierten Ansatz
Auskunft: Institut für Personen-
zentrierte Studien der APG Wien
Koppstraße 76/5, A-1160 Wien
Tel./Fax 495 17 57
e-mail: apg-ips@usa.net, Internet:
www.dom.de/FreiRaum/apg-ips/

27. März 1997, Wien

**Treffen der österreichischen
Gerontopsychotherapeuten/innen**
ÖBVP, Rosenbursenstraße 8/3/7,
A-1010 Wien (18.00–21.00 Uhr)

20.–24. April 1998,

**Palma de Mallorca
Life-Dimensions-Biosynthesis –
Fundamental Principles and
Fields of Application**

1. Internationaler Kongreß für
Biosynthese – Somatische
Psychotherapie
Auskunft: Andreas Wehowsky
Hakenweg 17, D-26349 Jaderberg
Tel./Fax 0049/44 54-82 72

8.–12. Mai 1998, Kiel

Verhaltenstherapie und Sucht

Auskunft und Anmeldung: IFT
Institut für Therapieforchung
Verhaltenstherapiewochen,
Parzivalstraße 25, D-80804 München
Tel. 0043/89/360804-22
Fax 0043/89/360804-29

21.–23. Mai 1998, Linz

**ÖGwG-Symposion 1998
Fortbildungsseminare – Offene
Arbeitsgruppen – Vorträge**

Organisatoren: W. Keil, L. Korbei,
H. Spielhofer
Auskunft: Tel. 0043/732/78 46 30

**21.–31. Mai 1998, Cottbus
Montecatini Terme, Toscana**

Psychotherapiewochen in der
Toscana
Rahmenthema: Gesellschaft im
Umbruch – Herausforderungen für
die Psychotherapie
Auskunft: Dr. R. Kirchner
Brandenburgische Akademie für
Tiefenpsychologie und analytische
Psychotherapie e. V. (BATAP)
Finsterwalder Straße 62
D-03048 Cottbus
Tel. 0049/355-472 828
Fax 0049/355-472 647

**28. Mai–1. Juni 1998, Berlin
Perspektiven der Körperpsycho-
therapie**

**1. Kongreß der Deutschen Gesell-
schaft für Körperpsychotherapie**

Auf dem Programm des Kongresses
stehen Workshops, Vorträge und
Diskussionsrunden. Referenten sind
u. a. Angela von Arnim, Gerda
Boyesen, Thomas Busch, George
Downing, Günter Heisterkamp,
Tilmann Moser, Hilarion Petzold,
John Pierrakos, Albert Pessa, Ulrich
Sollmann, Sabine Trautmann-Voigt,
Andreas Wehowsky, Gisela Worm.
Anmeldeunterlagen und Informatio-
nen: CTW Congress Organisation
Thomas Wiese
Wilhelmshöher Straße 4
D-12161 Berlin
Tel. 0049/30/8594016
Fax 0049/30/8591152

**29. Mai–1. Juni 1998, Berlin
Perspektiven der
Körperpsychotherapie**

1. Kongreß der Deutschen Gesell-
schaft für Körperpsychotherapie
(DGK in der EABP – European
Association for Bodypsychotherapy)
Information:
Kongreßbüro Stephan Roth
Breitscheidstraße 119
D-70176 Stuttgart
Tel./Fax 0049/711-634 762

10.–17. Juni 1998, Großrußbach

**20. La Jolla Programm in
Österreich**

Internationales Personenzentriertes
Encounter-Seminar unter der
Leitung von Douglas A. Land, USA

Auskunft: Institut für Personen-
zentrierte Studien der APG Wien
Koppstraße 76/5, A-1160 Wien
Tel./Fax 49 51 757
e-mail: apg-ips@usa.net
Internet:
www.dom.de/FreiRaum/apg-ips/

**12.–13. Juni 1998, Flensburg
Kreative Kindertherapie als
Ressource-orientierte
Intervention**

Workshop mit
Manfred Vogt-Hillmann
Auskunft: projekt : system Jürgen
Hargens Dipl.-Psychologe,
Norderweg 14, D-24980 Meyn,
Tel. 0043/46 39 75 06

**19.–23. Juni 1998, Dresden
Fett, fasten und VT-Eßstörungen
und ihre Behandlung**

Auskunft und Anmeldung:
IFT – Institut für Therapieforchung
Verhaltenstherapiewochen,
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. 0043/89/360804-22
Fax 0043/89/360804-29

**20.–23. Juni 1998, Washington
International Society of
Psychosomatic Obstetrics and
Gynecology**

“Women in the 21st Century”
Information: Imedex USA, Inc.
70 Technology Drive Alpharetta
GA 30005-3969, USA
Tel. (770) 751 7332
Fax (770) 751 7334
e-mail: meetings@imedex.com

9.–12. Juli 1998, Wien

**1. Wiener Symposium
“Psychoanalyse und Körper”**

Veranstalter: AKP (Arbeitskreis für
analytische körperbezogene Psycho-
therapie) und WPS (Wiener Psycho-
analytisches Seminar)
Zielgruppen: Psychoanalytiker, Kör-
perpsychotherapeuten, Therapeu-
ten, Propädeutikumsteilnehmer, alle
am Thema interessierte Personen.
Organisation und Auskunft:
DDr. Peter Geißler
Kölblgasse 5/8, A-1030 Wien
Tel. 0043/1-7985157, Fax 79851573
e-mail: p.geissler@treangeli.at