



## Forum Österreich

- S 151 Brief des Präsidenten: Optimismus und Pessimismus – zur aktuellen Lage der Psychotherapie
- S 153 Tschuschke versus Grawe
- S 154 Mückstein, E., Patera, R., Wille-Römer, G., Zenta, K.: Psychotherapie: Forschen für die Praxis
- S 156 Schlappack, O., Sonneck, G.: Erste Hilfe in der psychotherapeutischen Praxis
- S 159 Bartuska, H.: Informationen zur Umsatzsteuer 1997
- S 160 Call for papers
- S 160 Seczer, H.: Die Arbeit der Psychotherapeutinnen im Bezirk Bruck/Leitha (NÖ)
- S 161 Bartuska, H.: Einsparungen durch Psychotherapie
- S 164 Farag, I.: Zu den diversen Krankenkassen-Kommissionen
- S 165 3. Österreichischer Psychotherapieball
- S 166 Kremsner, E.-M.: Gedanken zur Körperschaft öffentlichen Rechts
- S 166 Leserbrief
- S 167 Informationsabend zur Psychotherapieausbildung
- S 168 Korbelt, Ch.: Aktuelles zur Psychotherapieausbildung
- S 169 Ethik-Rubrik: Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten



## Forum Schweiz/Suisse

- S 175 In letzter Minute: SPV und FSP arbeiten zusammen
- S 175 Dernières nouvelles: collaboration ASP/FSP
- S 176 Neues von der berufspolitischen Front
- S 176 Nouvelles du front politique
- S 177 Fäh-Barwinski, M.: QM in der Psychotherapie – unentbehrlich für die Praxis der Zukunft
- S 178 Fäh-Barwinski, M.: La GQ en psychothérapie – indispensable à la pratique de l'avenir
- S 179 Europäischer Kongress der Psychotherapieforschung: Die PraktikerInnen fehlen noch!
- S 184 Congrès européen de recherche en psychothérapie: les praticiens sont encore absents!

## Forum Deutschland

- S 189 1. Mitgliederversammlung des DVP
- S 189 Levold, T.: Die Systemische Gesellschaft e.V.
- S 192 Sollmann, U.: Deutscher Verband für Bioenergetische Analyse (DVBA e.V.)
- S 193 Schulte, D.: Deutscher Dachverband für Psychotherapie

## Psychotherapie International

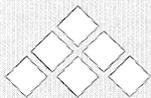
- S 195 VERANSTALTUNGSKALENDER

**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 Dr. Cornelia Krause-Girth, Universitätsklinik, Abteilung Medizinische Psychologie, Haus 56, Theodor-Stern-Kai 7, D-60590 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

## Brief des Präsidenten: Optimismus und Pessimismus – zur aktuellen Lage der Psychotherapie

Immer wieder hört man die Klage von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen über verschiedene ungelöste Probleme in der Entwicklung der Psychotherapie. Beispielsweise wird geklagt über die mangelnde Kassenregelung, über Erschwernisse in der Ausbildung, über zu geringe Einnahmen, über unzureichende Funktionäre, über unzureichende Funktionärsentschädigungen, über mangelnde politische Erfolge etc. Was ist dran an diesen Klagen? Ich versuche, meine Sichtweise zu diesen Punkten darzulegen:

*1. Krankenkassen:* Tatsächlich erleben wir, daß die Krankenkassen immer wieder versuchen, Zuschüsse für Patienten, die es brauchen, nicht zu bewilligen. Dabei greifen sie, wie ich meine, zu oft in den Behandlungsverlauf ein. Faktum ist aber auch, daß die Auseinandersetzung um die inhaltlichen Grundlagen, nach denen die Kassen vorgehen, nicht ausreichend von seiten der Psychotherapeuten geführt wird. Beispielsweise bedürfte es einer aktiveren Rolle der Ausbildungsvereine, um die Wirkungsweise der jeweiligen Methode besser empirisch zu belegen. Dies wäre ja möglich und scheitert auch nicht an den vorliegenden Fakten, sondern an der Bereitschaft, Knochenarbeit zu leisten.

Den vor drei Jahren ausverhandelten Kassenvertrag nicht anzunehmen, war aus meiner Sicht ein großer Fehler, er hätte langfristig hunderte Psychotherapieplätze gesichert. Da war ein Fenster offen, das nun wieder geschlossen ist. Eine Wiedereröffnung ist kurzfristig nicht in Sicht. Möglicherweise bedarf es aber auch einer längeren Entwicklungszeit, um gegenseitig mehr Vertrauen zu entwickeln. Leider kennen wir auch Fälle, in denen die Krankenkasse von Psychotherapeuten nicht korrekt behandelt wurde (z.B. Kassenabrechnung nach Teilnahme an einer Selbst-erfahrungsgruppe auf Ibiza). So sehr die Krankenkassen die Notwendigkeit psychotherapeutischer Behand-

lung außer Frage stellen, so hat sich unter Psychotherapeuten innerhalb weniger Jahre die Meinung verändert, nur wer selbst bezahlt, profitiere von einer psychotherapeutischen Behandlung. Das „soziale“ Gewissen der Psychotherapeuten ist sicherlich ausgeprägter geworden, nun sollte noch das Verständnis für große Institutionen und ihre beschränkten Möglichkeiten stärker geschult werden. Faktum ist aber auch, daß im Vorjahr ca. 146 Millionen Schilling an Zuschüssen für Patienten wegen psychoth. Heilbehandlung ausbezahlt wurden. Dies ist wenig, gemessen am Bedarf, aber doch eine Summe, die auch Psychotherapeuten zugute gekommen ist.

*2. Erschwernisse in der Ausbildung:* Zunächst muß man dem uneingeschränkt zustimmen: Für viele Ausbildungskandidaten ist die Ausbildung eine ziemliche Belastung geworden. Insbesondere gibt es welche, die behaupten, keine Patienten für die notwendigen Behandlungsstunden unter Supervision zu finden.

Aus meiner Sicht dazu zwei Aspekte: Ich halte eine tiefgreifende Ausbildung für unseren Beruf für notwendig, da er auf längere Sicht ziemlich fordernd ist. Nicht jeder Ausbildungskandidat ist in der Lage, diesen Forderungen nachzukommen, unterscheidet sich diese Berufsausbildung doch signifikant von anderen Berufsausbildungen – durch die Selbstbezahlung einerseits und durch das persönliche Gefordertsein in der Persönlichkeitsbildung andererseits. Außerdem müssen wir dahingehend unser Bedenken entwickeln, daß nur eine fundierte Ausbildung auch die notwendige Konkurrenzfähigkeit ermöglicht. Das Nischendasein hat ein Ende, das Psychotherapiegesetz hat aber eine gute allgemeine Berufsbasis geschaffen.

Zum Mangel an Patienten für die Ausbildung: Dies ist mir völlig schleierhaft, wenn man bedenkt, wieviel Elend und Leid es in Österreich gibt, das auf Antwort zum Beispiel durch Psychotherapeuten in Ausbildung an-

gewiesen ist. Leider hat sich bei manchen Kandidaten die Einstellung breit gemacht, bereits als Kandidat ebenso verdienen zu müssen wie ein bereits feiberuflich Tätiger. Ich will nicht die „gute alte Zeit“ beschwören, die so gut nicht war, aber die Bereitschaft, auch kostenlos zu behandeln, war selbstverständlich vorhanden und ist bei vielen in der freien Praxis bei entsprechenden Notfällen noch immer da. Damit will ich nicht ein Ausbildungssystem rechtfertigen, das durchaus renovierungsbedürftig ist, sondern sagen, daß im Kontext der aktuellen Möglichkeiten viele Handlungsräume vorhanden sind, die aber von Ausbildungskandidaten wegen mangelnder Ausstattung nicht bezogen werden.

**3. Zu geringe Einnahmen:** In der Tat gibt es Psychotherapeuten, die heute weniger verdienen als noch vor einigen Jahren. Dies kann mannigfaltige Gründe haben: z. B. Rückzug aus Überweisungsnetzen, passives Abwarten in der Praxis, ob jemand kommt, Unlust an der Arbeit etc. Faktum aber ist, daß sich die Einkommenssituation der meisten Psychotherapeuten verbessert bis erheblich verbessert hat. Allerdings ist nach einem ersten Schub von etwa 30 Prozent Honorarerhöhungen nun im Rahmen der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung eine gewisse Verlangsamung eingetreten. Faktum ist aber, daß die Nachfrage nach Psychotherapie, beispielsweise an der Info-Stelle des WLP abzulesen, ständig steigt. Insbesondere werden Psychotherapeuten in neuen Arbeitsfeldern nachgefragt. Zunehmend rückt der Beruf auch in das Blickfeld des „Normalbürgers“. Und dies innerhalb von wenigen Jahren! Leider sind manche Psychotherapeuten noch nicht ausreichend in ihrer Identität gefestigt, daß sie beispielsweise so werben: „Psychotherapeut, Supervisor, Mediator, Gesundheitspsychologe“ etc. In dieser Reihenfolge und Hierarchielosigkeit der Tätigkeiten ist es für den „Kunden“ schwer, eine Entscheidung zu treffen, nachdem zunächst jedes dieser Worte für ihn ein Fremdwort darstellt. Zugleich untergräbt es die PR-Aktivität des Bundesverbandes, der sich bemüht, „Psychotherapeut“ als verlässliche Trademark für Hilfe bei den verschiedensten emotionalen Krisen,

in der Therapie ebenso wie in der Supervision und der Beratung, zu etablieren. Es zeigt sich eben auch, daß die Identität bei manchen noch nicht ausgeprägt genug ist, daß sie nicht wissen, daß Supervision oder Mediation selbstverständlich Teil der psychotherapeutischen Tätigkeit (geworden) sind. Die Psychotherapeuten sind in Österreich die größte Berufsgruppe, die supervisorische Tätigkeiten anbietet (nach unserer Umfrage: 1100 Psychotherapeuten).

**4. Die Funktionäre:** Mittlerweile hat sich in den Landesverbänden, den Vereinen und auf Bundesebene (Psychotherapiebeirat, ÖBVP) eine Funktionärs„schicht“ herausgebildet, die von vielen Psychotherapeuten kontaktiert wird. Kontakt heißt in diesem Fall häufig Arbeitsaufträge, die oft stundenlange Arbeit in Anspruch nehmen. Nun ist die Aufwandsentschädigung aber aufgrund des niedrigen Mitgliedsbeitrages (300 Schilling im Monat) für die Funktionäre äußerst gering bis Null. Dies geht einige Zeit gut, führt aber im Laufe der Zeit zu einer chronischen Unzufriedenheit, insbesondere bei jenen Funktionären, die über Gebühr arbeiten und dafür oft nur Entschädigungen im Bereich von 100–200 Schilling pro Arbeitsstunde bekommen. Dies ist solange vertretbar, solange sich der Zeitaufwand im Bereich von 200–300 Stunden im Jahr bewegt. Wird der Arbeitsaufwand höher, ist dies auf Dauer nicht mehr tragbar. Um mein Beispiel herzuziehen: Ich arbeitete im Vorjahr für den ÖBVP 1200 Stunden im Jahr, und die Funktionsgebühr betrug 100 Schilling netto! So geht es einer ganzen Reihe von Funktionären, die sich vielleicht sogar genieren, ihren Dienst an den anderen Psychotherapeuten entsprechend abgegolten zu wissen. Der Unmut aber bleibt und drückt sich dann manchmal in kleinlichen Rivalitäten zwischen den Funktionären aus.

**5. Neue Arbeitsfelder:** Nicht nur im Bereich der Supervision werden viele Psychotherapeuten angefragt, auch in anderen Bereichen, wie der Krisenbewältigung im öffentlichen Bereich oder im Flugwesen, Präventionsprojekte im Bereich der Lehrerausbildung, Projekte zur Verhinderung des sexuellen Mißbrauchs, Supervision bei Lehrern etc. All dies zeigt, daß sich

das klassische Berufsfeld der Psychotherapeuten über die Krankenbehandlung hinaus entwickelt.

Ein Beispiel sei kurz beschrieben: Die Merkur-Krankenversicherung, beheimatet in Graz, nahm in ihr Leistungsangebot für ihre Versicherung einen Psychotherapeutentarif auf. Sie refundiert ihren Patienten 360 Schilling pro Sitzung. In konstruktiven Gesprächen hat sich die Merkur-Versicherung bereit erklärt, alle ÖBVP-Psychotherapeuten zu empfehlen. Eine entsprechende Psychotherapeutenliste wird von der Merkur-Versicherung bereits verwendet. Darüber hinaus hat die Merkur-Versicherung in diesem Jahr ein Präventionsprojekt entwickelt. Nun wird dieses Projekt ab 1997 allen Versicherten der Merkur-Versicherung angeboten. In einem ersten Schritt werden 30 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen des ÖBVP an diesem Projekt mitwirken. Allerdings gibt es trotz der ausgezeichneten Zusammenarbeit einen Wermutstropfen. Die Merkur-Versicherung besteht darauf, daß diese ersten 30 Psychotherapeuten einen akademische Titel haben. Diese Nachricht hat einige der Kolleginnen und Kollegen sehr erzürnt, sie meinten, der ÖBVP würde seine integrative Linie verlassen. Dies ist nicht der Fall, es steht der Merkur-Versicherung frei, selbst Kriterien festzulegen, sie mußte auch nicht mit dem ÖBVP zusammenarbeiten. Wir haben dieses Kriterium hingenommen, weil uns das Projekt an sich sehr wichtig ist, weil es das erste systematische Präventionsprojekt (also nicht Krankenbehandlung) ist, das von Psychotherapeuten durchgeführt wird. Wir werden Sie über die weiteren Entwicklungen auf dem laufenden halten.

**Fazit:** Die Entwicklung der Psychotherapie schreitet ungewöhnlich intensiv voran (Beispiel auch Psychotherapie am Lande: viele Psychotherapeuten ziehen in Märkte und kleine Städte aufs Land, vor einigen Jahren noch völlig undenkbar!). Allerdings gibt es Reibungsverluste, die möglicherweise mit noch mangelnder Professionalität im organisatorischen Bereich zur „Gesellschaft“ hin liegen.

*Dr. Alfred Pritz  
Präsident des ÖBVP*

## Tschuschke versus Grawe

Zur Wahrheitsfindung in der empirischen Psychotherapieforschung.  
Ein Interview des Psychotherapie Forum mit Prof. Volker Tschuschke

**Psychotherapie Forum:** Herr Professor Tschuschke, die Berner Metaanalyse von Grawe und Mitarbeiter/innen zur Situation der Psychotherapie hat ja einigen Staub aufgewirbelt in der Psychotherapie-Szene – was ist denn nun dran an Grawes Kritik, nachdem seine Bestandsaufnahme selber teilweise heftiger Kritik von verschiedenen Seiten ausgesetzt ist?

**Tschuschke:** Zunächst muß man Grawe und Mitarbeitern schlicht zugeute halten, daß sie mit ehrenhaften Absichten eine wissenschaftlich begründete Bestandsaufnahme zur Lage der Psychotherapie, namentlich zur Lage der wissenschaftlichen Fundierung unterschiedlicher psychotherapeutischer Methoden und Verfahren, intendiert hatten. Das ist eine längst erforderliche Maßnahme und auch eine ethisch sehr lobenswerte Absicht gewesen und – in weiten Teilen des immerhin 800-Seiten-Werkes auch sehr informativ – teilweise auch gelungen. Die tiefgreifende Kritik setzt eher an den faktisch nicht begründeten Schlußfolgerungen von Grawe et al. an.

**Psychotherapie Forum:** Grawe sieht ja die Verhaltenstherapie mit ihren behavioralen und kognitiven Varianten als eindeutigen „Sieger“ im Wettstreit der bedeutenden Therapieschulen.

**Tschuschke:** Genau da ist der Haken. Eine solche Behauptung ist aufgrund von Grawes eigenen Daten – überprüfbar anhand der von ihm und Mitarbeiter/innen ermittelten sogenannten Güteprofilen und aufgrund der Qualität der Studien bezüglich direkter Wirkungsvergleiche zwischen verschiedenen Behandlungskonzepten – eben überhaupt nicht haltbar und unseriös. Schauen Sie, Grawe selber selektierte *nicht* die Studien aus, die seinen eigenen Güteprofilen für interpretierbare wissenschaftliche, kontrollierte Studien nicht genügten. Über mehr als 280 Seiten im Grawe-et-al.-Buch werden zahllose Güteprofile der 897 ausgewählten Untersuchungen – warum gerade diese 897 aus ca. 3.500 verfügbaren, wird nicht dargelegt – veran-

schaulicht, die eben *nicht*, nach Grawes eigenen Worten, interpretierbar sind, weil sie methodisch zu schlecht seien. Dennoch verbleiben diese Untersuchungen in den Analysen und werden interpretiert, obwohl sie ja gerade nicht interpretierbar seien, wie Grawe und Mitarbeiter/innen sagen. Das ist nicht mehr nachvollziehbar.

**Psychotherapie Forum:** Wie kommt die Berner Metaanalyse dann aber zu dem Schluß, daß die Verhaltenstherapie den anderen Therapien überlegen sei?

**Tschuschke:** Das ist der zweite Teil des Buches – da werden Untersuchungen bis 1991 herangezogen –, der direkte Wirkungsvergleiche zwischen zwei Therapie-Methoden im Untersuchungsdesign beinhaltet, z.B. Personzentrierte Gesprächspsychotherapie versus Verhaltenstherapie, Familientherapie versus Verhaltenstherapie, psychoanalytische Psychotherapie versus Personzentrierte Gesprächstherapie oder Verhaltenstherapie versus psychoanalytische Psychotherapie, um nur einige Beispiele zu nennen. Grawe und Mitarbeiter/innen fanden beim Vergleich Verhaltenstherapie gegen psychoanalytische Psychotherapie 22 Untersuchungen, die im selben Setting beide Therapieformen bei sehr vergleichbarem Klientel einsetzten und in den Wirkungen gegeneinander abwogen.

Die Schlußfolgerungen von Grawe et al. sind erstens methodisch-statistisch angreifbar, das ist zur Genüge schon ausgeführt worden. Was aber viel schwerer wiegt als dieser akademische Streit, das ist die Tatsache – davon kann sich jeder überzeugen, der sich die Originalstudien anschaut –, daß die zugrundeliegenden 22 Untersuchungen überhaupt nicht einen Vergleich zwischen den beiden Verfahren erlauben! Wenn man sich die Qualifikation der Therapeuten in den meisten der 22 Untersuchungen anschaut, wenn man das theoretische Behandlungskonzept – wie es in den Untersuchungen beschrieben ist – nimmt und wenn man die Behandlungs-„Dosis“ (sprich Stundenanzahl)

betrachtet, dann wurde irgend etwas gemacht, aber sicherlich kein psychoanalytisch/psychodynamisches oder kognitiv-behaviorales Behandlungskonzept realisiert. Da tut man der einen wie auch der anderen Seite unrecht. Es kann doch nicht sein, daß unerfahrene, mal eben angelehrte Studententherapeuten oder an einem Nachmittag „geschulte“ psychiatrische Schwestern für mal gerade 12 oder 16 Sitzungen eine Art „dynamischer“ oder „einsichtsorientierter Therapie“ oder sonstwas machen, zumal noch in meistens behavioral ausgerichteten Forschungszentren, was Grawe dann derart medienresonant als „hochsignifikante Überlegenheit“ der Verhaltenstherapie über die Psychoanalyse verkauft.

**Psychotherapie Forum:** Also kann man Grawe, Bernauer, Donati-Werk eigentlich nichts abnehmen?

**Tschuschke:** Das stimmt so nicht. Die über 280 Seiten zusammengetragenen Informationen über die ausgewählten 897 Untersuchungen geben schon einen nie dagewesenen Überblick über Stärken und Schwächen unterschiedlicher *wissenschaftlicher Studien*, nicht über die therapeutische Potenz der zugrundeliegenden therapeutischen Konzepte oder Techniken – das wird meistens nicht auseinandergehalten. Über die *differenzielle Effizienz* von unterschiedlichen Therapieverfahren wissen wir nach wie vor nichts, gar nichts.

Was Grawe eindeutig falsch gemacht hat, ist diese polemische, durch nichts gerechtfertigte „Jetzt-haben-wir’s-Mentalität“. Nichts wissen wir. Wenn die anderen Vergleichsstudien genauso schlecht sind, wie die im Vergleich psychoanalytisch/psychodynamisch versus kognitiv-behavioral – wir haben nur den letztgenannten Vergleich genau überprüft, können also nur hierzu etwas sagen – dann kann man nur vermuten, daß Klaus Grawe nach 13 Jahren Arbeit an der Metaanalyse „der Gaul durchgegangen ist“.

**Psychotherapie Forum:** Was soll ein psychotherapeutischer Praktiker denn jetzt aus dieser kontroversen Diskussion für Schlüsse ziehen? Was kann er annehmen, was nicht? Wie kann er der Psychotherapieforschung denn trauen, wenn die eine Seite dieses und die andere etwas anderes sagt?

**Tschuschke:** Das hat Grawe auch so ähnlich formuliert, als wir ihn wegen seiner falschen Schlüsse kritisierten. Aber wer ist denn hier der Provokateur? Das ging doch von Grawe und Mitarbeitern aus, noch dazu, ohne die dazu benötigten Fakten in der Hand zu haben. So kann Psychotherapieforschung tatsächlich nicht ernstgenommen werden. Das ist im übrigen das Problem. Eine so junge, gerade erst international gewachsene Profession wie die seriöse Psychotherapieforschung kann keine Diskussion um vermeintlich endgültige Wahrheiten vertragen, besonders nicht, wenn sie erst seit ca. 15 Jahren angefangen hat, systematisch die eigentlichen psychotherapeutischen Prozesse zu untersu-

chen, um etwaige systematische Faktoren zu entdecken, die psychotherapeutische Veränderung moderieren und aufrechterhalten.

Im übrigen ist es sehr pikant, daß Grawe der einzige Forscher ist, der so laut in die Öffentlichkeit tönt. Die internationale Forschergemeinschaft sieht das ganz anders. Da ist nach wie vor das Verständnis verbreitet, daß wir noch nicht ausreichend differentielle therapeutische Wirkfaktoren festgestellt haben, die typisch für einzelne Konzepte wären. Solange wir noch nicht ausreichend gegebene psychotherapeutische Behandlungskonzepte und -ansätze auf ihre Wirkfaktoren hin untersucht haben, solange verbietet es sich eigentlich von

selbst, daß wir von endgültigen Wahrheiten sprechen oder gar „neue“ Therapien ausrufen – etwa wie es Grawe über seine „Allgemeine Psychotherapie“ versucht –, die in Wahrheit nur die üblichen allgemeinen, sprich „unspezifischen“ Wirkfaktoren beinhalten, die wohl in allen Psychotherapien zum Tragen kommen. Tatsächlich ein sehr alter Hut.

Zur Person:

*Professor Dr. Volker Tschuschke lehrt Medizinische Psychologie an der Universität Köln und ist seit mehreren Jahren als Psychotherapieforscher sehr aktiv im Bereich der Prozeß-Ergebnis-Forschung tätig.*

E. Mückstein, R. Patera, G. Wille-Römer und K. Zenta

## Psychotherapie: Forschen für die Praxis

Selbst-verständlich für Forscher/innen und Praktiker/innen?

1993 lud das Wissenschaftsministerium Experten/innen ein, um einen Forschungsschwerpunkt „Psychotherapieforschung“ zu initiieren. In vier Arbeitsgruppen (epistemologische und methodologische Grundlagen der Psychotherapie und Psychotherapieforschung; Qualitätssicherung; Psychotherapie in der Medizin; Forschen für die Praxis) wurden Gutachten erarbeitet, welche Schwerpunkte in der Psychotherapieforschung gesetzt werden sollten.

Leider realisierte das Wissenschaftsministerium sein Vorhaben nicht. Anstelle eines Forschungsschwerpunktes wird nur die Einrichtung einer „Koordinationsstelle für Psychotherapieforschung“ finanziert, die im 2–3jährigen Rotationsprinzip an universitären bzw. außeruniversitären Stellen eingerichtet wird.

Die Koordinatoren/innen der oben genannten Experten/innen-Gutachten sind der „Beirat“ dieser Koordinationsstelle. Als ein Mitglied dieses Gremiums ist es mir ein Anliegen, die Sichtweise und Bedürfnisse der Praktiker/innen weiter zu vertreten. Die Arbeitsgruppe „Forschen für die Praxis“ (Mückstein, Patera, Wille-Römer,

Zenta) hat eine zusammenfassende Sicht ihres Standpunktes zur Thematik erarbeitet und den anderen (universitären) Koordinatoren/innen übermittelt. Es ist uns ein Anliegen, daß der Aspekt des „Forschens für die Praxis“ auch weiter ein Eckpfeiler der Forschungsentwicklung in Österreich bleibt. Wir publizieren unsere Zusammenfassung, um Kolleginnen und Kollegen einzuladen, sich an diesem Prozeß zu beteiligen. Bitte melden Sie sich im ÖBVP-Büro, 1010 Wien, Rosenbursenstraße 8/3/7, wenn Sie mitarbeiten möchten.

Mag. Renate Patera  
Vizepräsidentin des ÖBVP

### Ausgangssituation

Kaum ein/e Forscher/in wird sagen, daß seine/ihre Forschungsergebnisse nicht in der Praxis verwertbar sein sollten. Kaum ein/e Praktiker/in wird sagen, daß er/sie nicht ständig neue Forschungserkenntnisse in seine/ihre Arbeit einbeziehen will. Trotzdem gibt es immer noch Probleme, Praxis und Forschung in eine förderliche Verbindung zu bringen. Woher rühren diese Hindernisse? Was kann eine

Forschungsgruppe „Forschen für die Praxis“ zu einer Verbesserung der Situation beitragen?

Es ist uns bewußt, daß Forschen für die Praxis nicht die einzige Motivation sein muß, um wissenschaftlich tätig zu werden. Wir gehen jedoch davon aus, daß jede Form von Forschung letztlich praxisrelevant sein soll. Sowohl von seiten der Psychotherapieforscher/innen als auch von seiten der praktisch tätigen Psychotherapeuten/innen wird aber beklagt, daß Forschungsergebnisse zu wenig Eingang in die psychotherapeutische Praxis finden bzw. mit den Erfahrungen aus der praktischen Tätigkeit oft nicht in Übereinstimmung zu bringen sind. Die Kluft zwischen Forschern/innen und Praktikern/innen ist für beide Teile in unbefriedigender Weise evident, so daß sich die Forschungsgruppe „Forschen für die Praxis“ dieses Thema zum zentralen Anliegen gemacht hat.

Zur nochmaligen Verdeutlichung unserer Vorhaben und Zielsetzungen werden in der Folge schwerpunktmäßig jene Themen angesprochen, die sich auf der Suche nach den Ursachen für „Gräben“ zwischen Forschung und Praxis herauskristallisiert haben:

### Isolationstendenzen der Beteiligten

Forscher/innen und Praktiker/innen stellen sich vielleicht zu selten die Frage, wie es um ihr differenziertes Wissen über die jeweilige Denk- und

Arbeitsweise und um die spezifischen Fragestellungen und Anliegen des Gegenübers bestellt ist. Die Kommunikation von Erfahrungen und Reflexionen, die aus dem eigenen Tätigkeitsbereich resultieren, werden in der Regel wenig mitgeteilt. Die Wirkung der erstaunlichen Distanzen und der mangelnden Kooperation mit der jeweils anderen Seite kumuliert in einem gegenseitigen Abwertungsvorgang, der das Bemühen um Innovation und um einen Verstehens- und Verständigungsprozeß und damit die Verbindung zwischen Forschung und Praxis schwerwiegend behindern kann. Praktiker/innen fühlen sich dann mit ihren Erfahrungen übergegangen, von der empirischen Forschung nicht „berührt“, in ihren Bedürfnissen und Entwicklungsmöglichkeiten nicht angesprochen und in ihrem praktischen Handeln nicht unterstützt. Im Gegenzug dazu sehen Forscher/innen ihre Arbeit nicht in entsprechendem Ausmaß gewürdigt und erleben, daß wissenschaftliche Erkenntnisse unzureichend in die psychotherapeutische Praxis einfließen. Dieser Mangel an gegenseitiger Förderung, wertschätzender Annahme und kooperativer Umsetzung im jeweils eigenen Tätigkeitsbereich vermindert auch die gesellschaftliche Relevanz der Forschung, da in dieser Situation in der Folge auch die psychosoziale Entwicklung der Gesellschaft nicht gefördert wird.

#### *Methodenwahl*

Viele Bereiche der Psychotherapie lassen sich mit naturwissenschaftlichen Methoden nur ungenügend erforschen, da es sich in der Psychotherapie um komplexe, meist nichtlineare Prozesse handelt: Die empirisch naturwissenschaftliche Wissenschaftsauffassung steht z.B. der phänomenologisch-hermeneutischen Zugangsweise noch immer kontradiktorisch gegenüber, anstatt sich zu ergänzen und sich aufeinander zu beziehen. Die Differenzen im Diskurs über Wissenschaftstheorien können durchaus auch als Spiegel für die Gegensätze zwischen Forscher/innen und Praktiker/innen aufgefaßt werden, da sich die jeweilige Gruppe vermutlich beide zu einseitig – durch eine spezifische Wissenschaftsauffassung in ihrer Denk- und Arbeitsweise repräsentiert sieht.

#### *Karrierebedingungen für Forscher/innen*

Forschen dient auch dem Reüssieren im Wissenschaftsbetrieb. Die Strukturen des Wissenschaftsbetriebes und der Machtanspruch der „wissenschaftlichen Gemeinschaft“ bedingen häufig spezifische methodische Vorgehensweisen nach bestimmten, vom System vorgegebenen und das System erhaltenden Regeln. Die Qualität wissenschaftlicher Arbeit wird manchmal mehr danach beurteilt, ob sie diesen Regeln entspricht, als danach, ob sie dem untersuchten Gegenstand gerecht wird und Praxisrelevanz aufweist. Praktiker/innen reagieren darauf wohl zu Recht mit Kritik und Skepsis.

#### *Zugangs- und Verstehensbarrieren für Praktiker/innen*

Wenn wissenschaftliche Tätigkeit besonders unter dem Aspekt des Praxisbezuges betrachtet werden soll, dann kann nicht außer acht gelassen werden, daß das universitäre System eine Reihe elitärer Mechanismen entwickelt hat, die ausgrenzend wirken und den Zugang zur Forschung (Ressourcen, Wahl des Untersuchungsgegenstandes) und zu Forschungsergebnissen (Sprache, Zugang zu Informationen) erschweren bzw. verunmöglichen. Auch diesbezüglich gilt es, Barrieren zu überwinden.

Aus dieser Problemsicht lassen sich für die Verbesserung der Situation folgende Zielsetzungen ableiten:

- Forcieren eines Nachdenkprozesses, wie Praktiker/innen in den Forschungsprozeß miteinbezogen werden können und wie die Kommunikation zwischen Forschern/innen und Praktikern/innen gefördert werden kann.
- Förderung einer Teilidentifikation von Forschern/innen mit Praktikern/innen, entweder durch eigene Erfahrung in der Praxis oder durch verstärkten Dialog mit Praktikern/innen.
- Förderung des Verstehens – anstelle eines Abwertungsprozesses zwischen Forschern/innen und Praktikern/innen.
- Übersetzung wissenschaftlicher Ergebnisse in praxisrelevante Bezüge.

- Bei der Wahl des Forschungsgegenstandes soll die Praxisrelevanz des Themas ein wichtiges Kriterium sein.
- Forschung soll die Bedürfnisse und Entwicklungsmöglichkeiten der Praktiker/innen berücksichtigen.
- Forschungsergebnisse sollen die Reflexion der psychotherapeutischen Praxis unterstützen.

Letztlich haben diese Zielsetzungen in allgemeinerer Form bereits breiten Konsens gefunden, wenn das Wissenschaftsministerium im Resümeeprotokoll der Experten/innenrunde der Besprechung vom 30. November 1995 feststellt:

„Eine vorrangige Aufgabe im Zusammenhang mit der Entwicklung eines Forschungsbereiches ‚Psychotherapieforschung‘ ist die Überwindung von ‚Gräben‘ zwischen Wissenschaftlern universitärer Forschungseinrichtungen und Personen aus dem Kreis der angestellten und freiberuflichen Therapeuten/innen.“ Und weiter: Es gilt als ein Grundprinzip, die „Verbindung von Theorie und Praxis sowie zu Forschern an Kliniken und niedergelassenen Psychotherapeuten“ zu fördern.

#### **Das Projekt**

Die Arbeitsgruppe „Forschen für die Praxis“ hat sich die Verbindung von Forschern/innen und Praktikern/innen sowie die Annäherung von Theorie und Praxis zum Arbeitsschwerpunkt gemacht und sieht dieses Thema als ein allen geplanten Projekten zuzuordnendes.

Wir bieten als unseren Forschungsbeitrag an, die Projekte von Wissenschaftler/innen (universitärer) Einrichtungen bezüglich unserer Schwerpunktsetzung zu ergänzen (als integrierter Teil dieser Projekte).

Um die Umsetzung des vom BM für Wissenschaft und Forschung geforderten Grundprinzips der Verbindung von Forschung und Praxis zu realisieren, sehen wir zwei Forschungsansätze für die Kooperation mit den anderen Forschungsgruppen:

1. eine Zusammenarbeit in Form eines Rückkoppelungsprozesses mit der Gruppe der Praktiker/innen in dafür relevanten Projektphasen;

2. eine Dokumentation der Form der Kooperation und der den Prozeß beeinflussenden Phänomene.

Wir gehen davon aus, daß jedes Projekt von dieser Kooperation im Sinne erhöhter Praxisrelevanz und Qualitätssteigerung profitieren kann und daß damit ein erster bedeutsamer Schritt

zur Annäherung von Forschung und Praxis gesetzt werden kann.

*Dr. Eva Mückstein; Mag. Renate Patera; Dr. Gertrude Wille-Römer; Mag. Kurt Zenta  
ÖBVP, Rosenbursenstraße 8/3/7  
A-1010 Wien  
Tel. 512 7090, Fax 512 7091*

O. Schlappack und G. Sonneck

## Erste Hilfe in der psychotherapeutischen Praxis

### Zusammenfassung

Als Vortragender der Lehrveranstaltung „Erste Hilfe“ des Psychotherapeutischen Propädeutikums fiel dem Erstautor auf, daß Teilnehmer/innen der Lehrveranstaltung die Häufigkeit von Notlagen in der psychotherapeutischen Praxis überschätzten. Dieser Eindruck wurde mit Fragebögen untersucht, die den Teilnehmer/innen der Lehrveranstaltung vorlegt wurden, mit der Frage nach ihrer Einschätzung der Häufigkeit von Notfällen in der psychotherapeutischen Praxis innerhalb eines Jahres.

Niedergelassene Psychotherapeuten/innen wurden gebeten, anzugeben, wie oft Notfälle in ihrer Praxis in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind. Die Ergebnisse zeigten, daß Notfälle in der Praxis sehr selten sind. Lediglich im Kriseninterventionszentrum kamen bestimmte Notlagen naturgemäß häufiger vor. Die Vorstellung der Studenten/innen lag jedoch noch über dem, was im Kriseninterventionszentrum vorkam. Weiters wurde untersucht, ob die Einschätzung der Häufigkeit am Ende der Lehrveranstaltung anders ist, und ob die Angst der Studenten/innen vor dem Auftreten eines Notfalles in ihrer zukünftigen Praxis durch den Unterricht beeinflusst wird. Es zeigte sich, daß die erwartete Häufigkeit von Notfällen am Ende der Lehrveranstaltung etwas geringer war als zu Beginn, und daß auch die Angst vor Notfällen etwas abnahm.

### Einleitung

Erste Hilfe – wozu schon wieder, dachte sich eine Teilnehmerin der Lehrver-

anstaltung „Erste Hilfe in der psychotherapeutischen Praxis“, die nach dem Psychotherapiegesetz von allen Teilnehmer/innen des psychotherapeutischen Propädeutikums besucht werden muß, die keinen medizinischen Quellenberuf haben, obwohl viele bereits Erste-Hilfe-Kurse bei diversen Gelegenheiten, wie z.B. beim Führerschein, absolviert haben.

Das Psychotherapiegesetz sieht unter Paragraph 3 (1) lit 2 eine 15stündige Lehrveranstaltung vor, die vom Psychotherapiebeirat mit dem Titel „Erste Hilfe in der psychotherapeutischen Praxis“ belegt wurde. Inhaltlich sollen den Teilnehmern/innen Kriterien für die Beurteilung von Notlagen, die von Vergiftungen bis zu „Anfällen“ reichen, in 15 Stunden nahegebracht werden. Der genaue Lehrplan ist in Tabelle 1 wiedergegeben.

Notfälle, die in einem psychotherapeutischen Setting auftreten, unterscheiden sich von Alltagssituationen durch die besondere Beziehung zwischen Therapeuten/innen und Klienten/innen. Die Teilnehmer/innen der Lehrveranstaltung Erste Hilfe in der psychotherapeutischen Praxis gaben an, daß ihnen die Vorstellung von plötzlich auftretenden somatischen Beschwerden eines/einer Klienten/in angst mache, und sie hofften, daß die Lehrveranstaltung sie in die Lage versetzen möge, solchen Situationen künftig weniger hilflos entgegenzusehen.

Als Leiter einer solchen Lehrveranstaltung bekam der Erstautor den Eindruck, daß die Teilnehmer/innen

die Häufigkeit von Notfällen in der psychotherapeutischen Praxis überschätzen. Um diesem Eindruck nachzugehen, wurden die Studenten/innen gebeten, anhand eines Fragebogens die Häufigkeit von Notlagen, die ihrer Meinung nach innerhalb eines Jahres in einer psychotherapeutischen Praxis auftreten, einzuschätzen. Gleichzeitig wurde eine Befragung niedergelassener Psychotherapeuten/innen durchgeführt und dem Ergebnis der Studenten/innenbefragung gegenübergestellt.

### Material und Methoden

30 Teilnehmer/innen der Lehrveranstaltung „Erste Hilfe“ des Hochschullehrganges Psychotherapeutisches Propädeutikum der Universität Wien im Wintersemester 1995/96 wurden zu Beginn gebeten, den in Tabelle 2 wiedergegebenen Fragebogen auszufüllen. Der Fragebogen enthält alle im Lehrplan enthaltenen Punkte plus Hyperventilation, Suizidgefahr und Herzinfarkt. Die Besprechung von Hyperventilation und Suizidgefahr wurde von den Teilnehmer/innen der im Sommersemester 1995 abgehaltenen Lehrveranstaltung gewünscht.

Der Wiener Landesverband für Psychotherapie (WLP) übernahm freundlicherweise den Abdruck des Fragebogens im Mitteilungsblatt des WLP,

**Tabelle 1.** Lehrplan nach Paragraph 3 (1) lit 2 des Psychotherapiegesetzes für „Erste Hilfe in der psychotherapeutischen Praxis“; 15 Stunden

#### Kriterien für die Beurteilung einer Notlage

Vergiftung, z.B. bei Alkoholisierung  
Patient wird blaß, sackt zusammen  
Patient bekommt keine Luft  
Nasenbluten  
Schwindelanfälle  
Störungen von Sehen, Hören und Sprechen  
Verwirrtheit  
Erregung  
Stupor  
Asthma  
Patient wird rot, Hitzewallungen, Unruhe, Ohrensausen  
Druck im Kopf  
„Anfälle“

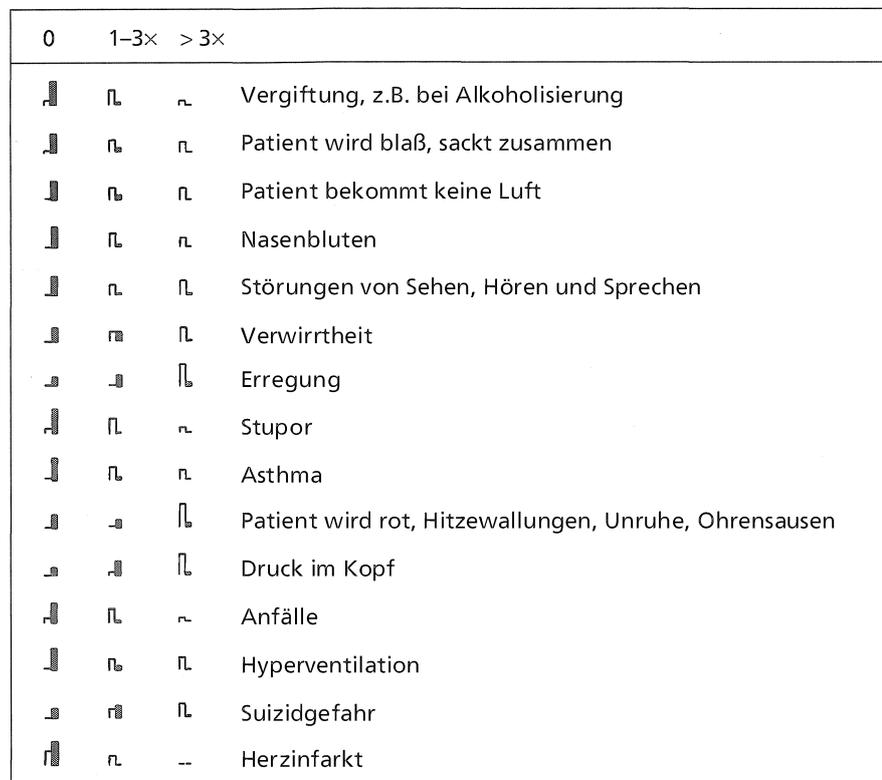
**Tabelle 2.** Fragebogen, der den Lehrveranstaltungsteilnehmern/innen vorgelegt wurde

Wie oft treten Ihrer Meinung nach innerhalb eines Jahres die folgenden Notlagen in einer psychotherapeutischen Praxis auf?

nie (0), 1–3x, öfter als 3x (>3x)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

0	1–3x	>3x	Vergiftung, z.B. bei Alkoholisierung
0	1–3x	>3x	Patient wird blaß, sackt zusammen
0	1–3x	>3x	Patient bekommt keine Luft
0	1–3x	>3x	Nasenbluten
0	1–3x	>3x	Schwindelanfälle
0	1–3x	>3x	Störungen von Sehen, Hören und Sprechen
0	1–3x	>3x	Verwirrtheit
0	1–3x	>3x	Erregung
0	1–3x	>3x	Stupor
0	1–3x	>3x	Asthma
0	1–3x	>3x	Patient wird rot, Hitzewallungen, Unruhe, Ohrensausen
0	1–3x	>3x	Druck im Kopf
0	1–3x	>3x	„Anfälle“
0	1–3x	>3x	Hyperventilation
0	1–3x	>3x	Suizidgefahr
0	1–3x	>3x	Herzinfarkt



**Abb. 1.** Ergebnis der Einschätzung der Häufigkeit von Notfällen in der psychotherapeutischen Praxis innerhalb eines Jahres durch Teilnehmer/innen der Lehrveranstaltung „Erste Hilfe“ des Psychotherapeutischen Propädeutikums und die tatsächlichen Frequenzen von Notlagen entsprechend der Rückmeldung von niedergelassenen Psychotherapeuten/innen (□ erwartete Frequenzen, ■ tatsächliche Frequenzen)

wobei leider die Schwindelanfälle vergessen wurden. An die Mitglieder des WLP wurde die Frage gerichtet: „Wie oft traten in Ihrer psychotherapeutischen Praxis innerhalb der letzten 12 Monate die folgenden Notlagen auf?“ Außerdem wurden die niedergelassenen Psychotherapeuten/innen gebeten anzugeben, wie lange sie schon in der Praxis tätig sind und wie viele Sitzungen pro Woche sie abhalten.

**Ergebnisse**

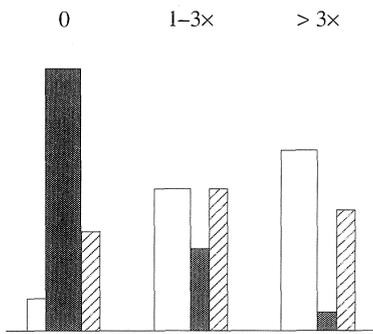
Abbildung 1 zeigt das Ergebnis der Teilnehmer/innenbefragung und die von den Mitgliedern des WLP berichteten Frequenzen der einzelnen Notlagen. Man sieht, daß nach Einschätzung der Lehrveranstaltungsteilnehmer/innen alle Notlagen innerhalb eines Jahres in einer psychotherapeutischen Praxis wesentlich häufiger auftreten, als dies nach den Rückmeldungen der niedergelassenen Psychotherapeuten/innen der Fall ist.

21 Fragebögen wurden von den Psychotherapeuten/innen retourniert. Sieben weitere konnten bei einem Regionaltreffen requiriert werden. Die Psychotherapeuten/innen gaben an, zwischen 2 und 20, median 10 Jahre im Beruf zu sein und 1 bis 35, median 18 Sitzungen pro Woche abzuhalten. Da die Antwort vom Kriseninterventionszentrum so stark von den übrigen Rückmeldungen differiert, wird sie separat in Tabelle 3 dargestellt. Sie zeigt, daß im Kriseninterventionszentrum die meisten aufgelisteten Notlagen bis auf Nasenbluten, Asthma, Hyperventilation und Herzinfarkt im Laufe eines Jahres vorkamen.

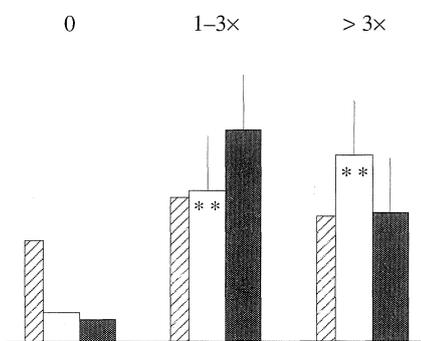
Abbildung 2 zeigt ein Balkendiagramm, das die durchschnittlich erwarteten und tatsächlichen Frequenzen wiedergibt. Man sieht, daß die erwarteten Frequenzen mehrheitlich im Bereich >3x liegen, während die Zahl der tatsächlich beobachteten Notfälle eher gering war. Zu Vergleichszwecken wurden auch die vom Kriseninterventionszentrum gemeldeten Frequenzen mit dargestellt.

Daraus ist ersichtlich, daß die Erwartungen der Studenten/innen sogar die Realität im Kriseninterventionszentrum übertreffen.

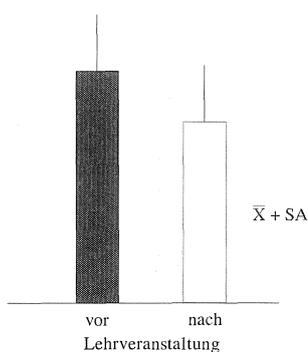
Weiters haben wir untersucht, inwieweit die von den Lehrveranstal-



**Abb. 2.** Die durchschnittlich erwarteten (□) und die tatsächlich gemeldeten (■) Frequenzen der niedergelassenen Psychotherapeuten/innen im Vergleich mit den durchschnittlich innerhalb eines Jahres im Kriseninterventionszentrum beobachteten Notfällen (▨ Kriseninterventionszentrum)



**Abb. 3.** Die durchschnittlich von den Lehrveranstaltungsteilnehmern/innen zu Beginn und am Ende der Lehrveranstaltung erwartete Häufigkeit von Notfällen in der psychotherapeutischen Praxis innerhalb eines Jahres im Vergleich mit den im Kriseninterventionszentrum beobachteten Frequenzen. Erweiterte Frequenzen vor (□) und nach (■) der Lehrveranstaltung „Erste Hilfe“ (▨ Kriseninterventionszentrum)



**Abb. 4.** Ausmaß der Angst der Lehrveranstaltungsteilnehmern/innen vor einem Notfall in ihrer zukünftigen Praxis am Beginn und am Ende der Lehrveranstaltung „Erste Hilfe“ im Rahmen des Psychotherapeutischen Propädeutikums

**Tabelle 3.** Im Kriseninterventionszentrum traten Notlagen innerhalb der letzten 12 Monate in folgender Häufigkeit auf:

	>3x	Vergiftung, z.B. bei Alkoholisierung
	1-3x	Patient wird blaß, sackt zusammen
	1-3x	Patient bekommt keine Luft
0		Nasenbluten
		Schwindelanfälle
	1-3x	Störungen von Sehen, Hören und Sprechen
	>3x	Verwirrtheit
	>3x	Erregung
	1-3x	Stupor
0		Asthma
	1-3x	Patient wird rot, Hitzewallungen, Unruhe, Ohrensausen
	>3x	Druck im Kopf
	1-3x	„Anfälle“
0		Hyperventilation
	>3x	Suizidgefahr
0		Herzinfarkt

teilungsteilnehmern/innen erwarteten Frequenzen durch die Lehrveranstaltung modifiziert werden. Dazu wurden die Teilnehmer/innen der Lehrveranstaltung „Erste Hilfe“ des Psychotherapeutischen Propädeutikums der Landesakademie in Krems im März 1996 am Beginn und am Ende der Lehrveranstaltung gebeten, den gleichen Fragebogen auszufüllen.

Abbildung 3 zeigt das Ergebnis dieser Befragung. Es zeigt, daß die Erwartungen zu Beginn der Lehrveranstaltung nahezu ident mit den der Wiener Studenten/innen waren. Am Ende der Lehrveranstaltung kam es zu einer statistisch signifikanten Verschiebung der Erwartungen in Richtung geringerer Frequenzen. Diese kamen den im Kriseninterventionszentrum beobachteten näher, lagen aber noch immer über diesen.

Den Studenten/innen in Krems wurde auch am Beginn und am Ende der Lehrveranstaltung die folgende Frage gestellt: Bei der Vorstellung eines Notfalles in meiner zukünftigen Praxis habe ich Angst: Bitte markieren Sie mit einem senkrechten Strich auf der 10 cm langen Geraden zwischen „keine Angst“ und „großer Angst“, wieviel Angst Sie haben. Das Ergebnis ist in Abb. 4 in Form eines Balkendiagramms dargestellt. Es zeigt, daß die am Beginn bestandene Angst am Ende geringer war, wenn auch nicht statistisch signifikant.

**Diskussion**

Die erhobenen Daten zeigen, daß die Teilnehmer/innen der im Rahmen des Psychotherapeutischen Propädeutikums angebotenen Lehrveranstaltung „Erste Hilfe in der psychotherapeutischen Praxis“ die Häufigkeit von innerhalb eines Jahres in einer psychotherapeutischen Praxis auftretenden Notfällen, im Vergleich zu den von den niedergelassenen Psychotherapeuten/innen gemeldeten Frequenzen, viel zu hoch einschätzen, mit der Einschränkung, daß nur 21 Psychotherapeuten/innen einen ausgefüllten Fragebogen retournierten, obwohl die Mitglie derzeitschrift des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie, in deren Nummer 7/1995 der Fragebogen veröffentlicht wurde, eine Auflage von 1900 Stück hat. Sieben weitere Fragebögen konnten bei einem Regionaltreffen requiriert werden. Aufgrund dieser geringen Rücklauf rate könnte man natürlich an der Repräsentativität des Befragungsergebnisses zweifeln und demzufolge den getroffenen Schluß, daß die Studenten/innen die tatsächlichen Frequenzen überschätzen, in Frage stellen.

Trotz dieser Einschränkungen glauben wir doch, daß es den Tatsachen entsprechen dürfte, daß Lehrveranstaltungsteilnehmer/innen die Häufigkeit von Notfällen in der Praxis von niedergelassenen Psychothe-

rapeuten/innen überschätzen. Ihre Erwartungen liegen sogar noch deutlich über dem, was in einem Kriseninterventionszentrum innerhalb eines Jahres beobachtet wird, wobei es wohl unbestritten sein dürfte, daß in einem Kriseninterventionszentrum naturgemäß wesentlich mehr Notfälle auftreten, als in der allgemeinen niedergelassenen psychotherapeutischen Praxis.

Wenn man nun annimmt, daß die angehenden Psychotherapeuten/innen die Häufigkeit von Notfällen in der Praxis tatsächlich überschätzen, erhebt sich die Frage nach der Ursache für diese unrealistischen Erwartungen. Die Lehrveranstaltungsteilnehmer/innen, die mit dieser Frage konfrontiert wurden, meinten, daß sie im täglichen Leben schon Notfälle erlebt haben, und da Psychotherapie etwas Emotionales sei, hätten sie geglaubt, daß deshalb solche Notsituationen in der psychotherapeutischen Praxis auch häufiger vorkommen. Weiters wurde spekuliert, ob nicht allein das Angebot der Lehrveranstaltung „Erste Hilfe“ in der psychotherapeutischen Praxis nahelegt, daß solche Zwischenfälle in der psychotherapeutischen Praxis nicht selten vorkommen. So nach dem Motto, die Tatsache der verpflichtenden Teilnahme an der Lehrveranstaltung für alle Absolventen des Psychotherapeutischen Propädeutikums ohne medizinischen Quellenberuf schafft erst eine gewisse Nachfrage.

Wenn nun die Studenten/innen allein durch das Angebot dieser Lehrveranstaltung zu der Annahme kämen, daß Notlagen in der psychotherapeutischen Praxis nicht selten vorkommen, so könnte man meinen, daß die Einschätzung der Häufigkeit am Ende der Lehrveranstaltung, nachdem vorgetragen wurde, was alles passieren kann, noch höher ist, als zu Beginn der Lehrveranstaltung.

Unsere Ergebnisse zeigen jedoch, daß die erwartete Häufigkeit von Notlagen in der psychotherapeutischen Praxis am Ende der Lehrveranstaltung signifikant geringer ist als zu Beginn. Das spricht einerseits gegen die Annahme, daß allein das Angebot der Lehrveranstaltung die Teilnehmer/innen vermuten läßt, daß Notfälle relativ häufig in der Praxis vorkommen, denn sonst müßten sie am Ende

wirklich noch höhere Erwartungen haben. Im Gegenteil, die sachliche Auseinandersetzung mit der Materie im Rahmen der Lehrveranstaltung dürfte zu einer realistischeren Einschätzung führen. Dafür spricht auch, daß die Angst vor einem Notfall in der psychotherapeutischen Praxis, die die Teilnehmer/innen zu Beginn der Lehrveranstaltung angaben, am Ende der Lehrveranstaltung geringer ausgeprägt war.

#### Danksagung

Die Autoren bedanken sich beim Wiener Landesverband für Psychothera-

pie für die Veröffentlichung des Fragebogens und bei den Psychotherapeuten/innen, die sich die Mühe machten, einen ausgefüllten Fragebogen zurückzusenden.

*Univ.-Doz. Dr. med. Otto Schlappack  
CS Hospiz Rennweg  
Oberzellergasse 1  
A-1030 Wien*

*Univ.-Prof. Dr. Gernot Sonneck  
Institut für Medizinische Psychologie  
an der Medizinischen Fakultät der  
Universität Wien  
Severingasse 9  
A-1090 Wien*

---

#### H. Bartuska

### Informationen zur Umsatzsteuer 1997

*Da bei der letzten Mitgliederversammlung (September 1996) der Computer leider einige Zeilen verschluckt hat, hier nochmals die Information vollständig:*

Vom Finanzministerium konnte die Zusage erreicht werden, daß der Verlust des Vorsteuerabzuges durch die unechte Steuerbefreiung für psychotherapeutische Leistungen ab 1. Jänner 97 (§ 6 A 1 Z 19 UStG) genauso wie bei Ärzten abgegolten wird. Vermutlich wird statt der Vorsteuererklärung ein Ansuchen an das Finanzamt gemacht werden müssen. Sehr hilfreich waren dabei die 47 Kolleginnen und Kollegen, die ihre anonymisierten Steuererklärungen zur Verfügung gestellt haben. Daraus konnte berechnet werden, daß Psychotherapeuten im Durchschnitt 478.000,- öS Jahresumsatz machen (Teilzeit und voll freiberufliche Praxen) und dabei durchschnittlich 700,- öS pro Therapiestunde plus Mehrwertsteuer verlangen. Ab 1. 1. 97 zahlen die Kassen nur 300,- öS (Wegfall der 60,- öS MwSt.) pro Therapiestunde. Für den Patienten mit Kassenzuschuß würde sich daher die Stunde um 60,- öS verteuern, wenn das Bruttohonorar nicht herabgesetzt würde.

Die unechte Steuerbefreiung bedeutet auch, daß psychotherapeutische Ausbildungen (Propädeutika

und Fachspezifika) nach § 1 PthG ab dem nächsten Jahr ohne Umsatzsteuer zu bezahlen sind (§ 6 A. 1 Z. 11 „Privatschulen“ und Z. 19 „Leistungen der Psychotherapeuten“ UStG), für „Wirtschaftsseminare“ und Fortbildungen sind jedoch 20% USt. zu bezahlen (schriftliche Bestätigung des BMFF liegt vor).

Das wird sehr wahrscheinlich auch bedeuten, daß folgende Bezeichnungen auf der Honorarnote, z.B.: „Psychotherapie (Supervision)“ oder „psychotherapeutische Supervision“ mehrwertsteuerfrei sein werden, hingegen z.B. „Supervision“, „Seminar“, „Fortbildung für Psychotherapeuten“ mit Mehrwertsteuer belastet sein werden.

Wir empfehlen daher, entsprechend dem § 1 PthG (Behandlung und Persönlichkeitsentwicklung) für alle psychotherapeutischen Tätigkeiten auch die Bezeichnung Psychotherapie in Wortverbindungen, wie psychotherapeutische Supervision, Psychotherapie-Seminar, Psychotherapie-Fortbildung auf den Honorarnoten zu verwenden.

#### Zur Psychotherapieausbildung nach Übergangsregelung § 26/2 PthG

Allen Ausbildungskandidaten, die ihre psychotherapeutische Ausbil-

derung nicht bis 31. 12. 1997 abschließen werden, wird dringend empfohlen, das Propädeutikum bis 31. 12. 1997 zu absolvieren, da es andernfalls danach große Schwierigkeiten mit der Anrechnung bereits

absolvierter Teile des Fachspezifikums geben könnte.

*Dr. Heiner Bartuska  
Rosenbursenstraße 8/3/7, A-1010 Wien  
Tel. 512 70 90, Fax 512 70 91*

## Call for papers

### Für die fachlich-wissenschaftliche Tagung „Was macht Frauen krank/gesund?“ Klientinnen und Patientinnen in der Praxis

Im Herbst 97 veranstaltet der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie gemeinsam mit dem Österreichischen Physiotherapeutenverband, dem Wiener Hausärzterverband und Social Development in Wien eine zweitägige Fachtagung zum Thema „Was macht Frauen krank/gesund?“.

In diesem Rahmen wird die Wahrnehmungs- und Erlebniswelt der Frau unter multidimensionalen (psychotherapeutischen, psychologischen, soziologischen, medizinischen und interaktiven) Gesichtspunkten betrachtet.

Ziel und Anliegen dieser Veranstaltung ist es, die Situation der Frauen im Gesundheitssystem interdisziplinär zu thematisieren. Fokussiert wird explizit der Bereich der niedergelassenen Psychotherapeuten/innen, Physiothe-

rapeuten/innen und Ärzten/innen. In Hinblick auf das Wohl der Klientinnen und Patientinnen sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die die Kooperation und Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe fördern.

Alle, die einen wissenschaftlichen Beitrag zu dieser Veranstaltung leisten wollen, bitten wir, eine *inhaltliche Kurzfassung* (max. eine A4-Seite) mit Angabe der gewünschten *Präsentationsform* (Vortrag oder Workshop) sowie ihre *persönlichen Daten* bis Ende Februar 97 an folgende Adresse zu senden:

*Social Development  
Berggasse 20/2/11, A-1090 Wien  
Tel. 319 27 53-13, Fax 319 27 53-15*

genen Praxis an. Die Standorte sind in und rund um die Bezirkshauptstadt Bruck (ca. 7500 Einwohner) angesiedelt: in Trautmannsdorf, Klein Neusiedl und Hainburg/Donau (zweitgrößte Stadt des Bezirkes mit ca. 6.000 Einwohnern). Alle Therapeutinnen verfügen meistens über einen freien Platz, so daß es für die Patienten/innen keine Wartezeiten gibt.

Die psychosoziale Versorgung des Bezirkes erfolgt durch eine Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, den Psychosozialen Dienst Bruck/L. (1 Fachärztin, 1 Diplomsozialarbeiterin), den Diplomsozialarbeiterinnen des Jugend- und Sozialamtes, der schulpädagogischen Beratungsstelle, den Sozialstationen (Caritas, Volkshilfe, NÖ-Hilfswerk) und den Psychotherapeutinnen. Es gibt eine angeregte Zusammenarbeit zwischen diesen Stellen und den einzelnen Therapeutinnen. Weniger erfolgreich ist bisher die Zusammenarbeit mit den praktischen Ärzten/innen und den diversen Fachärzten/innen (von wenigen Ausnahmen abgesehen), die sich zumeist scheuen, direkt an Psychotherapeuten/innen zu überweisen. Sie schicken die in Frage kommenden Patienten/innen in der Regel zuerst zur zuständigen Psychiaterin, die diese dann an die Therapeutinnen weiterleitet.

### Was fehlt?

Im ganzen Bezirk fehlt es an öffentlich geförderten Einrichtungen, wo Klienten/innen mit niedrigerem Einkommen und Alleinverdiener-Familien kostenlos bzw. mit geringer Kostenbeteiligung längerfristige Beratungs- oder Therapiemöglichkeiten bekommen könnten. Es fehlt eine Familien- und Frauenberatungsstelle und eine ambulante Einrichtung für Alkoholiker. Anonyme Alkoholiker und eine Selbsthilfegruppe für Angehörige von Alkoholikern gibt es in Hainburg.

Eine Drogenberatungsstelle (derzeit nächste Drogenberatungsstelle in Neusiedl/See, Bgld.) soll durch die Initiative der in Bruck tätigen Psychiaterin und des Sozialbeirates, v.a. des Leiters des Sozialamtes, in absehbarer Zeit eröffnet werden.

Die Zahl der drogensüchtigen Jugendlichen ist in unserem Bezirk rapid im Steigen begriffen, was sich zum

*Liebe Kolleginnen und Kollegen,*

*in einer Reihe österreichischer Bundesländer gibt es regelmäßige Treffen von Psychotherapeuten/innen auf Bezirksebene. Dabei werden neben dem fachlichen Austausch viele neue Projekte initiiert.*

*Wir wollen im Psychotherapie Forum in Hinkunft diese Arbeit an der „Basis“ darstellen und dokumentieren. Als erste hat sich Frau Hedwig Seczer bereit erklärt, die Aktivitäten im Bezirk Bruck/Leitha (NÖ) zu beschreiben.*

**H. Seczer**

## Die Arbeit der Psychotherapeutinnen im Bezirk Bruck/Leitha (NÖ)

Im Bezirk Bruck/Leitha (nicht ganz 40.000 Einwohner) sind derzeit 6 Psychotherapeutinnen in freier Praxis tätig, die alle in die Liste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetra-

gen sind. Zwei Therapeutinnen arbeiten ausschließlich in freier Praxis, die anderen bieten neben ihrer beruflichen Tätigkeit in verschiedenen Institutionen mehrere Stunden in der ei-

Teil durch die Nähe der slowakischen Hauptstadt Bratislava und den verstärkt vom Osten kommenden Drogenhandel erklären läßt, andererseits ist der Drogenkonsum allgemein ein zunehmendes Problem.

Im Krankenhaus Hainburg gibt es bis jetzt keine psychotherapeutische Versorgung.

#### **Was bisher bei den Bezirkstreffen passiert ist**

Die Psychotherapeutinnen des Bezirks treffen sich seit Herbst 1993 regelmäßig alle 8–10 Wochen. Die erste gemeinsame Arbeit war das Erstellen eines Psychotherapeuten/innen-Verzeichnisses, das bei einem Bezirksärzte/innen-Treffen präsentiert wurde. Bei einer Sitzung des Sozialbeirates wurde das Verzeichnis an alle im Sozialsprengel vertretenen Einrichtungen verteilt. An der Erstellung einer Info-Broschüre des Sozialbeirates für den Verwaltungsbezirk Bruck/

L. wurde ebenfalls mitgearbeitet und die Therapeutinnen in das Verzeichnis aufgenommen. Eine Regionalzeitung brachte in Zusammenarbeit mit den Psychotherapeutinnen im November des vorigen Jahres einen Artikel zum Thema „Hilfe bei Depressionen“. Seither ist in dieser Zeitung unter dem Titel „Hilfe bei psychischen Problemen“ auch die Telefonnummer des NÖLP auf der Seite „Diensthabende Ärzte und Apotheken“ zu finden.

#### **Was für das Arbeitsjahr 1996/97 geplant ist**

Mit dem Krankenhaus Hainburg wurde intensiver Kontakt aufgenommen, und Ende November d. J. wird es einen Informationsabend für Spitalärzte/innen, Krankenschwestern und -pfleger, interessierte Bezirksärzte/innen und deren Mitarbeiter/innen direkt im Krankenhaus geben.

In der Folge wollen wir praktische Ärzte/innen und die ansässigen Fach-

ärzte/innen in kleineren Gruppen einladen, um Psychotherapie im kleinen Rahmen näher zu bringen.

Psychotherapeutinnen werden in der VHS Hainburg Vorträge halten.

Anlässlich des von der EU proklamierten Jahres 1996 als „Jahr des lebensbegleitenden Lernens“ findet im November d. J. ein Vortrag statt, zu den Themen „Kommunikation“ und „Konfliktlösung“ im März und April 1997. Die VHS Bruck hat für „solche Themen“ leider erst ab September 1997 Termine und Räumlichkeiten frei.

Neben der Planung und Durchführung gemeinsamer Aktivitäten und dem Austausch berufsspezifischer Angelegenheiten sollen unsere Treffen auch weiterhin dazu dienen, uns gegenseitig bei der Findung eines Berufsbildes und einer Berufsidentität zu unterstützen.

*Hedwig Seczer, Bezirkskordinatorin  
Landstraße 95, A-2410 Hainburg  
Tel. 02165/62910*

H. Bartuska

## **Einsparungen durch Psychotherapie**

### **Kurzkomentar und Literatur**

Derzeit sind 30 wissenschaftliche Untersuchungen bekannt, die jeweils einen Einsparungseffekt gegenüber herkömmlichen Behandlungskosten nachweisen. Es konnte keine einzige Untersuchung aufgefunden werden, die eine Verteuerung der Behandlungskosten psychisch oder psychosomatisch leidender Personen für die Krankenkassen nachweisen würde.

Aus verschiedenen Untersuchungen geht hervor, daß Pth generell Kosteneinsparung an Krankentagen und Krankenstandstagen (AU-Tage) (Dührssen und Jorswieck, 1965; Thomas und Schmitz, 1993), Arztkosten, Medikamentenkosten bewirkt, insbesondere das 3–6fache bei Psychosomaten, schweren Neurosen, funktionellen Störungen aller Art, Unfallpersönlichkeiten und vielen Psychosen.

Die durchschnittliche Leidensdauer, bis ein psychoneurotisch-psychosomatischer Patient an die Kom-

petenz eines Psychotherapeuten gelangt, hat sich zwar in den letzten Jahren in Deutschland von 12 auf 8 Jahre verringert (Meyer, 1990; Reimer et al., 1979; Ringel, 1983), die ständige Gefahr der iatrogenen Chronifizierung (durch rein medizinische Behandlungen entstehend) und damit der enormen Kosten der Fehlbehandlungsversuche liegen aber auf der Hand.

In den allgemeinen Krankenhäusern ist der Bedarf von psychotherapeutischer Mitbehandlung mit Werten zwischen 38,4% (Stuhr und Haag, 1989) und 41,8% (Haag et al., 1992) erhoben worden, wobei nachgewiesen ist, daß die nur Hälfte der psychosomatischen Störungen von traditionell geschulten Stationsärzten erkannt wurde (Marguiere, 1974, zit. n. Haag et al., 1991). Die Kosteneinsparungsmöglichkeiten sind sicher nicht niedrig. Von den Krankentagen am AKH sind 11,8% (Zimmer, 1974) bzw. 18% (Glass, 1978) nicht durch

medizinische, sondern durch psychosoziale Faktoren begründet. Von den internistischen Patienten bedürfen 28% (Steuber et al., 1983) bzw. 25% der internistischen und chirurgischen Patienten einer zusätzlichen psychosozialen Behandlung (Bolk, 1985).

Die Wirksamkeit der Psychotherapie und damit die Einsparungseffekte durch verkürzte Krankenhausaufenthalte und Krankschreibungstage sowie verminderte Arztkontakte ist in vielen Studien belegt (Dührssen et al., 1965; Dubovsky et al., 1977; Schindler et al., 1989; Forester et al., 1985; Spiegel et al., 1989; Levitan und Kornfeld, 1981; Meyer III et al., 1981; Deter et al., 1986; Engel et al., 1987; Lamprecht und Schmidt, 1990; Kropiunigg, 1988; Wilke, 1988), wobei Deter das 6fache des Psychotherapeutenhonorars an Einsparungen nachweist (ebenso Levitan und Kornfeld; siehe auch Fulop et al., 1987, sowie Zielke, 1989).

Aus amerikanischen Evaluationsstudien geht hervor, daß schon kurze psychotherapeutische Interventionen Einsparungen von 1,5 KH Tagen (Lipowski, 1986; Zimmer, 1974) bringen. Daraus lassen sich die Schlüsse ziehen, daß vor allem bei älteren Patienten,

sowohl organisch als auch psychosomatisch Erkrankten, jede weitere psychotherapeutische Behandlung in Form von weiteren Einsparungen lohnt (Schmidt und Woolridge, 1973, zit. in Haag und Stuhr, 1991).

Aus der neuesten Consumer Reports Studie, November 1995, deren Objektivität und Unabhängigkeit sowie Wissenschaftlichkeit eindeutig ist (Seligman, 1995, zit. n. Hutterer, 1996) geht hervor, daß längere Psychotherapien, die nur bei speziell ausgebildeten Psychotherapeuten gemacht werden können, substantielle Veränderungen bewirken und effektiver sind, weniger Rückfälle erwarten lassen, leichter Medikamentenfreiheit entstehen lassen. In dieser Studie werden viele Praxiserfahrungen der Psychotherapeuten wissenschaftlich bestätigt.

Zu betonen ist auch die soziale Kompetenz der Psychotherapie: Der Einsatz der solidarisch aufgebracht Mittel der Krankenversicherungen ist selbstverständlich nur bei krankheitswertigen Zuständen und nicht bei dem Persönlichkeitsentwicklungs-, dem Kultur- oder dem Demokratieentwicklungsanteil der Psychotherapie moralisch rechtfertigbar.

Aus diesen Daten geht eindeutig hervor, daß es keinerlei Widerspruch zwischen der Psychotherapie, ihren Methoden und ihrer Ethik und der ASVG-Verpflichtung zur ausreichenden und zweckmäßigen, jedoch das Ausmaß des Notwendigen nicht überschreitenden Krankenbehandlung gibt. Daß die Psychotherapie darüber hinaus auch Persönlichkeitsentwicklung anbietet, die ja über das Notwendige im Sinne des Krankenbehandlungsbegriffes des ASVG hinausgeht, bedeutet keinerlei grundsätzliches Problem, sondern lediglich ein Unterscheidungsproblem, bei dem die jeweilige Krankenkasse die aktive Mitarbeit der Psychotherapeuten benötigt.

Zu kurze oder zuwenig Psychotherapien bedeuten in den meisten Fällen krankheitswertiger Zustände schwere Rückfälle mit wesentlich erhöhten Folgekosten des gesamten Gesundheits- und des Sozialsystems. Aus der Consumer Reports Studie 1995 geht auch, wie aus den ständigen praktischen Erfahrungen der Psychotherapeuten, eindeutig hervor, daß eine Beschränkung der Therapie-

dauer und der Behandlungsintensität sachlich nicht gerechtfertigt ist, weil durch die bürokratische Beschränkung der Krankenkassen Störungen der Therapiemotivation erfolgen, so daß Abbrüche der Psychotherapie mit erhöhten medizinischen Folgekosten häufig zu erwarten sind.

Daher bedeutet insgesamt der Schluß aus den wissenschaftlichen Studien, daß längere und intensivere Psychotherapie wie z.B. Psychoanalyse einen noch höheren Einsparungseffekt für die Krankenkassen und das soziale System darstellen als kürzere und seltener (1 Stunde pro Woche).

### Zuschußregelung

Die Zuschußregelung (die in den Satzungen der Krankenversicherungen mit Verordnungscharakter veröffentlicht sind) nach § 331 b ASVG (50. ASVG-Novelle) im Vergleich zur vertraglichen Bezahlung derjenigen Psychotherapeuten, die auch Ärzte sind, beziehungsweise auch jener Ärzte, die keine eingetragenen Pth. sind, jedoch ein Fortbildungsdiplom der Ärztekammer (Psy-Diplom) vorweisen können, stellt im ersten Fall eine sachlich nicht gerechtfertigte Diskriminierung aller anderen Psychotherapeuten, die nicht analog dem § 135 ASVG der ärztlichen Hilfeleistung gleichgestellt werden, und im zweiten Fall eine völlig absurde Diskriminierung dar, weil rechtlich sicher weniger Kompetente (Ärzte ohne Eintragung als Psychotherapeut verfügen zum Beispiel nicht über die Kompetenz der spezifischen Methoden des Psychotherapiegesetzes oder die im PthG § 1 beschriebene Kompetenz zur Persönlichkeitsentwicklung) besser von den Krankenkassen honoriert werden als eingetragene Psychotherapeuten. Für die Krankenkassen bedeutet dies jedoch auch die Verweigerung des Einsparungseffektes, den sie durch Einsatz und Refundierung der Psychotherapie haben könnten und nach § 133 (2) ASVG („... daß die Krankenbehandlung ausreichend und zweckmäßig sein muß, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf.“) auch haben sollte. Allerdings wird der Einsparungseffekt durch Psychotherapie weder von den Krankenkassen noch von einem unabhängigen wiss. Institut überprüft, die wiss. Untersuchungen sind daher bis jetzt unwiderlegt.

Das Problem der Gutachtenerstellung stellt sich insbesondere bei mittel- und langfristigen Psychotherapien. Für eine aus Sachverständigen-sicht korrekte Zusammenarbeit zwischen Behandler und Kontrollor ist eine vertragliche Vereinbarung notwendig, da sonst störende Eingriffe und schädliche Wechselwirkungen auftreten. Dafür ist ein Gesamtvertrag notwendig (§ 342 Punkt 6 ASVG: Zusammenarbeit mit dem Chefarzt). Der § 331 b und damit die Zuschußregelung des ASVG beinhaltet keine Regelung zur Kontrolle bzw. eine Chefarztpflicht. Die chefarztliche Begutachtung findet also bei Anwendung der Zuschußregelung ohne gesetzlichen Auftrag statt, wobei aber eine sachlich entsprechende Kontrolle durchaus sinnvoll erscheint und von den Psychotherapeuten auch erfüllt wird, allerdings mangels eindeutiger vertraglicher Regelungen immer wieder einseitig von den Krankenkassen verändert wird und daher zu beträchtlichen Schwierigkeiten in der Praxis führt (siehe auch Beschwerdesammlung des ÖBVP).

### Damalige Kostenvorschau

Für die 50. ASVG-Novelle v. 3. Dezember 1991, gültig ab 1. Jänner 1992, hat der HVST eine Kalkulation erstellt, die vom BMfAuS in den finanziellen Erläuterungen zur 50. ASVG-Novelle veröffentlicht wurde und von 600 Millionen für Pth und kl. psychologische Diagnostik mit Folgeentwicklung von 480 Millionen pro Jahr ausgeht, mit einem Anlaufbedarf von 150 Millionen für 1992. Zum Zahlenvergleich entsprechend den 600 Millionen wurden damals für die med. Hauskrankenpflege 1.600 bis 2.400 Millionen und 800 bis 1.200 Millionen für medizinische Rehabilitation kalkuliert und daher der Sozialversicherungsbeitrag um 0,2 Prozentpunkte für alle erhöht. Daraus geht eindeutig hervor, daß der Psychotherapie von geschätzt 350.000 Patienten Österreichs die geringste Kostenbelastung von vornherein zugeschrieben wurde.

### Tatsächliche Entwicklung

1992: 86 Millionen, laut Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage, wobei nicht hervorgeht, ob in diesen Zahlen die Psychotherapie von Psychotherapeuten, die auch Ärzte

sind, bzw. auch die Kosten der ambulanten Psychotherapie in den Spitälern sowie die klinisch psychologische Diagnostik einberechnet sind oder nicht. Oberflächliche und kurzfristige Ersparnis für die Krankenkassen aus diesem Bereich jedenfalls: 64 Millionen für 1992.

1993: 85 Millionen, oberflächliche Ersparnis der Krankenversicherungen von 515 Millionen;  
 1994: ca. 120 Millionen;  
 1995: 145 Millionen, oberflächliche Ersparnis der Krankenversicherungen von 455 Millionen.

Von den KK-Gesamtausgaben von 113 Milliarden werden ca. 0,01 Prozent, also 1 Promill, für Psychotherapie und 99,99 Prozent für Medizin verwendet. Im Vergleich dazu verwenden die deutschen Kassen 1,1 bis 1,5 Prozent, also ca. der 15fache Anteil ihrer Einnahmen, für Psychotherapie. Dabei wissen die deutschen Kassen nicht genau, wieviel Geld im Erstattungsverfahren gezahlt wird, weil es dafür kein eigenes Budget gibt.

#### Zu erwartende Kostensteigerung

Wenn die Zahlen der Mannheim-Studie (Schepank) zugrunde gelegt werden, daß mindestens 5% der Bevölkerung nicht nur Psychotherapie akut benötigen, sondern auch dazu motivierbar sind, so sind ca. 350.000 Patienten zu versorgen. Wenn man allerdings die Zahlen für die Medikamentenabhängigen von ca. 100.000 und den Alkoholabhängigen von 300.000 bis 600.000 und der Selbstmordrate von 22,1 (Sonnek, 1995, pers. Mitt.) oder die geschätzten 18.000 Selbstmordversuche inklusive Dunkelziffer pro Jahr miteinbezieht, so ist von einem ca. 20%igen Anteil der Bevölkerung mit Psychotherapieindikation auszugehen, was der Mannheimstudie insofern entspricht, als auch dort diese Zahlen angegeben werden. Davon werden derzeit ca. 95.000 von Psychotherapeuten im freiberuflichen und ambulanten Bereich mit Psychotherapie versorgt. Ca. 265.000 werden entweder nicht versorgt und fallen daher dem Sozialsystem zur Last in Form von Krankenstand, Krankengeld, Arbeitslosigkeit, Frühpension, Invaliditätspension, Wohnbeihilfe, Bewährungshilfe, Jugendamtstätigkeit, Fürsorgeunterstützung

oder Fürsorgerente oder in Form von erhöhten Krankenhaustagen, Kuren, Arztbesuchen mit Mehrfachuntersuchungen und Therapieversuchen sowie Medikamentenkosten. Des Weiteren sind auch entgangene Steuer- und Sozialbeiträge anzuführen sowie Anteile am Bruttosozialprodukt, die durch ein Wiederaufnehmen der Arbeitstätigkeit geleistet worden wären.

Umgekehrt werden die ca. 145 Millionen des Zuschusses für 402.778 Psychotherapiestunden bezahlt, was bei dem 60%-Anteil der Freiberufler unter den Psychotherapeuten eine Auslastung von 4,2 Stunden pro Woche und freier. Psychotherapeuten mit von den Kassen unterstützter Krankenbehandlung bedeutet. D.h., die Psychotherapeuten werden gering genutzt.

Damit die vollen Kosteneinsparungen durch Psychotherapie zum Tragen kommen und in der Gesamtstatistik sichtbar werden können, müßten die Steigerung der Psychotherapieleistungen und damit die Kosten für Psychotherapie wesentlich stärker ansteigen als dies tatsächlich der Fall ist.

#### Beurteilung aus fachlicher Sicht

Es sind keine Untersuchungen bekannt, die eine größere Effizienz einer Pth. Methode gegenüber anderen Pth. Methoden nachweisen würden, sehr wohl aber einige Untersuchungen, die keinen signifikanten Effizienz-Unterschied zwischen den Pth-Methoden nachweisen. Daher gibt es keine wissenschaftliche Rechtfertigung für einen Ausschluß einer anerkannten Psychotherapiemethode aus der Kassenfinanzierung. Das aus vielen Bereichen bekannte Streitproblem der besserbaren Krankheitszustände versus der unbesserbaren Betreuungs- und Pflegefälle findet auch in der Pth. statt. Allerdings mehr am Rande, da die Betreuungsfälle leichter feststellbar sind. Es gibt so viele zunehmende schwere Störungen sowie enorme Steigerungen des medizinischen Bedarfes aufgrund verbesserter Methoden, daß die grundsätzliche Besserung weniger Einzelfälle keine Kosteneinsparung aufscheinen läßt.

Langzeitwirkung: Soweit erforscht ist, haben langfristige Analysen den Effekt, daß lebenslanglich nicht nur

wesentlich weniger Arztbesuche, Medikamente und Krankenhäuser in Anspruch genommen werden, sondern daß auch alle sonstigen Belastungen des Sozialsystems (Krankenstand, Krankengeld, Arbeitslosigkeit, Frühpension, Invaliditätspension, Wohnbeihilfe, Bewährungshilfe, Jugendamtstätigkeit, Fürsorgeunterstützung oder Fürsorgerente) durch erhöhte Selbstverantwortung, Leistungsbereitschaft und Bereitschaft zur solidarischen Beitragsleistung nicht oder jedenfalls wesentlich weniger in Anspruch genommen werden.

#### Einordnung der Frage der Methodendifferenzierung in diese allgemeinen Finanzierungsfrage

Gerade durch die kostenintensivsten Psychotherapien tritt der größte Nutzen an Einsparungen für die Krankenkasse und das Sozialsystem auf, insbesondere bei schweren Neurosen, Psychosen, Borderlinestörungen und psychosomatischen Erkrankungen, die meist aus frühen Störungen resultieren. Die Methodenfrage der Pth. ist also generell keine die Sparsamkeit und Zweckmäßigkeit betreffende. Sie kann nur im Einzelfall als mehr oder weniger dem Patienten und seinen krankheitswertigen Störungen entsprechende Frage erörtert werden, wobei die Frage der individuellen Psychotherapeutenwahl mindestens ebenso, wenn nicht noch stärker, die Effizienz und damit die Kosteneinsparungen beeinflusst.

#### Literatur

- Bolk R (1985) Gibt es „Erste-Hilfe-Patienten“ im Allgemeinen Krankenhaus, die in den psychiatrischen und psychosomatischen Aufgabenbereich fallen? Spektrum 5: 263-270
- Deter HC et al (1986) Katamneseergebnisse von 64 Patienten – 5 Jahre nach der stationären psychosomatischen Behandlung. Z Psychosom Med 32: 231-248
- Dubovsky SL et al (1977) Impact on nursing care and mortality: psychiatrists on coronary care unit. Psychosomatics 18: 18-27
- Dührssen A, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. Der Nervenarzt 36: 166-169
- Engel K et al (1987) Elemente einer mehrfaktoriellen stationären Anorexie-Behandlung für schwerkranke Patienten. Med Welt 38: 1441-1449

- Forester B et al (1985) Psychotherapy during radiotherapy: effects on emotional and physical distress. *Am J Psychiatry* 142: 22–27
- Fulop G et al (1987) Impact of psychiatric comorbidity on length of hospital stay for medical/surgical patients. A preliminary report. *Am J Psychiatry* 144: 878–882
- Glass RJ et al (1978) The 4 score; an index for predicting a non-medical hospital days. *Am J Public Health* 87: 751–755
- Haag A et al (1992) Psychosomatik im Allgemeinen Krankenhaus – oft und seit langem gefordert, kaum realisiert. *Dtsch Ärzteblatt*
- Hutterer R (1996) Die Consumer Reports Studie: Längere Psychotherapien sind effektiver. *Consumer Reports*, November 1995 (Mental health: does therapy help?), pp 734–739
- Kropiunigg U, Ringel E (1988) Hilfe durch Psychotherapie
- Lamprecht F, Schmidt J (1990) Das Zauberberg-Projekt: zwischen Verzauberung und Ernüchterung. In: Ahrens St (Hrsg) *Entwicklungen und Perspektiven der Psychosomatik in der BRD*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 97–115
- Leviton SJ, Kornfeld DS (1981) Clinical and cost benefits of liaison psychiatry. *Am J Psychiatry* 138: 90–93
- Lipowski ZJ (1986) Consultation – liaison psychiatry. The first half century. *Gen Hosp Psychiatry* 8: 305–315
- Marguiere (1974) zit. n. Haag A et al (1991) In: *Integrierte Psychosomatik in Praxis und Klinik*. Schattauer, Stuttgart
- Meyer AE (1990) Die Zukunft der Psychosomatik in der BRD – eine Illusion? *Psychother Psychosom Med Psychol* 40: 337–345
- Meyer III E et al (1981) Addition of time-limited psychotherapy to medical treatment in a general medical clinic. *J Nervous Mental Dis* 169: 780–790
- Reimer C et al (1979) Iatrogene Chronifizierung in der Vorbehandlung psychogener Erkrankungen. *Prax Psychother Psychosomatik* 24: 123–133
- Ringel E, Kropiunigg U (1983) Der fehlgeleitete Patient. *Psychosomatische Patientenkarrieren und ihre Akteure*.
- Schepank (1987) *Mannheimer Studie*
- Schindler BA et al (1989) Beneficial effects of psychiatric intervention on recovery after coronary artery bypass graft surgery. *Gen Hosp Psychiatry* 11: 358–364
- Schmidt, Woolridge (1973) zit. in Haag A et al (1991) In: *Integrierte Psychosomatik in Praxis und Klinik*. Schattauer, Stuttgart
- Spiegel D et al (1989) Effect of psychosocial treatment of survival of patients with metastatic breast-cancer. *Lancet* 888–891
- Steuber H, Müller P (1983) Psychisch Kranke im internistischen Krankenhaus – Ergebnisse einer Umfrage. *Psychiatrische Praxis* 9: 20–30
- Stuhr U, Haag A (1989) Eine Prävalenzstudie zum Bedarf psychosomatischer Versorgung in den Allgemeinen Krankenhäusern Hamburgs. *Psychother Psychosom Med Psychol* 39: 273–281
- Thomas GJ, Schmitz B (1993) Zur Effektivität ambulanter Psychotherapien. *Report Psychologie* 18: 22–25
- Wilke St et al (1988) Wie entwickeln sich Patienten im Anschluß an eine stationäre Psychotherapie? *Z Psychosom Med* 34: 107–124
- Zielke M, Mark N (1989) Effizienz und Effektivität stationärer psychosomatischer Behandlungen. *Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 7: 132–147
- Zimmer J (1974) Length of stay and hospital bed misutilization. *Medical Care* 14: 453–462

Dr. Heiner Bartuska  
Präsidium ÖBVP

I. Farag

## Zu den diversen Krankenkassen-Kommissionen

Überall finden Sie Berichte über Verhandlungen, Kommissionen oder Jours fixes. In allen Landeszeitungen und in den ÖBVP-Aussendungen wird von verschiedenen Personen über verschiedene Funktionäre/innen informiert, wer mit wem gesprochen hätte, mal über den Kassenvertrag, mal über die Vorgangsweise bei länger dauernden Psychotherapien und mal über die Veränderungen betreffend der genehmigten Sitzungszahl etc. Macht hier jede/r was anderes, oder was er oder sie will? Gibt es eine Koordination? Gibt es ein System?

In dieser Vielfalt von stattfindenden Gesprächen war es mein Anliegen, den Mitgliedern eine Übersicht zu verschaffen, die Sinnhaftigkeit der verschiedenen Ebenen näherzubringen und natürlich durch den Überblick den Informationsgrad zu erhöhen.

Zunächst zum meistgenannten Gremium, dem *Kassenverhandlungsteam*. Es wurde im Februar 1995 von

der Bundeskonferenz gewählt, und ebenfalls von der Buko wurde Renate Patera zur Leiterin bestimmt. Der Inhalt beschränkt sich auf den Krankenkassengesamtvertrag, und zwar diesen Vertrag mit dem Hauptverband der Versicherungsträger (HVST) auszuhandeln und der Buko zur Abstimmung vorzulegen.

Ebenfalls im Februar 1995 wurde die *Gemischte Kommission* gewählt. Diese wird von Heiner Bartuska geleitet und bespricht mit dem HVST auftretende Probleme der täglichen psychotherapeutischen Praxis, z.B. den Fragebogen.

Beide diese Gremien sind auf Bundesebene angesiedelt. Es ist der Verhandlungspartner ein bundesweit organisierter Verband, und die Inhalte (Kassenvertrag und Fragebogen) sind länderübergreifend.

Auf Wiener Landesebene ist seit Jahren immer ein Vorstandsmitglied für das Thema Krankenkassen zustän-

dig. Derzeit ist dies Thomas Aichhorn, daher leitet auch er für den WLP den *Jour Fix* mit der Wiener Gebietskrankenkasse. Die WGKK ist die größte Krankenkasse Österreichs, und es war unser Bestreben, Stolpersteine für die Psychotherapie aus dem Weg zu räumen und gemeinsam ein gutes Klima für unsere Mitglieder in der Zusammenarbeit mit der „Bürokratie“ zu erreichen, von der der größte Anteil aller Klienten/innen und daher auch Psychotherapeuten/innen betroffen ist. Inhalt dieses *Jour Fix* ist es naturgemäß, auftauchende Schwierigkeiten zu schlichten und einen gemeinsamen vertretbaren Weg zu finden. Derzeit wird im *Jour Fix* die hochfrequente Psychoanalyse viel diskutiert.

Natürlich gibt es auch immer wieder Gespräche mit anderen Kassen oder, angesichts der stagnierenden Kassenverhandlungen ganz aktuell, eventuell in Verhandlungen auf Landesebene einzusteigen. In einigen Bundesländern sind bereits verschiedene Modelle realisiert worden. In Tirol hat der Tiroler Landesverband einen eigenen Verein gegründet, der mit der Tiroler Gebietskrankenkasse einen Vertrag abgeschlossen hat. In

<p>Kassenverhandlungsteam ÖBVP + HVST</p>	<p>Gemischte Kommission ÖBVP + HVST</p>
<p>Inhalt: Gesamtvertrag Leitung: Renate Patera, ÖBVP weilers: Ingrid Farag, WLP Alfred Grandl, SLP Walter Lindner, OÖLP</p>	<p>Inhalt: länderübergreifende Schwierigkeiten Leitung: Heiner Bartuska, ÖBVP weilers: Thomas Aichhorn, WLP Helga Wimmer, NÖLP Alfred Grandl, SLP Walter Lindner, OÖLP</p>
<p>Jour Fix WLP + WGKK</p>	<p>Andere Gespräche</p>
<p>Inhalt: Prozedere auf Landesebene Leitung: Thomas Aichhorn weilers: Jutta Fiegl Hans Mauder</p>	<p>Inhalt: z.B. Vereinslösungen mit lokalen Kassen</p>

Oberösterreich hat die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse gemeinsam mit anderen Institutionen und Einrichtungen einen Verein gegründet, der Psychotherapeuten/innen angestellt hat. Im Burgenland ist auch ganz aktuell eine Vereinslösung in Vorbereitung.

Die nebenstehende Darstellung soll zur Übersichtlichkeit beitragen, sie soll es erleichtern, für auftauchende Fragen die jeweiligen Ansprechpartner/innen ausfindig zu machen. Was dennoch offen bleibt, ist die Frage nach der Koordination, die es gegenwärtig nicht gibt. Das einzige Gremium, in dem die Informationen zusammenlaufen, ist derzeit die Bundeskonferenz, die laut Statut dreimal im Jahr zusammentritt.

*DSA Ingrid Farag,  
Vorsitzende des WLP  
Rosenbursenstraße 8/3/8  
A-1010 Wien, Tel. 512 61 73*

### 3. Österreichischer Psychotherapieball

Veranstaltet vom Österreichischen Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG)

*am Samstag, den 15. Februar 1997 im Palais Auersperg  
Einlaß 20.00 Uhr, Beginn 21.00 Uhr*

Ballkartenbestellung: Organisationsbüro des Österreichischen Psychotherapieballes  
Frau Werfring  
Lenaugasse 3, 1082 Wien, Tel. 408 21 69  
Fax 408 21 70 DW 27

Öffnungszeiten: Mo 8.30–18 Uhr, Di–Do 8.30–16 Uhr

Frühbestellpreis: öS 480,- (bis 31. 12. 96)

Vorverkaufspreis: öS 580,- (1. 1. 97–12. 2. 97)

Abendkassa am Tag der Veranstaltung ab 19 Uhr: öS 680,- (nur Restkarten!)

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



#### **Achtung!**

Da nur eine beschränkte Anzahl von Tischen zur Verfügung stehen, empfehlen wir, Tischbestellungen möglichst bald vorzunehmen. Ballkartenbestellungen werden telefonisch oder schriftlich entgegengenommen – Abholung direkt vom Ballbüro bzw. per Nachnahme möglich. Bestellungen aus den Bundesländern werden gebührenfrei auch per Nachnahme zugesandt.

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

E.-M. Kreamsner

## Gedanken zur Körperschaft öffentlichen Rechts

Es mag sein, daß mein schlechtes Gefühl bei der Erwähnung der Körperschaft Öffentlichen Rechts (Psychotherapeutenkammer) damit zusammenhängt, daß ich schon Pflichtmitglied einer Kammer (der Ärztekammer) bin. Ich ahne also, was da in etwa auf uns zukommt:

- Vertretung nicht der Basis, sondern der Funktionäre;
- Vertretung nicht der Studierenden und Anfänger, sondern der Etablierten, derer, die es bereits geschafft haben;
- Vertretung nicht der Frauen, sondern der Männer;
- hohe monatliche Pflichtzahlungen für äußerst fragwürdige Zuwendungen (z.B. angestellte Ärztin, 42

Jahre, netto öS 24.000,-: zweimal jährlich öS 2.800,- Kammerumlage [für Info durch die ÄK], zwölfmal jährlich öS 3.700,- Wohlfahrtsfond [für öS 9.000,- Pension ab 65]);

- Finanzierung von Funktionären und Glaspalästen als Statussymbole im Politspiel der Mächtigen.

Ich bin für vieles:

- Ich bin eine Verfechterin der Frei(en)-Willigkeit,
- der selbstbewußten Eigenverantwortlichkeit,
- der Eigen-Mächtigkeit,
- des Über-sich-selbst-Verfügens.

Ich bin für die Möglichkeit, sich für eine Berufsvertretung zu entscheiden, dafür, tätig oder zahlend sich zu

engagieren, sich von einer Berufspolitik zu distanzieren oder auch aus der Ferne kritisch oder wohlwollend zu betrachten.

Ich bin dafür, möglichst kreative, dem Beruf maximal angepaßte Strukturen zu entwickeln.

Ich bin dafür, Strukturen zu entwickeln, in denen der Mensch (sei er Patient, sei er Psychotherapeut) das Maß der Dinge ist und nicht das System.

Ich bin für zeitgemäße Strukturen, die die demokratiepolitische Entwicklung der Österreicherinnen und Österreicher in den letzten 100 Jahren berücksichtigen.

Deswegen bin ich gegen eine KÖR/Kammer mit Pflichtmitgliedschaft.

*Dr. Eva-Maria Kreamsner  
TLP – Tiroler Landesverband für  
Psychotherapie  
Postfach 200, A-6010 Innsbruck  
Tel. 0512/45 59 58*

## Leserbrief

### Psychotherapie und Supervision sind zwei Paar Schuhe

#### Zur Notwendigkeit der Entmischung von Supervision und Psychotherapie

Erfreut haben wir die ausführliche Darstellung der Supervisionsrichtlinien des ÖBVP zur Kenntnis genommen. Wir verstehen damit den ÖBVP als Partner in den Bemühungen um Qualitätssicherung und Transparenz innerhalb der Psychotherapie.

Der Artikel stellt jedoch insofern ein verzerrtes Bild der österreichischen Supervisionslandschaft dar, indem er suggeriert, die Supervision sei in der Verbindung mit der psychotherapeutischen Ausbildung allumfassend geregelt. Er beansprucht Allgemeingültigkeit für den gesamten psychosozialen Bereich und therapeutisiert diesen Bereich damit. Bedenklich erscheint uns die selbstverständliche Annahme, daß Supervision ein „integraler Bestandteil“ von psychotherapeutischer Arbeit sei. Verstärkt wurde

dieser Eindruck weiters durch den Begleitbrief für die Feldsupervisions-Eintragungsurkunde, in dem Mag. Fehlinger schreibt: „Der ÖBVP wird sein berufspolitisches Gewicht dafür einsetzen, daß Supervision als Berufstätigkeit verschiedenster Professionen verstanden und verbreitet wird. Wir halten es weder für sinnvoll noch notwendig, einen weiteren Berufsstand zu gründen oder ein Berufsbild für Supervisoren/innen gesetzlich abzusegnen. Die aktuelle politische Situation bietet dafür auch keinerlei Anhaltspunkte.“ Mit dieser ausschließlich standespolitischen Vorgangsweise ist weder den Konsumenten von Supervision noch den Psychotherapeuten gedient. Die Verleugnung von Realitäten hat noch nie geholfen.

Vergessen wird ein weiterer Zugang der supervisorischen Praxis, der in den letzten Jahren immer wesentlicher wurde, die Organisationsentwicklung. Gerade in der Wahrnehmung des Organisationskontextes besteht ein zentraler Unterschied zwischen Therapie und Supervision. Es ist nicht der vertrauliche Rahmen zwischen Therapeuten/innen und Patienten/innen, der entsprechenden rechtlichen Schutz erfährt, sondern in der Regel ein Dreiecksverhältnis, in dem Auftraggeber und Supervisanten/innen verschiedene Personengruppen sind. Die Rolle des Dritten – der Supervisoren/innen – besteht in der Gestaltung und Aushandlung entsprechender Arbeitsbedingungen und -inhalte, der nötigen Rahmenbedingungen und der dafür erforderlichen Informationsflüsse. Deutlich wird das in der Kontraktierung von Aufträgen, im Arbeitsverlauf und der damit einhergehenden Evaluierung.

Die Wichtigkeit eines psychotherapeutischen Supervisionsverständnisses ist zweifellos im Rahmen der Ausbildung von Psychotherapeuten gegeben. Für die heutigen Praxisanforderungen an Supervisoren/innen im psychosozialen Feld, der Wirtschaft

und anderen Organisationen reicht es nicht. Als Reaktion auf diese veränderten Praxisanforderungen haben sich in den 80er Jahren spezialisierte Supervisionsausbildungen und die entsprechenden Berufsorganisationen entwickelt. Nicht von ungefähr arbeitet die ÖVS (Österreichische Vereinigung für Supervision) seit Jahren in enger Kooperation mit der DGSV (Deutschen Gesellschaft für Supervi-

sion) und dem BSO (Berufsverband für Supervision und Organisationsentwicklung, Schweiz) an der entsprechenden Profilierung und dem notwendigen Qualitätsmanagement.

Als Psychotherapeuten/innen und Supervisoren/innen wissen wir um die Herausforderungen, die die unterschiedlichen Arbeitsfelder an Identität und an Professionalität stellen. Um im Bild zu bleiben, mit einfa-

chen Überziehern ist es nicht getan, man/frau ist mit einem zweiten Paar Schuhe gut beraten.

*Margot Scherl, Supervisorin  
2. Vorsitzende der ÖVS und  
Psychotherapeutin*

*Siegfried Tatschl, Supervisor  
Gründungsmitglied der ÖVS und  
Psychotherapeut  
Seidengasse 32/53, A-1070 Wien*

---

## Informationsabend zur Psychotherapieausbildung

Aufgrund der großen Nachfrage bietet der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie für Personen, die an einer Ausbildung zum/zur Psychotherapeuten/in interessiert sind, Informationsabende an.

Termine: Donnerstag, 30. Januar 1997, 19.30 Uhr; Donnerstag, 13. März 1997, 19.30 Uhr.

Ort: ÖBVP-Büro, Rosenbursenstrasse 8/3/7, 1010 Wien.

Referent: Dr. Christian Korbel (Präsidium des ÖBVP, zuständig für Ausbildungsbelange).

### *Überblick über die geplanten Themen*

Information über

- Psychotherapieausbildung allgemein,
- Propädeutikumseinrichtungen,

- fachspezifische Ausbildungseinrichtungen,
- gesetzliche Bestimmungen,
- Zugangbestimmungen,
- Berufsaussichten
- und alle Ihre Fragen.

Diese Informationsabende sind eine Leistung des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie; die Teilnahme ist kostenfrei.

Wenn Sie an einem dieser Infoabende teilnehmen möchten, bitten wir um Ihre schriftliche bzw. telefonische Anmeldung im Sekretariat, Tel. 513 17 301.

---

# Ausbildung – Fortbildung – Weiterbildung

Ch. Korbelt

## Aktuelles zur Psychotherapieausbildung

### 2. Übergangsregelung

Nach zahlreichen Gesprächen mit der zuständigen Stelle im BMfGK und mit den Gesundheitssprechern/innen aller Parteien konnte nicht sichergestellt werden, daß bei einer Änderung des § 26 (2) Psychotherapiegesetz nicht auch andere Teile des Psychotherapiegesetzes geändert werden. Aus diesem Grund hat sich das Präsidium des ÖBVP entschlossen, vom Versuch, das Pth-Gesetz in diesem Punkt zu ändern, Abstand zu nehmen. Ausbildungskandidaten/innen der 2. Übergangsregelung müssen demnach ihre Ausbildung bis längstens 31. Dezember 1997 absolviert haben, um noch vor dem 30. Juni 1998 gemäß dem Pth-Gesetz § 26 (2) in die Psychotherapeutenliste des BMfGK eingetragen werden zu können. Was dies für jene Ausbildungskandidaten/innen der 2. Übergangsregelung bedeutet, denen es nicht möglich ist, ihre Ausbildung zeitgerecht abzuschließen, ist bis zum jetzigen Zeitpunkt (Oktober 1996) noch nicht ausreichend geklärt. Das Arbeitspapier aus der zuständigen Arbeitsgruppe des Psychotherapiebeirates, auf welches immer wieder Bezug genommen

wird, ist nicht von ministerieller Seite beschlossen worden und auch weiterhin nur als Arbeitspapier zu betrachten. Die Arbeitsgruppe ist weiterhin bemüht, für die betroffenen Kandidaten/innen eine fachgerechte Lösung zu finden, die unter den bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen möglich ist.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß alle Kandidaten/innen versuchen sollten, doch noch vor 1997 fertig zu werden. Diejenigen, die schon jetzt wissen, daß ihnen dies nicht möglich ist, sollten das Propädeutikum beginnen, da es auf jeden Fall von großem Vorteil sein wird, möglichst viele Ausbildungsschritte vor Ende 1997 absolviert zu haben.

Die weitere Vorgangsweise wird voraussichtlich im Dezember 1996 vom BMfGK vorliegen, sodaß sie Anfang 1997 zur Verfügung steht und im nächsten Psychotherapie Forum veröffentlicht wird.

### Psychotherapeuten/innen in Ausbildung unter Supervision

Diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die freie Therapieplätze zur Verfügung haben, können dies in den

Infostellen des jeweiligen Landesverbandes bekanntgeben. Diese Möglichkeit besteht auch für Psychotherapeuten/innen in Ausbildung unter Supervision. In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, daß die Ausbildungskandidaten/innen, sobald sie die Berechtigung zur eigenständigen psychotherapeutischen Tätigkeit unter Supervision bekommen, eine Kopie der Bestätigung an das ÖBVP-Büro schicken sollen, damit sie auch als Psychotherapeuten/innen in Ausbildung unter Supervision geführt werden.

### Berufshaftpflicht-Versicherung

Neben der Berufs-Haftpflicht- und Berufs-Rechtsschutzversicherung für Psychotherapeuten/innen und Psychotherapeuten/innen in Ausbildung bietet der ÖBVP in Zusammenarbeit mit der Interunfall-Versicherung jetzt auch eine günstige Berufs-Haftpflichtversicherung für Propädeutikumsteilnehmer/innen für die Dauer ihrer Praktikumszeit an. Nähere Informationen im ÖBVP-Büro bei Frau Olga Hödl, Tel. 513 17 302.

*Dr. Christian Korbelt  
Präsidium des ÖBVP  
Ausbildungsbelange  
Praxisgemeinschaft  
Schegargasse 13-15/1/3  
A-1190 Wien, Tel. 34 35 55*

# Aus dem Psychotherapiebeirat – Gesundheitsministerium

## Ethik-Rubrik

### Forum zur Diskussion berufsethischer Fragen

In der Vollsitzung des Psychotherapiebeirats des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz wurde eine Ergänzung des Berufskodex beschlossen (Vollsitzung vom 4. Juni 1996), die sich vor allem auf Punkt VI. „Anwendung des Berufskodex im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung“ bezieht. Im folgenden wird – wie bereits im letzten Psychotherapie Forum angekündigt (Amendt-Lyon et al., 1996, S. 117), die vollständige letzte Version des Berufskodex abgedruckt.

*Dr. Renate Hutterer-Krisch, Vorsitzende des Ausschusses für Ethik und Konsumentenschutz im Psychotherapiebeirat des Bundesministeriums für Gesundheit und Konsumentenschutz*

## Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten\*

(Stand: Juni 1996)

### Inhaltsverzeichnis

#### Präambel

- I. Der psychotherapeutische Beruf
- II. Fachliche Kompetenz und Fortbildung
- III. Vertrauensverhältnis, Aufklärungs- und besondere Sorgfaltspflichten in der psychotherapeutischen Beziehung
- IV. Psychotherapeutische Leistungen in der Öffentlichkeit
- V. Kollegiale Zusammenarbeit und Kooperation mit angrenzenden Berufen
- VI. Anwendung des Berufskodex im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung
- VII. Mitwirkung im Gesundheitswesen
- VIII. Psychotherapieforschung
- IX. Regelung von Streitfällen und Umgang mit Verstößen gegen den Berufskodex

#### Präambel

In der Ausübung ihres Berufes wird von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein besonders verantwortungsvoller Umgang mit der eigenen Person, mit der psychotherapeutischen Aufgabe sowie mit jenen Menschen gefordert, mit denen sie durch die Psychotherapie in eine besondere Beziehung eintreten.

Darüber hinaus ist mit der Ausübung der Psychotherapie – nämlich auf wissenschaftlicher Grundlage zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit oder zur Reifung und Entwicklung leidender Menschen beizutragen – auch eine besondere gesellschaftliche Verantwortung verbunden. Dazu gehört vor allem das Bemühen um Förderung und Wahrung des Ansehens des psychotherapeutischen Berufsstandes, um so das für die Erfüllung der psychotherapeutischen Aufgabe unabding-

bare Vertrauen zwischen Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes einerseits und psychotherapiebedürftigen Menschen andererseits zu erhalten und diesem Vertrauen tatsächlich gerecht werden zu können.

In diesem Sinne erlegt das Psychotherapiegesetz Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bestimmte berufliche Verpflichtungen auf. Dabei kommen auch berufsethische Grundsätze zum Tragen, die für die Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes handlungsleitend sein sollen und in der Formulierung der einzelnen Berufspflichten normativen Gehalt gewinnen. Die vom Gesetzgeber erhobenen konkreten Forderungen entbinden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jedoch in keiner Weise davon, selbstverantwortlich ihre psychotherapeutische Grundhaltung und ihr Handeln ständig unter dem Gesichtspunkt der ethischen Verpflichtungen zu reflektieren, die sich aus ihrer Aufgabe ergeben. Die Tatsache, daß sich ethisch verantwortungsvolles Handeln durch Gesetze und Richtlinien letztlich nicht bewirken läßt, steht nicht im Widerspruch dazu, daß Auseinandersetzung, Verständigung und Vereinbarung über verbindliche Gesichtspunkte ethisch verantwortlichen professionellen Verhaltens in konkreten Fragen sinnvoll und notwendig sind. Dementsprechend versteht sich der Berufskodex als Konkretisierung, Interpretation und Ergänzung zu den gesetzlich festgeschriebenen Berufspflichten von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

### I. Der psychotherapeutische Beruf

Der nach einer gesetzlich geregelten allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte psychotherapeutische Beruf dient der umfassenden, bewußten und geplanten Behandlung von

\* Dok.: II/B/14 – Berufskodex – Psychotherapeuten. 1. Novelle – 018861.

psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten. Ziel dieser Behandlung ist es, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.

Der psychotherapeutische Beruf ist durch die eigenverantwortliche Erfüllung dieser Aufgaben charakterisiert, unabhängig davon, ob diese Tätigkeiten freiberuflich oder im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses ausgeübt werden. Dieser Eigenverantwortlichkeit in der Erfüllung ihrer psychotherapeutischen Aufgabe sind die Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes auch gegenüber gesellschaftlichen und beruflichen Institutionen und Organisationen, im Verhältnis zu Vorgesetzten und in der Kooperation mit Berufskolleginnen und Berufskollegen und anderen Heilberufen verpflichtet. Sie schließt die Wachsamkeit gegenüber persönlichen, sozialen, institutionellen, wirtschaftlichen und politischen Faktoren mit ein, die zu einer mißbräuchlichen Anwendung psychotherapeutischer Kenntnisse führen könnten.

Die Verantwortung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schließt die Achtung vor der Würde und Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen und den Respekt vor dessen Einstellungen und Werthaltungen mit ein. Die Eigenverantwortlichkeit der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes gründet auf der Bereitschaft, die berufliche Aufgabe nach bestem Wissen und Gewissen unter Beachtung der Entwicklung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu erfüllen, sich um die Fortentwicklung der eigenen Kompetenz zu bemühen, mit den eigenen Kräften, Fähigkeiten und Grenzen verantwortungsvoll umzugehen und das eigene Verhalten unter ethischen Gesichtspunkten zu reflektieren.

## II. Fachliche Kompetenz und Fortbildung

Die Erfüllung psychotherapeutischer Aufgaben erfordert die ständige

selbstkritische Prüfung der eigenen persönlichen und fachlichen Qualifikation und Kompetenz, das ständige Bemühen um ihre Weiterentwicklung und die Beachtung der eigenen Grenzen.

Daraus ergeben sich für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch die konkreten Verpflichtungen

1. ausschließlich jene psychotherapeutischen Leistungen anzubieten, für die eine entsprechende Qualifikation und Kompetenz erworben worden ist;

2. sich durch entsprechende Fortbildung (jährlicher Besuch von in- oder ausländischen Fortbildungsveranstaltungen) über den aktuellen Stand der erlernten und ausgeübten psychotherapeutischen Richtung zu informieren, sich damit kritisch auseinanderzusetzen und ihn eigenverantwortlich in der eigenen psychotherapeutischen Tätigkeit zu berücksichtigen;

3. das eigene Erleben und Verhalten in der psychotherapeutischen Tätigkeit in fortlaufender oder periodischer Supervision zu reflektieren;

4. nach den Grundsätzen der wissenschaftlichen Redlichkeit die Wirkung der eigenen Arbeit zu überprüfen; den kollegialen Austausch, die kritische Reflexion und den fachlichen Diskurs insbesondere auch bei der Weiter- und Neuentwicklung psychotherapeutischer Erkenntnisse und Verfahren zu suchen;

5. sich über die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften und über institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Tätigkeit im Gesamtzusammenhang des Gesundheitswesens und der psychosozialen Einrichtungen kundig zu machen und informiert zu halten.

## III. Vertrauensverhältnis, Aufklärungs- und besondere Sorgfaltspflichten in der psychotherapeutischen Beziehung

Die Eigenart der Beziehung zwischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Patientinnen und Patienten bedingt für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch besondere Verpflichtungen auf der einen und besondere Rechte auf der anderen Seite.

Solche, den Behandlungsvertrag im engeren Sinn betreffende Verpflichtungen und Rechte sind insbesondere:

1. die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und das Recht der Patientinnen und der Patienten auf Wahrung der freien Psychotherapeutenwahl;

2. die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und das Recht der Patientinnen und der Patienten auf eine sorgfältige Abklärung der Verhaltensstörungen oder Leidenszustände, wozu gegebenenfalls auch die Konsultation anderer Berufsgruppen des Gesundheitswesens (Angehörige des ärztlichen und klinisch-psychologischen Berufes u.a.) erforderlich ist;

3. die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und das Recht der Patientinnen und der Patienten auf strikte Wahrung der Freiwilligkeit der psychotherapeutischen Behandlung (keine Behandlung ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten);

4. die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und das Recht der Patientinnen und der Patienten auf umfassende Aufklärung über Art und Umfang der geplanten psychotherapeutischen Behandlung; diese Aufklärung hat auch das Setting, die Frequenz, die allfällige Gesamtdauer – soweit abschätzbar –, die Honorierung, Urlaubsregelung und alle sonstigen Informationen zu umfassen, die zur Klärung des besonderen Vertragsverhältnisses erforderlich sind;

5. die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes zur Führung folgender Aufzeichnungen:

- über den Zeitpunkt des Beginns und der Beendigung der Behandlung sowie über Zeitpunkt und Dauer der einzelnen Behandlungsstunden,
- über die darüber sowie über die Honorierung und sonstigen Bedingungen des Behandlungsvertrags mit der Patientin und dem Patienten oder seiner gesetzlichen Vertreterin oder seinem gesetzlichen Vertreter getroffenen Vereinbarungen,
- über allfällige ärztliche oder klinisch-psychologische Befunde

bzw. Mitteilungen über frühere oder neu auftretende Erkrankungen und deren Behandlung, soweit sie für die psychotherapeutische Behandlung relevant sind,

- über allfällige Konsultationen von Berufskolleginnen und Berufskollegen oder Angehörigen anderer Heilberufe,
- über allfällige Empfehlungen an die Patientin oder den Patienten, zur ergänzenden Abklärung oder Behandlung eine Angehörige oder einen Angehörigen des ärztlichen oder klinisch-psychologischen Berufsstandes aufzusuchen;

die Patientin oder der Patient oder seine gesetzliche Vertreterin oder sein gesetzlicher Vertreter haben jederzeit das Recht auf Einsichtnahme in die oben angeführten Aufzeichnungen; dieses Recht erstreckt sich insbesondere nicht auf die Einsichtnahme in allfällige darüber hinausgehende persönliche Aufzeichnungen des Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes, in denen dieser für sich selbst den psychotherapeutischen Prozeß reflektiert;

6. die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und das Recht der Patientin oder des Patienten auf den umfassenden Schutz der Persönlichkeitsrechte der Patientin oder des Patienten, insbesondere auch auf die uneingeschränkte Geheimhaltung jener der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten anvertrauten Geheimnisse; diese Verschwiegenheitspflicht von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ihrer allfälligen Hilfspersonen und Supervisoren steht auch über allfälligen Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege; auch eine Entbindung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes von ihrer Verschwiegenheitspflicht durch die Patientin oder den Patienten selbst ist nicht möglich; die Auskunftspflicht gegenüber einer gesetzlichen Vertreterin oder einem gesetzlichen Vertreter (etwa eines Kindes oder Jugendlichen) gemäß § 14 Abs. 4 des Psychotherapiegesetzes besteht allenfalls in bezug auf jene bei der Aufzeichnungspflicht bereits angeführten Punkte – die in der Behandlung der

therapeuten anvertrauten Geheimnisse bleiben auch gegenüber der gesetzlichen Vertreterin oder dem gesetzlichen Vertreter absolut geschützt;

7. die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und das Recht der Patientinnen oder der Patienten auf einen verantwortlichen Umgang mit dem besonderen Vertrauens- und Abhängigkeitsverhältnis in der psychotherapeutischen Beziehung; jeglicher Mißbrauch dieses Vertrauensverhältnisses und der im Psychotherapieverlauf bestehenden, vorübergehend vielleicht sogar verstärkten Abhängigkeit der Patientin oder des Patienten von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten stellt einen schwerwiegenden Verstoß gegen die ethischen Verpflichtungen der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes dar; Mißbrauch liegt dann vor, wenn Angehörige des psychotherapeutischen Berufes ihren Aufgaben gegenüber den Patientinnen oder den Patienten untreu werden, um ihre persönlichen, z.B. wirtschaftlichen, sozialen oder sexuellen Interessen zu befriedigen; daraus ergibt sich auch die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes, alle dem psychotherapeutischen Verhältnis fremden persönlichen, wirtschaftlichen und sozialen Verstrickungen mit den Patientinnen oder den Patienten zu meiden;

8. die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes und das Recht der Patientinnen und der Patienten auf rechtzeitige Information über die Absicht der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes, von der jeweiligen Behandlung oder von der Ausübung des Berufs zurückzutreten; dabei ist mit den Patientinnen oder den Patienten abzuklären, ob sie oder er weiter psychotherapiebedürftig ist; diese Information hat so zeitgerecht zu erfolgen, daß den Patientinnen oder den Patienten eine Fortführung der Psychotherapie bei einem anderen Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes seiner Wahl möglichst ohne beeinträchtigende Unterbrechung möglich ist;

9. die Verpflichtung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes, daß auch nach dem Ende der Behandlung die Punkte 1. bis 8. zu-

mindest nach ethischen Gesichtspunkten weiter zu beachten sind.

#### **IV. Psychotherapeutische Leistungen in der Öffentlichkeit**

Im Interesse der Förderung und Wahrung des Ansehens des psychotherapeutischen Berufsstandes sowie vor allem auch im Interesse der Ratsuchenden und Psychotherapiebedürftigen ist ein verantwortlicher Umgang mit jeder Form des Anbietens psychotherapeutischer Leistungen in der Öffentlichkeit geboten.

Unter die grundlegende Verpflichtung zur sachlichen und wahren Information über den eigenen Berufsstand, über die eigene Qualifikation und über Art und Umfang der angebotenen psychotherapeutischen Leistungen fallen insbesondere:

1. die gesetzliche Verpflichtung zur Führung der Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ oder „Psychotherapeutin“ im Zusammenhang mit der Berufsausübung, verbunden mit dem Recht auf Führung der in der Psychotherapeutenliste eingetragenen Zusatzbezeichnungen;

2. die Verpflichtung zur klaren Bezeichnung der tatsächlich praktizierten psychotherapeutischen Methoden und Verfahren; die Unterlassung jeglicher Irreführung hinsichtlich der eigenen fachlichen Kompetenz (z.B. hinsichtlich der erlernten und praktizierten psychotherapeutischen Methoden und Verfahren);

3. die Verpflichtung, bei Werbung und Ankündigungen in der Öffentlichkeit fachlichen Gesichtspunkten strikt den Vorrang vor kommerziellen Gesichtspunkten einzuräumen; Werbung oder Ankündigungen sind dabei auf das sachlich Gebotene zu beschränken – marktschreierische, wahrheitswidrige oder irreführende Werbung ist unzulässig; Werbung und Ankündigungen sollen jedoch ausreichende Information über Art, Umfang und Indikation der angebotenen Leistungen sowie, über die geforderten Entgelte und die Rechte der Patientinnen und Patienten enthalten;

4. die Einhaltung der Schilderordnung; das Aushängen von Praxisschildern ist im Sinne der Offenlegung der Berufsberechtigung geboten; auf dem Praxisschild ist die Berufsbezeichnung anzuführen; ferner kön-

nen die eingetragenen Zusatzbezeichnungen sowie Hinweise auf die tatsächlich hauptsächlich praktizierten psychotherapeutischen Methoden und Verfahren angeführt werden; der Hinweis auf Einzel-, Gruppen-, Paar- oder Familientherapie ist ebenso zulässig wie der Hinweis auf eine spezialisierte Praxis hinsichtlich bestimmter Altersgruppen.

## V. Kollegiale Zusammenarbeit und Kooperation mit angrenzenden Berufen

### 1. Allgemeine Grundsätze

Für die Erfüllung der Aufgabe der Psychotherapie wie auch für die Förderung und Wahrung des Ansehens des psychotherapeutischen Berufsstandes ist ein korrektes Verhalten der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes im Umgang mit Berufskolleginnen und Berufskollegen und Angehörigen anderer Heilberufe sowie in bezug auf Wissenschaft und Forschung bedeutsam.

Dies ist Grundlage für das produktive Zusammenwirken bei der Abklärung und Behandlung von Störungen und Leidenszuständen, bei der Förderung wirksamer Prophylaxemaßnahmen in der Gesellschaft, bei der Anhebung des Wissensstandes und der Weiterentwicklung der theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten im eigenen Berufsstand wie auch in anderen Heilberufen.

Daraus erwachsen die Verpflichtungen,

- a) in der für die Weiterentwicklung der wissenschaftlich begründeten Psychotherapie notwendigen Auseinandersetzung innerhalb und zwischen den verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und mit anderen Wissenschaftsdisziplinen die eigenen Erfahrungen, Erkenntnisse und Standpunkte offen, konstruktiv und kritisch einzubringen, ohne andere Richtungen und Auffassungen und deren Vertreter herabzusetzen oder zu diffamieren;
- b) kein unsachliches Konkurrenzverhalten gegenüber Berufskolleginnen und Berufskollegen und Vertreterinnen und Vertretern anderer Heilberufe an den Tag zu legen, sondern sich im Umgang mit ihnen

um Toleranz und konstruktive Zusammenarbeit zu bemühen;

- c) sich jeder unsachlichen Kritik an der Berufsausübung anderer Angehöriger des psychotherapeutischen Berufes und Angehöriger anderer Heilberufe zu enthalten, bei begründetem Verdacht unlauteren oder standeswidrigen Verhaltens von Berufskolleginnen und Berufskollegen aber nicht zu schweigen, sondern entsprechend den Richtlinien im Abschnitt IX. des vorliegenden Berufskodex damit angemessen umzugehen.

### 2. Kollegiale Zusammenarbeit von Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten offen für eine kollegiale Zusammenarbeit mit Berufskolleginnen und Berufskollegen im Sinne der wechselseitigen Konsultation und Kooperation bei der Abklärung der Leidenszustände der Patientinnen und Patienten und deren angemessenen Behandlung, bei der Vertretung von Kolleginnen und Kollegen in Krisenfällen und bei der Zuweisung von Patientinnen und Patienten, deren Behandlung nicht selbst übernommen oder weitergeführt werden kann, sein.

In solchen Fällen der Konsultation und Kooperation ist die beigezogene Berufskollegin oder der beigezogene Berufskollege in gleicher Weise wie die für die Behandlung hauptverantwortliche Psychotherapeutin oder der hauptverantwortliche Psychotherapeut an die strenge Verschwiegenheitspflicht und die anderen aus seiner Tätigkeit erwachsenden Pflichten gegenüber der Patientin oder dem Patienten gebunden.

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dürfen gemäß § 16 Abs. 3 des Psychotherapiegesetzes für die Zuweisung von Personen zur Psychotherapie an sie oder durch sie sich oder anderen keine Vergütungen versprechen, geben, nehmen oder zuschern lassen.

Angehörige des psychotherapeutischen Berufes können sich zur gemeinsamen Nutzung von Einrichtungen, Praxisräumen etc. und gemeinsamer Beschäftigung von Hilfspersonen in Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen zusammenschließen.

Für derartige Gemeinschafts- oder Gruppenpraxen gilt jedoch jedenfalls neben der sinngemäßen Anwendung aller anderen Bestimmungen des Psychotherapiegesetzes und des Berufskodex für Angehörige des psychotherapeutischen Berufes,

- a) daß auch in jeder Form eines derartigen Zusammenschlusses die freie Behandlerwahl gesichert sein muß;
- b) daß im Falle der Beschäftigung von Hilfspersonen in der Gemeinschafts- oder Gruppenpraxis die Einhaltung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere die Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Patientinnen und Patienten gewährleistet sein muß;
- c) daß allen Beschäftigungsverhältnissen in der Gemeinschafts- oder Gruppenpraxis rechtlich einwandfreie, klare und faire Vereinbarungen zugrundegelegt und den Beschäftigten angemessene Arbeitsbedingungen und der jeweiligen Tätigkeit entsprechende Verträge angeboten werden.

### 3. Kollegiale Zusammenarbeit mit Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes in Ausbildung

Für die kollegiale Zusammenarbeit mit Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes in Ausbildung, die ihre supervidierte Praxis in Zusammenarbeit mit einer eingetragenen Psychotherapeutin oder einem eingetragenen Psychotherapeuten oder in einer psychotherapeutischen Gemeinschafts- oder Gruppenpraxis absolvieren, gelten folgende Gesichtspunkte:

- a) der unter Supervision praktizierende Angehörige des psychotherapeutischen Berufes in Ausbildung ist für sein psychotherapeutisches Handeln selbst verantwortlich;
- b) die eingetragene Psychotherapeutin und der eingetragene Psychotherapeut haben sich allerdings vor Aufnahme der Kooperation durch Einholen einer entsprechenden Bescheinigung der jeweiligen anerkannten psychotherapeutischen Ausbildungseinrichtung zu vergewissern, daß die in Ausbildung stehende Psychotherapeutin oder der in Ausbildung stehende Psychotherapeut die für die in Aussicht genommene psychotherapeutische

Tätigkeit erforderliche Reife und den geforderten Ausbildungsstand erreicht und sich zu entsprechend qualifizierter, kontinuierlicher Supervision verpflichtet hat;

- c) die eingetragene Psychotherapeutin und der eingetragene Psychotherapeut haben in Kooperationen dieser Art darauf zu achten, daß der in Ausbildung stehenden Psychotherapeutin oder dem in Ausbildung stehenden Psychotherapeuten nur Aufgaben übertragen werden, die der jeweiligen persönlichen und fachlichen Kompetenz und Belastungsfähigkeit angemessen sind; die Heranziehung zu einseitigen oder ausschließlich untergeordneten Hilfstätigkeiten ist unzulässig;
- d) die eingetragene Psychotherapeutin und der eingetragene Psychotherapeut sind nicht berechtigt, aus der Kooperation mit Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes in Ausbildung finanzielle Vorteile etwa im Wege finanzieller Forderungen über den sachlich gerechtfertigten Kostenersatz für Aufwendungen im Rahmen der Kooperation hinaus zu ziehen.

#### **VI. Anwendung des Berufskodex im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung**

Die in diesem Berufskodex niedergelegten Grundsätze und Gesichtspunkte für den verantwortungsvollen Umgang mit Patientinnen oder Patienten und Berufskolleginnen oder Berufskollegen sind sinngemäß auch auf das Verhältnis zwischen Auszubildenden und Auszubildenden im psychotherapeutischen Propädeutikum und psychotherapeutischen Fachspezifikum anzuwenden.

Die Ausbildungsvereine und die Auszubildenden übernehmen mit dem Ausbildungsvertrag, den sie mit dem oder der Auszubildenden schließen, die Aufgabe, Verantwortung und Verpflichtung, einen optimalen Beitrag zur Erreichung des Ausbildungszieles für den Auszubildenden oder die Auszubildende zu leisten.

Diese eingegangene Verpflichtung hat mit der besonderen Situation des Auszubildenden oder der Auszubildenden in einer psychotherapeutischen Ausbildung zu tun. Diese besondere Situation ergibt sich aus dem

spezifischen Abhängigkeits- und Vertrauensverhältnis, der psychotherapeutischen Ausbildungsaufgabe und aus dem evaluativen Charakter dieser Beziehung.

Die Auszubildenden unterziehen sich einem Ausbildungsverfahren, das in seinem Verlauf eine Beurteilung der ganzen Person beinhaltet, in der es mindestens temporäre Abhängigkeiten gibt, und das in der Regel eine Reorganisation der Persönlichkeit zum Ziel hat. Die Verpflichtung erfordert vom Auszubildenden eine besondere Sorgfalt im Umgang mit der Person des Auszubildenden oder der Auszubildenden im Zuge der Zulassung und der Ausbildung.

Alle Verhaltensweisen von Auszubildenden, in denen ausbildungsfremde Erwägungen oder auch Eigeninteressen der psychotherapeutischen Ausbildungsaufgabe vorgezogen werden, seien sie nun etwa wirtschaftlicher, sozialer, emotionaler, politischer, religiöser oder insbesondere sexueller Natur (vgl. auch Abschnitt III.), sind daher als Mißbrauch anzusehen, auch wenn dies von den Auszubildenden gewünscht wird.

Solche Verstöße gegen die Berufsethik sind geeignet, die Vertrauenswürdigkeit der Auszubildenden ernsthaft in Frage zu stellen. Die Verantwortung dafür liegt allein bei den Auszubildenden und kann nicht den Auszubildenden zugeordnet werden.

Von den Ausbildungseinrichtungen und den Auszubildenden ist im einzelnen eigene Sorgfalt im Umgang mit dem Ausbildungsverhältnis gefordert, das der Ausbildungsvertrag begründet.

Volle Aufklärung und Information über die Ausbildungsordnung und alle für den Ausbildungsgang wesentlichen Regelungen sind schriftlich festzuhalten und interessierten Personen zugänglich zu machen. Dies gilt auch für die Regelungen und Verfahrensweisen bezüglich der Behandlung von Streitfällen aus dem Ausbildungsverhältnis, die die Ausbildungseinrichtungen in angemessener Weise festzulegen haben. Alle für das Ausbildungsverhältnis relevanten Vereinbarungen sind sinnvollerweise mit der oder dem Auszubildenden schriftlich zu treffen.

Auch nach Ende der Ausbildung sind diese Richtlinien zumindest nach ethischen Gesichtspunkten weiter zu beachten.

#### **VII. Mitwirkung im Gesundheitswesen**

In ihrer gesellschaftlichen Verantwortung sind die Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes gefordert, durch ihr Wirken ihren Beitrag zur Erhaltung und Schaffung von Lebensbedingungen zu leisten, die der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit und der Reifung und Entwicklung des Menschen dienen.

Darüber hinaus besteht eine besondere soziale Herausforderung darin, sich für einen verbesserten Zugang zur Psychotherapie auch für jene gesellschaftliche Gruppen einzusetzen, die derzeit aufgrund ihrer sozialen Stellung, ihrer allgemeinen Lebenssituation, ihrer beeinträchtigten Artikulationsfähigkeit, ihres Lebensraums außerhalb der Ballungsgebiete oder im Zusammenhang mit andern Beeinträchtigungen psychotherapeutische Hilfe nicht oder nur in unzulänglichem Maß in Anspruch nehmen können.

Im Umgang mit der Finanzierung von Psychotherapie besteht für Angehörige des psychotherapeutischen Berufes über die Einhaltung der jeweiligen gesetzlichen und vertraglichen Regelungen hinaus die Verpflichtung, in jedem konkreten Fall die Implikationen der jeweiligen Finanzierung für den psychotherapeutischen Prozeß zu reflektieren und sie im psychotherapeutischen Geschehen angemessen zu berücksichtigen. Wo dies von der psychotherapeutischen Aufgabenstellung her gefordert erscheint, ist von Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes Standfestigkeit gegenüber psychotherapiefremden oder die Psychotherapie gefährdenden Einflüssen oder Ansinnen zu beweisen.

#### **VIII. Psychotherapieforschung**

Im Interesse der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Psychotherapie sowie der Erforschung der Wirkungen der Psychotherapie sollten Angehörige des psychotherapeutischen Berufes die grundsätzliche Bereitschaft mitbringen, in der ihnen jeweils angemessenen Weise und nach ihren jeweiligen Möglichkeiten an Forschungsvorhaben mitzuwirken, die ihnen sachlich sinnvoll, fachlich qualifiziert und in Inhalt, Zielsetzung und Methodik ethisch vertretbar erscheinen.

Ist die Einbeziehung von psychothe-

rapeutischen Behandlungen in ein Forschungsvorhaben geplant, so sind die Implikationen dieser Einbeziehung für den psychotherapeutischen Prozeß zu reflektieren und eine entsprechende Aufklärung der betroffenen Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Soweit Angehörige des psychotherapeutischen Berufes Unterlagen aus ihrer psychotherapeutischen Praxis für Forschungsvorhaben bereitstellen, haben sie eigenverantwortlich dafür Sorge zu tragen, daß eine Verletzung der Persönlichkeitsrechte ihrer Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Mitwirkung am Forschungsvorhaben ausgeschlossen ist.

### **IX. Regelung von Streitfällen und Umgang mit Verstößen gegen den Berufskodex**

Bei Auseinandersetzungen zwischen Angehörigen des Berufsstandes in

Ausbildungsfragen etc. ist die kollegiale Austragung und Streitbeilegung im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildungs- und Fachverbände der Berufsvertretung anzustreben. Diese haben dafür entsprechende Regelungen und Einrichtungen (Schlichtungskommissionen o.ä.) zu schaffen. Nur in schwerwiegenden Fällen und nach Ausschöpfung dieser Möglichkeiten ist allenfalls die Anrufung des Psychotherapiebeirats für die Abklärung grundsätzlicher Fragen vorzusehen.

Bei begründetem Verdacht, daß sich eine Berufskollegin oder ein Berufskollege unlauter oder standeswidrig verhält, besteht die Verpflichtung, sich vorerst vertraulich mit ihm auseinanderzusetzen.

Bei Weiterbestehen des Verdachts sind die zuständigen Gremien der psychotherapeutischen Fachvereinigungen des Betreffenden, der Berufs-

vertretung der Angehörigen des psychotherapeutischen Berufes oder – in besonders gravierenden Fällen – der Psychotherapiebeirat davon in Kenntnis zu setzen.

Für die Behandlung von Patientenbeschwerden sind in psychotherapeutischen Fachverbänden und der Berufsvertretung geeignete Verfahrensweisen und Einrichtungen vorzusehen sowie allenfalls weitere Beschwerde-, Schlichtungs- oder Schiedsstellen zu befassen.

Bei schweren Verstößen gegen den Berufskodex kann der Psychotherapiebeirat nach entsprechender Prüfung in besonders gravierenden Fällen gutachterlich die bescheidmäßige Streichung aus der Liste empfehlen. Die Behandlung solch schwerwiegender Fälle obliegt einer Ehrenkommission, die vom Psychotherapiebeirat jeweils im Anlaßfall eingesetzt wird.

## Editorial: In letzter Minute: SPV und FSP arbeiten zusammen

1787 3. 12.

Nun ist es endlich soweit: Die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP und der Schweizer Psychotherapeuten-Verband SPV haben sich gegenüber dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) zur gemeinsamen Regelung der Anerkennungsfragen im Rahmen der künftigen Verordnung zur Psychotherapie verpflichtet. Zudem haben sie gemeinsam zum Entwurf dieser Verordnung Stellung genommen. Näheres dazu finden Sie im Artikel über das drohende Moratorium, welches vom Konkordat der Krankenkassen (KSK) verlangt wird und auch die Leistungen für die nichtärztliche Psychotherapie betrifft.

Die neueste erfreuliche Nachricht besteht darin, dass am 16. November (nach Redaktionsschluss) die Delegiertenversammlung der FSP die gemeinsame Stellungnahme nicht widerrufen hat. Eine Einigung auf einen Kompromiss wurde letztes Jahr von derselben Versammlung noch scharf abgelehnt.

Nach Aussagen ihres Generalsekretärs Felix Schneuwly an der Delegiertenversammlung des SPV am 15. November, will die FSP aus realpolitischen Gründen im Moment von ihrer Förderung abrücken, in Zukunft nur noch Hochschulabgängerinnen in Psychologie die Ausübung der Psychotherapie zu ermöglichen. Die FSP sei aber nach wie vor überzeugt, dass Psychologie die richtige Grundausbildung sei. Schneuwly räumte ein, dass die FSP die realpolitische Lage anders eingeschätzt habe. Die prekäre finanzielle Situation in den Praxen und die nicht minder düsteren Perspektiven haben somit ein Einlenken ermöglicht.

Der Vorstand des SPV wünscht allen Leserinnen und Lesern eine schöne Weihnachtszeit. Wenn der Bundesrat die Forderung nach dem Moratorium nicht erfüllt, werden wir alle im nächsten Jahr eine erfreuliche Perspektive haben.

*Mario Schlegel*

## Editorial: Dernières nouvelles: collaboration ASP/FSP

Ca y est enfin: la Fédération Suisse des Psychologues (FSP) et l'Association Suisse des psychothérapeutes (ASP) se sont engagées devant l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) à élaborer ensemble une réglementation des questions touchant à l'homologation des thérapeutes dans le cadre de la future ordonnance en matière de psychothérapie. Elles ont en outre présenté une prise de position commune concernant le projet d'ordonnance. Vous trouverez des détails à ce sujet dans l'article sur le moratoire exigé par le Concordat des caisses maladie (CCMS), moratoire qui devrait également toucher les prestations versées pour les psychothérapies non-médicales.

La nouvelle réjouissante est que l'assemblée des délégués de la FSP du 16 novembre (après rédaction du présent numéro) n'a pas révoqué cet accord. L'an dernier encore, une solution de compromis avait été rejetée par cette même assemblée. Selon une dé-

claration faite devant l'assemblée des délégués de l'ASP (15. 11.) par le secrétaire général FSP, Felix Schneuwly, par réalisme politique cette dernière renonce pour l'instant à exiger qu'à l'avenir seuls les porteurs d'un diplôme universitaire en psychologie soient autorisés à pratiquer la psychothérapie. Mais, selon lui, la FSP demeure convaincue que la psychologie représente la bonne formation de base. Schneuwly admet qu'actuellement la Fédération évalue autrement les données politiques concrètes. La situation financière précaire dans laquelle se trouvent les cabinets et les sombres perspectives d'avenir l'ont conduite à se raviser.

Le comité de l'ASP souhaite à tous les lecteurs et lectrices du FORUM de belles fêtes de fin d'année. L'an prochain pourrait être meilleur pour nous tous si le Conseil fédéral devait décider de ne pas accepter l'exigence d'un moratoire.

*Mario Schlegel*

## Neues von der berufspolitischen Front

### Alle Kräfte gegen ein Moratorium mobilisieren!

Im Psychotherapie Forum Supplement 3/96 vom September konnten wir einen vielversprechenden Vorentwurf für die Verordnung über die nichtärztliche Psychotherapie ankündigen. Die beiden Experten, die in der Zwischenzeit vom BSV (Bundesamt für Sozialversicherung) beauftragt waren, diesen Entwurf zu überprüfen, haben ihn im Wesentlichen bestätigt. Der Fahrplan des BSV sieht vor, die Verordnung per 1. 1. 1998 in Kraft zu setzen. Mit zweijähriger Verzögerung würden damit die nichtärztlichen PsychotherapeutInnen zur Tätigkeit zu Lasten der sozialen Krankenversicherung zugelassen.

Eine Vorgabe des BSV war, dass sich die qualifizierenden Berufsverbände SPV (Schweizer Psychotherapeuten-Verband) und FSP (Föderation der Psychologinnen und Psychologen) gemeinsam verpflichten, bei der Regelung der Anerkennung der PsychotherapeutInnen zusammenzuarbeiten. Am 31. Oktober 1996 wurde ein gemeinsamer Brief von SPV und FSP ans BSV geschickt, in dem die beiden Verbände den Verordnungsentwurf des BSV grundsätzlich akzeptierten und bekannten, in der Anerkennungsfrage zusammenzuarbeiten. Damit war ein grosser Schritt gemacht, waren doch bisher alle weiterführenden Verhandlungen mit Behörden und Krankenkassen daran gescheitert, dass es hiess: „Wir verhandeln weiter, wenn ihr euch geeinigt habt.“ Die Vorgaben des BSV und der Druck der Notsituationen in den psychotherapeutischen Praxen ermöglichten den Entscheid der beiden Verhandlungsdelegationen von FSP und SPV (Walter Franzetti, Ressort Versicherung, und die beiden Co-PräsidentInnen Ursula Walter und Markus Fäh-Barwinski vom SPV, sowie Andrée Helming, Verantwortliche für Weiterbildung, Katharina Althaus, Präsidentin, und Felix Schneuwly, Generalsekretär, von der FSP). In den konkreten Detailfragen werden allerdings noch einige Differenzen zu überwinden sein.

In der Zwischenzeit sind neue Wolken am Horizont aufgezogen: Das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) hat die Forde-

rung an den Bundesrat gerichtet, ein Moratorium für neue Leistungen in der Grundversicherung bis ins Jahr 2000 zu beschliessen. Das KSK will also das den nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen und ihren PatientInnen in der Parlamentsdebatte und Volkabstimmung zum KVG gegebene Versprechen einer Aufnahme der nicht-ärztlichen Psychotherapie in die Grundversicherung brechen. Der SPV und die FSP haben umgehend mit einem Pressecommuniqué gegen diesen unsozialen und volkswirtschaftlich unsinnigen Vorschlag protestiert. Es ist durch Studien belegt, dass durch den Einbezug von (nicht-ärztlicher) Psychotherapie in die Grundversorgung keine Kostensteigerung, sondern nur eine Kostenverschiebung zu Lasten jahrelanger medizinischer Fehlbehandlungen seelisch verursachter Erkrankungen erfolgt. Auch sind die vom KSK kolportierten Aufwandsschätzungen für nicht-ärztliche Psychotherapie in der Höhe von 300 bis 500 Millionen Franken jährlich masslos übertrieben und dazu geeignet, bei Parlamentariern und in der Öffentlichkeit negative Stimmung zu machen. Wir werden alles Mögliche in Bewegung setzen, um dieses für die Patienten und die psychotherapeutische Versorgung in un-

serem Lande katastrophale Moratorium zu verhindern!

Parallel zu unserem Einsatz für den Einbezug der nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen in die Grundversicherung wurde in der von Prof. Thomas Fleiner präsidierten Kommission die Arbeit am Gesetzesentwurf für die Aus- und Weiterbildung der wissenschaftlichen Medizinalberufe im wesentlichen abgeschlossen (Vertreterin des SPV in dieser Kommission ist Ursula Walter). Was die Regelung der nicht-ärztlichen PsychotherapeutInnen betrifft, wurden unsere Anliegen weitgehend aufgenommen und die „Zwei-Weg-Lösung“ gewählt, d.h. PsychotherapeutIn soll werden können, wer nach einem Staatsexamen in Psychologie oder einem anderen Hochschulstudium inkl. psychotherapeutischer Grundlagen eine Spezialausbildung in Psychotherapie absolviert. Dieses Gesetz hat eine breite Vernehmlassungsrunde vorsich. Wegen anderer Probleme als der Psychotherapie könnte es noch mehrfach überarbeitet werden. Anschliessend wird es im Parlament beraten werden. Der zeitliche Horizont bis zur Inkraftsetzung ist schwer abzuschätzen, dürfte aber mehrere Jahre betragen.

*Ursula Walter, Markus Fäh-Barwinski  
Co-Präsidium SPV*

*Walter Franzetti  
Vorstandsmitglied SPV  
Ressort Versicherungen*

## Nouvelles du front politique

### Il faut que nous mobilisons toutes nos énergies contre un moratoire!

Dans le Psychothérapie Forum Supplement 3/96 nous vous avons annoncé un projet de réglementation de la psychothérapie non-médicale qui semblait plein de promesses. Les deux experts qui, entre-temps, ont été chargés par l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales) d'évaluer ce projet l'ont approuvé dans ses grandes lignes. Selon le calendrier OFAS, la réglementation devrait être mise en vigueur au 1. 1. 1998. Ceci signifierait qu'avec un retard de deux ans, les psychothérapeutes non-médecins seraient enfin admis en tant que four-

nisseurs de prestations dans le cadre de l'assurance maladie sociale.

L'OFAS avait demandé que les associations qualifiant les psychothérapeutes, à savoir l'ASP (Association Suisse des Psychothérapeutes) et la FSP (Fédération Suisse des Psychologues), s'engagent à collaborer au niveau de la réglementation du mode d'homologation des psychothérapeutes. Le 31 octobre 1996, un courrier signé par l'ASP et la FSP fut adressé à l'OFAS, dans lequel les deux associations acceptaient en principe le projet OFAS et s'engageaient à collaborer au

niveau de l'homologation. On peut dire qu'un grand pas fut alors accompli puisque, jusqu'à maintenant, toutes les négociations engagées avec les autorités et les caisses maladie avaient toujours abouti à ce que celles-ci déclarent: "Nous poursuivrons les négociations une fois que vous serez mises d'accord". Les exigences posées par l'OFAS, venant s'ajouter à la situation d'urgence dans laquelle se trouvent de nombreux cabinets de psychothérapie, incitèrent les deux délégations (Walter Franzetti, ressort assurances, et les deux co-présidents, Ursula Walter et Markus Fähr-Barwinski, pour l'ASP; Andrée Helming, responsable des perfectionnements, Katharina Althaus, présidente, et Felix Schnewly, secrétaire général, pour la FSP) à prendre une décision. Il reste encore toutefois à régler quelques questions de détail.

Depuis, de nouveaux nuages sont apparus à l'horizon: le Concordat des caisses maladie suisses (CCMS) a exigé du Conseil fédéral que tout élargissement des prestations accordées dans le cadre de l'assurance de base soit soumis à un moratoire jusqu'à l'an 2000. Le CCMS veut donc que l'on ne respecte pas la promesse faite aux psychothérapeutes non-médecins à l'époque du débat parlementaire et de la votation concernant la LAMA: en effet la psychothérapie non-médicale devait être comprise dans l'assurance de base. L'ASP et la FSP ont protesté immédiatement par le biais d'un communiqué de presse, qualifiant cette proposition de preuve d'un manque absolu de responsabilité au niveau social et économique. Des études ont montré que l'inclusion de la psychothérapie non-médicale dans l'assurance de base ne provoque pas d'augmentation des coûts; ces derniers sont simplement transférés, les traitements psychothérapeutiques prenant la relève de traitements somatiques qui, pendant des années, n'ont pas réussi à améliorer l'état de patients souffrant de troubles d'origine psychique. De plus, les chiffres avancés par le CCMS (de 300 à 500 millions de francs par an pour les psychothérapies non-médicales) sont beaucoup trop élevés et ne peuvent servir qu'à provoquer des réactions négatives de la part des parlementaires et du grand public. Nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour

nous opposer à un moratoire qui aurait des conséquences catastrophiques pour les patients comme pour l'offre en psychothérapie!

Parallèlement aux efforts que nous avons entrepris pour que les psychothérapeutes non-médecins deviennent fournisseurs de prestations dans le cadre de l'assurance de base, nous avons également participé (représentante ASP: Ursula Walter) au travail de la commission présidée par le professeur Thomas Fleiner et préparant un projet de loi en matière de formation et de perfectionnement dans les professions médicales; ce travail est presque terminé. Nous avons obtenu une bonne partie de ce que nous voulions puisqu'une "solution à deux voies" a été acceptée: doivent pouvoir devenir psychothérapeutes en suivant une formation spécialisée, les personnes

diplômées en psychologie ou ayant fait des études universitaires dans un autre domaine mais disposant de bases dans les branches liées à la psychothérapie. Ce projet doit être soumis à une large procédure de consultation et il se peut que la loi soit révisée à plusieurs niveaux, pour des raisons sans rapport avec la psychothérapie. Elle fera ensuite l'objet d'un débat parlementaire. Il est difficile de prévoir la date de sa mise en application, mais nous pensons qu'il faudra attendre plusieurs années encore.

*Ursula Walter et  
Markus FährBarwinski  
co-présidents ASP*

*Walter Franzetti  
membre du comité ASP  
ressort assurances*

## QM in der Psychotherapie – unentbehrlich für die Praxis der Zukunft

**Bericht von der Werkstatt-Tagung „QM in der Psychotherapie – wie anpacken?“ des Schweizer Psychotherapeuten-Verbandes vom 26. Oktober 1996 in Bern**

Das neue Krankenversicherungsgesetz verlangt von allen LeistungserbringerInnen (zu denen wir PsychotherapeutInnen ab 1. 1. 1998 vermutlich dazugehören werden) Qualitätssicherung. Qualitätsmanagement ist diejenige Disziplin, welche sich mit der Entwicklung, Förderung, Sicherung und Evaluation von Qualität befasst. Eine trockene Materie? Offenbar nicht. Jedenfalls folgten sechzig Kolleginnen und Kollegen aus der ganzen Schweiz der Einladung des SPV, sich einen Tag lang mit Grundfragen und konkreten Ansätzen des QM in der Psychotherapie vertraut zu machen und darüber zu diskutieren.

Der erste Referent, Karl Koller, ist Inhaber einer Beratungsfirma für QM und speziell mit „Total Quality Management“ (TQM) im Gesundheitswesen vertraut. In einem erfrischenden, mit viel Beispielen und vielen Anglizismen – oder besser: US-Amerikanismen – gespickten Referat forderte er die PsychotherapeutInnen auf, QM

nicht als „Feind“, sondern als „Freund“ zu betrachten.

Er ging auch auf die verbreiteten Abwehr-Reflexe gegenüber dem Ziel eines QM in der Psychotherapie ein: Besondere Erwähnung verdient das auch in unseren Kreisen verbreitete NIH („Not-invented-here“)-Syndrom: D.h. jeder Neuerungsvorschlag (nicht nur im QM-Bereich) kann bei Betroffenen die defensive und kreativitätsblockierende Reaktion: „Das passt nicht zu uns! Das ist nicht von mir! Das stammt von jemand anders! Das ist nicht auf uns übertragbar!“ auslösen.

Im zweiten Referat erhellte Rainer Richter, Professor für Forschungsmethodik am Universitätskrankenhaus Eppendorf in Hamburg und Psychoanalytiker, die Problematik der Messung von Ergebnisqualität in der Psychotherapie. Er machte deutlich, dass die Ergebnisqualität in der Psychotherapie, d.h. der Therapie-Erfolg, auf verschiedenen Ebenen erfasst werden muss: Auf der Ebene der Krankheits-

symptome und der Krankheitsfolgen. Auf dieser Ebene kann Therapieschulen-übergreifend gemessen werden. Auf der Ebene der zugrundeliegenden Krankheit bzw. Störung, d.h. auf der Ebene „innerer Veränderungen“, kann nur schulen-spezifisch dokumentiert und gemessen werden. Er stelle dann mit der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik (OPD) einen Ansatz dar, wie auf der Basis der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie Patienten und ihre inneren Veränderungen erfasst werden können. Der zweite Teil der Tagung war der Demonstration konkreter QM-Ansätze gewidmet: Rosmarie Barwinski, Markus Fäh und Henri Schneider stellten ihren Ansatz zur Dokumentation langfristiger Veränderungsprozesse in längeren Therapien am Beispiel eines einjährigen Ausschnitts aus einer Psychoanalyse vor. Ihr Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass er aus einem „Therapie-fremden“ Kontext, nämlich den Theorien selbstorganisierender Prozesse, einen Raster entwickelt, um Prozessmuster in Therapien abbilden zu können. Der Ansatz ist deshalb prinzipiell für verschiedene Therapie-Ansätze geeignet, weil er nicht einer bestimmten Therapie-Theorie verhaftet ist.

Urs Weibel stellte anschliessend ein videogestütztes Dokumentations-

stem vor und machte Vorschläge für die Nutzung in der therapeutischen Praxis. Die Diskussion über beide Demo-Projekte und das abschliessende Podiumsgespräch waren sehr lebhaft und kontrovers: Die anwesenden „gestandenen“ PraktikerInnen waren in vielerlei Hinsicht skeptisch: Handelt es sich nicht grundsätzlich bei der Einführung Effizienz-orientierter QM-Systeme um „Identifikation mit dem Aggressor Leistungsgesellschaft“? Schadet die Verwendung von QM-Instrumenten nicht möglicherweise dem therapeutischen Prozess wegen der damit verbundenen „Störungen“? Und auch bei Minimierung oder Ausschaltung von Störungen: Was „bringt“ es überhaupt?

Es waren aber auch Stimmen zu hören, die für einen Abschied von der verbreiteten „Selbstzufriedenheit“ und dem verbreiteten „übersteigerten Narzissmus“ der PsychotherapeutInnen plädierten: Nur wer sich in seiner „Ein-Frau- bzw. Ein-Mann-Firma Psychotherapie-Praxis“ erfolgreich bemühe, die Qualität seiner täglichen Arbeit zu verbessern, habe im immer härter umkämpften „Gesundheitsmarkt“ Überlebenschancen.

*Dr. phil. Markus Fäh-Barwinski  
Co-Präsident SPV*

Monsieur Koller a également mentionné les nombreux mécanismes de défense qui sont utilisés par rapport aux objectifs de la GQ en psychothérapie. Mentionnons en particulier le syndrome du NIH (“Not-Invented-Here”): celui-ci se manifeste lorsqu’une nouveauté est introduite (pas seulement dans le domaine de la GQ), faisant que les personnes concernées réagissent de manière défensive et perdent toute capacité créatrice (“Cela ne va pas avec ce que nous faisons! Ce n’est pas mon idée mais celle d’un autre! Il n’est pas possible de la transférer à notre travail”).

La deuxième contribution, présentée par Rainer Richter, professeur de méthodologie de recherche à la Clinique universitaire d’Eppendorf (Hambourg) et psychanalyste, fut consacrée aux problèmes liés à l’évaluation de la qualité des résultats en psychothérapie. Elle montra clairement qu’en psychothérapie, la qualité des résultats – donc le succès du traitement – doit être évaluée à deux niveaux: à celui des symptômes comme à celui des conséquences des troubles. Au second niveau, des mesures peuvent être effectuées qui sont les mêmes pour toutes les écoles, alors qu’au niveau des troubles eux-mêmes – de la maladie et des “changements intérieurs” qu’elle provoque – il faut documenter et évaluer en fonction de la méthode appliquée. Richter présenta ensuite une approche, le diagnostic psychodynamique opérationnel (DPO), qui se fonde sur la psychanalyse et la psychologie de profondeurs pour saisir les patients et leurs troubles psychiques.

La seconde partie de la rencontre fut consacrée à des démonstrations d’approches concrètes au niveau de la GQ: Rosmarie Barwinski, Markus Fäh et Henri Schneider présentèrent leur méthode de documentation de processus d’évolution à long terme dans le contexte de thérapies de longue durée, en donnant l’exemple d’une phase d’un an extraite d’une psychanalyse. Leur approche se caractérise par le fait qu’elle dérive une grille d’un domaine “hors thérapie”, celui des théories concernant les processus d’auto-organisation, pour cerner les processus-types ayant lieu durant les thérapies. Ce procédé peut en principe être appliqué à différentes méthodes thérapeutiques puisqu’il n’est

## La GQ en psychothérapie – indispensable à la pratique de l’avenir

**Rapport concernant la rencontre-atelier “GQ en psychothérapie – quelle approche?”, organisée par l’Association Suisse des Psychothérapeutes (26 octobre 1996, à Berne)**

Selon la nouvelle loi sur l’assurance maladie, tous les fournisseurs de prestations (dont feront probablement partie les psychothérapeutes à partir du 1. 1. 1998) sont dans l’obligation de pratiquer des contrôles de qualité. Les spécialistes de la gestion de qualité se chargent de développer, de promouvoir, de garantir et d’évaluer la qualité des prestations. Une matière aride? Il semble que non, puisque soixante collègues venus de toute la Suisse ont répondu à l’invitation de l’ASP. Ils lui ont consacré une journée, au cours de laquelle ils ont pu ré-

fléchir et débattre de questions de base et d’approches concrètes en matière de GQ en psychothérapie.

Le premier intervenant, Karl Koller, possède son propre bureau-conseil en GQ; il est spécialiste en “Total Quality Management” (TQM) dans le domaine de la santé. Sa contribution fut rafraîchissante, incluant beaucoup d’exemples et de nombreux anglicismes – ou plutôt américanismes! – et proposant aux psychothérapeutes de considérer la GQ comme une “amie” plutôt que comme une “ennemie”.

pas lié à une théorie spécifique de la thérapie.

Urs Weibel présenta ensuite un système de documentation utilisant la vidéo et proposa différentes manières de l'utiliser dans la pratique. Les discussions concernant les deux projets et le débat public qui suivit furent très animés – sans que tout le monde soit d'accord: les praticiens "établis" demeurèrent sceptiques à plus d'un niveau et se demandèrent si l'introduction de systèmes de GQ axés sur la

notion d'efficacité ne représente pas une sorte d'identification avec l'agresseur (avec la "méritocratie"). Se peut-il que l'application d'instruments GQ intervienne négativement dans le processus thérapeutique en y introduisant des perturbations? Et même si l'on parvient à minimiser ou à éliminer ces dernières: qu'est-ce que cela apporte?

Mais certains intervenants plaidèrent pour une autre attitude: les psychothérapeutes devraient renoncer à

"être contents de soi" et abandonner le "narcissisme exagéré" dont certains font montre. Seuls ceux qui, dans le cadre de leur petite entreprise "cabinet de thérapie", font des efforts particuliers pour améliorer la qualité de leur travail quotidien ont des chances de survivre sur un "marché de la santé" dont les conditions se font de plus en plus dures.

*Markus Fäh-Barwinski, dr. phil.,  
co-président ASP*

## Europäischer Kongress der Psychotherapieforschung: Die PraktikerInnen fehlen noch!

Vom 4.–7. September fand in Cernobbio bei Como der Kongress der Europasektion der Society for Psychotherapy Research (SPR) statt. Um einen Eindruck von der aktuellen Forschung und deren praktischer Relevanz zu erhalten, werden hier vier unterschiedliche Perspektiven dargestellt. Der erste Beitrag stammt von Guido Mattanza. Er beschreibt als Praktiker seine Überlegungen beim Besuch eines Forschungskongresses. Vielleicht nimmt sein Beitrag etwas die Schwellenangst und animiert einige von uns Praktikerinnen und Praktikern, selber einmal an einem solchen Kongress teilzunehmen. Dass sich dies sehr lohnen kann, zeigen die anschliessenden Beiträge. Der etwas längere von Markus Fäh stellt sehr schön den Fokus ein auf die für uns relevanten Fragestellungen in der Forschung. Als Praktiker und Forscher hat er die Perspektive, um die „Brücke“ auf beiden Seiten auf ein solides Fundament zu stellen. Henri Schneider, Forscher und Forschungsberater, kennzeichnet in Stichworten die aktuelle Entwicklung in zwei Forschungsbereichen; er versteht seinen Beitrag als Plädoyer für eine aktive Einmischung der PsychotherapeutInnen in die Forschung. Eva Bänninger-Huber gibt eine auf dem neuesten Wissensstand beruhende Übersicht über ein Thema, welches für die Praxis von zentraler Relevanz ist. (Soeben ist ihre Habilitationsschrift mit dem Titel „Mimik, Übertragung, Interaktion“

im Buchhandel erschienen). Ihr Beitrag ist geeignet, unser Bewusstsein für diesen Aspekt zu schärfen.

Ich selber war an diesem Kongress, weil ich als Mitkoordinator der Schweizer Psychotherapie-Charta und Leiter ihres Wissenschaftsausschusses, den Prozess ihrer Entstehung und organisatorischen Weiterentwicklung als Teil des Qualitätsmanagements in der Psychotherapie vorstellen wollte. Dieser Prozess und sein Ergebnis, der ohne staatliche Vorgaben und Rahmenbedingungen stattgefunden hat, sollte dadurch in Forschungskreisen international diskutiert und bekannt gemacht werden.

Ausberufs- und wissenschaftspolitischer Perspektive ermöglichte dieser Kongress einige Beobachtungen, die zur Reflexion anregten. Als erstes hatte ich den Eindruck, dass die offizielle Psychotherapieforschung rein institutionell ausgerichtet ist. Sie findet an den Universitäten und, zumindest in Deutschland, das stark vertreten war, vor allem an den medizinischen Fakultäten und in Kliniken statt. So wurde zum Beispiel für die Eröffnung ein EU-Funktionär eingeladen, welcher die Modalitäten und Normen bei der Verteilung von Geldern für die medizinische Forschung aus dem entsprechenden EU-Fonds mit dem Namen „Biomed“ erläuterte. Als selbständigerwerbender Praktiker kam ich mir in dieser Umgebung ziemlich verloren vor.

Eine weitere wichtige Beobachtung war, dass die Gruppe, welche die

Hauptlast der psychotherapeutischen Versorgung trägt, nicht vertreten war. Ich meine damit die Therapeutinnen und Therapeuten der privaten ambulanten Praxen. Was bedeutet diese Tatsache? Es besteht dadurch die Gefahr, dass die heute bestehenden Methoden einer psychotherapeutischen Monokultur weichen müssen, welche für die psychotherapeutische Grundversorgung schädlich wäre! Welche Konsequenzen sollten vernünftigerweise gezogen werden? Die PraktikerInnen müssen selber geeignete Formen der Forschung finden, diese vertreten und in die wissenschaftliche Diskussion einbringen. Forschung ist ein Element der Qualitätssicherung. Die Qualität und die dafür adäquate Forschung müssen wir selber definieren, sonst tun es andere. In der Ausbildungskommission der Charta wird momentan die Gründung eines Forschungsinstitutes diskutiert, wo im methodenübergreifenden Dialog eine Forschungskultur entwickelt werden könnte, die den Erfordernissen der Praxis gerecht wird. Ein solches Institut wäre in der Wissenschaft, der Gesundheitspolitik und bei den Sozialversicherungen eine ernst zu nehmende Stimme der PraktikerInnen und der methodischen Ausrichtungen. Selbstverständlich wären die Resultate Teil des wissenschaftlichen Diskurses und dadurch an den Psychotherapie-Forschungskongressen vertreten.

*Mario Schlegel*

## Die Forschungsskepsis eines Praktikers ... oder warum man doch an einen Forschungskongress gehen soll

Ich verlasse Patienten und Praxis zur Teilnahme am Kongress mit gemischten Gefühlen. Worin liegt der Nutzen eines stundenlangen Konsums von praxisfernen Vorträgen? Bin ich in der Praxis entbehrlich? Oft wird bekanntes aus der Praxis mit dem Anspruch von Wissenschaftlichkeit in neuer Form aufgetischt. Ich muss mich fragen, was ich an einem Forscherkongress zu suchen habe. Lohnt sich der Aufwand für wenige ausgesuchte interessante Beiträge und einige Gespräche und Kontakte mit den Grössen der Psychotherapieforschung? Relevante neue Erkenntnisse finden in geeigneter Form ohnehin den Weg in die Alltagspraxis.

Ich bin ein überzeugter Kongressteilnehmer, ohne von mir eine stringente Beweisführung für den Nutzen einer Teilnahme des Praktikers an einem Psychotherapieforschungskongress zu verlangen. Aus meiner Sicht möchte ich in meinem kleinen Plädoyer lediglich einige Punkte aufführen, die mich zum Kongressbesucher machen.

Ich erlebe in der Auseinandersetzung mit Forschern und ihren Arbeiten eine Stärkung meines „inneren Rasters“. Darunter verstehe ich hier jenes nicht genau definierbare Konvolut von Weltbild, Haltung, Vorstellungen, Konzepten, Überzeugungen und nicht zuletzt Glaubensinhalten, das meine therapeutische Identität und Arbeit bestimmt. Die Zunahme an Sicherheit ist wiederum der Kompetenz in der Arbeit förderlich. Ich suche im vielfältigen Angebot am SPR-Kongress jene Beiträge aus, die meinem Wissensdurst und Bedürfnis nachkommen und bin mir bewusst, dass die Auseinandersetzung mit der Forschungsszene den Erfahrungszuwachs und den Reifungsprozess in der therapeutischen Arbeit nicht ersetzen kann. Ich habe aber früh als Allgemeinpraktiker im abgelegenen Bergtal trotz Balintgruppen und Lektüre der Fachpresse die Erfahrung gemacht, dass Arbeit und Fortbildung im stillen Kämmerchen die Gefahr des Versinkens in einer allzu individualistischen Welt beinhaltet. Ich neige

dazu, diese Erfahrung auf die Arbeit in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxis auszudehnen, darum plädiere ich dafür, dass es hilfreich und nützlich ist, das eine zu tun und das andere nicht zu lassen. Die innere Entwicklung in der Arbeit, in der Supervision und Intervision unter Gleichgesinnten ist mit der äusseren Entwicklung und Realität zu konfrontieren. Der Bezug zur Meinungsvielfalt ist als wichtiges Element einer jeden Psychotherapie zu pflegen.

Kongresse, speziell die SPR-Meetings, bringen mir direkte Kontakte mit den Forschern und damit eine Fülle von konkreten Anregungen und Impulsen für die tägliche Arbeit. Nicht mir allein dürfte es schwerfallen, am Feierabend oder am Wochenende oft fremdsprachige Artikel über wissenschaftliche Arbeiten oder Fachbücher durchzuackern. In kurzen zusammenfassenden Vorträgen, in Diskussionen und im persönlichen Gespräch während einigen Tagen der Entspannung fällt es mir leichter, meine Überzeugungen zu relativieren, vielleicht zu bestätigen, zu verwerfen oder gar neue Erkenntnisse zu akzeptieren. Ich habe die Gelegenheit, nachzufragen und eigene einseitige Interpretatio-

nen zu überprüfen. Letztlich lohnt sich der Aufwand einer Kongressteilnahme.

Wichtig scheint mir auch die Verantwortung der Praktiker für die Forschung und die Überbrückung der vieldiskutierten Kluft zwischen Praxis und Forschung. Die Teilnahme der Praktiker am Forschungsdiskurs ist eine Möglichkeit, praxisrelevante Fragen in die Forschung einzubringen. Ich sehe darin eine gesellschaftliche Aufgabe und möchte mich nicht davon abschrecken lassen, dass Altbekanntes in Nuancen immer wieder neu aufgetischt wird, was der Praktiker regelmässig dem Forscher vorwirft. Offenbar müssen neue Forschergenerationen „alte Geschichten“ in zeitentsprechender Form neu erarbeiten und im kollektiven psychotherapeutischen Gedankengut warmhalten. Ein vergleichbarer Mechanismus ist auch bei den Praktikern zu beobachten. Auch neue Praktikergenerationen erleben die Erfahrungen ihrer Lehrer in einer ihnen entsprechenden Form immer wieder neu und halten eine psychotherapeutische Theorie und Tradition warm. So betrachtet sind sich Praktiker und Forscher gar nicht so fremd. Auf unterschiedlichen Lebensbühnen inszenieren sie sehr ähnliche Stücke.

Dr. med. Guido Mattanza  
Universitätsstrasse 67  
CH-8006 Zürich

## Die Brücke von beiden Seiten her bauen ...

### Zum Stand des Verhältnisses von Praxis und Forschung in der Psychotherapie

Talley, Strupp und Butler (1994) ziehen im letzten Kapitel ihres Buches „Psychotherapy Research and Practice: Bridging the Gap“ ein Fazit über den Stand des Verhältnisses von Psychotherapiepraxis und Psychotherapieforschung: „*What stands out with the greatest clarity regarding the present relationship between research and practice is the clinicians' perspective that research is not significantly informative to the therapeutic enterprise and the researchers' view that clinicians have turned a deaf ear to meaningful empirical findings.*“ (S. 254). Die Autoren geben auch

Gründe dafür an, warum diese – einmal mehr konstatierte – Kluft zwischen PsychotherapieforscherInnen und PraktikerInnen trotz ihrer für das ganze Psychotherapiefeld schädlichen Auswirkungen immer noch besteht: 1. *Die klinische Relevanz der Psychotherapieforschung wird auf dem Altar methodischer Rigorosität geopfert.* Ganz besonders deutlich wird dies bei den kontrollierten Therapievergleichsstudien mit Gruppenvergleichen, in denen mit einer standardisierten Therapie nach Manual hinsichtlich ihrer Symptome künstlich homogenisierte Patientengruppen

durch Mittelwertvergleiche untersucht werden. Solche Studien entsprechen zwar dem methodischen Kanon der empirisch-statistischen Forschung, aber sie haben den Bezug zur klinischen Alltagsrealität mit ihrer Varianz der Patienten- und Behandlungsmerkmale (jeder Patient ist anders, jede einzelne Psychotherapie ist etwas anderes) verloren. 2. *Für Einzelfall- und Prozessforschung fehlt das Geld*: Der Widerspruch ist eklatant: Einzelfall- und Prozessforschung wird von vielen führenden Psychotherapieforscherinnen empfohlen, aber durch die staatliche Forschungsförderung (in den USA das National Institute for Mental Health) am wenigsten unterstützt. In Europa sind die Verhältnisse ähnlich: Grosse Outcome-Forschungsprojekte, obwohl sie z.T. rein legitimatorischen Charakter haben und wenig neue Erkenntnisse bringen, werden noch am ehesten finanziert, klinisch-quantitative Studien oder aggregierte Einzelfallstudien haben es schwerer, an Förderungsgelder heranzukommen. 3. *Missbrauch der Forschungsergebnisse durch Drittparteien auf Kosten der PatientInnen und PsychotherapeutInnen*: Besonders beunruhigend in jüngster Zeit ist der Missbrauch von (z.T. methodisch mangelhaft fundierten und dann auch noch fehlinterpretierten) Forschungsbefunden der Outcome-Forschung durch einzelne VertreterInnen der Krankenversicherer, um die Psychotherapie-Leistungen zu reduzieren. Ein besonders krasses Beispiel: Das auf einer Fehlinterpretation der Studie von Howard et al. (1986) beruhende Diktum von Grawe et al. (1994), dass TherapeutInnen „über die Bücher müssten“, deren Therapien in der Regel länger als 40 Sitzungen dauerten, weil sie „Opfer einer falschen Ausbildung und/oder einer selbst produzierten Realitätsverzerrung“ seien (Rüger, 1996), findet z.T. schon missbräuchliche Verwendung in restriktiveren Kostengutsprachen für Psychotherapien durch die Krankenversicherer. Leider widmen Talley, Strupp und Butler nur gerade die letzten zwei Seiten ihres Buches den zukünftigen Entwicklungen und formulieren vier Vorschläge, welche die Kluft zwischen Praxis und Forschung überwinden helfen könnten: 1. Klare und systematische Methoden für Einzelfallstudien müssen entwickelt und

verschiedene Konzepte zu ihrer Auswertung entwickelt werden. 2. Forschungsberichte müssen Fallstudien und klinische Vignetten enthalten. 3. Es muss untersucht werden, welcher Typus von Forschung dem Praktiker am meisten nützt. 4. Die Ergebnisse der Psychotherapieforschung müssen für den Praktiker leichter zugänglich und verständlich sein. 5. Die Ausbildungsprogramme in Psychotherapie müssen eine Schulung in Forschungsmethoden beinhalten. Ist die aktuelle Psychotherapieforschung, wie sie sich in Cernobbio präsentierte, in dieser Richtung vorwärtsgekommen? Ist sie „naturalistischer“ geworden, d.h. mehr an der klinischen Alltagswirklichkeit der psychotherapeutischen PraktikerInnen orientiert?

#### *Sind nur Elefanten „richtige“ Tiere?*

Das Meeting in Cernobbio war geprägt durch einen lebendigen Austausch der Forscherinnen und Forscher und eine Fülle von Beiträgen, welche in parallel geführten Panels, Poster-Sessions und Plenarveranstaltungen präsentiert wurden. Auffallend war meines Erachtens die Tendenz der Organisatoren, mit Plenarsitzungen dem Meeting eine bestimmte Richtung zu geben. In diesen Plenarveranstaltungen wurden grosse Psychotherapie- und Versorgungs-Forschungsprojekte vorgestellt, u.a. die länderübergreifende und von der EU unterstützte Erhebung über die psychotherapeutische Versorgung in Europa, das ebenfalls länderübergreifende Forschungsprogramm über die Wirksamkeit von Therapien für Essstörungen, das EU-unterstützte länderübergreifende Projekt über Liaison-Psychiatrie und Psychosomatik sowie die Studien des National Institute for Mental Health in den USA über den Langzeitverlauf und den Therapie-Erfolg bei schweren Depressionen. Es wurde der Eindruck erweckt, diese vernetzte quantitativ-statistische Forschung sei die Psychotherapieforschung schlechthin, und ich wurde das Unbehagen nicht los, dass bei solchen Projekten der Löwenanteil der kreativen Energie für die Erschließung der Finanzquellen verbraucht wird. Im übrigen bestätigte sich die Diagnose von Talley, Strupp und Butler: Unter den grossen und im grossen Stil finanzierten Projekten befindet sich kein Prozessforschungsprojekt.

Neben diesen Projekten, die aufgrund der Programmplanung den falschen Eindruck der „offiziellen“, „richtigen“ Psychotherapieforschung erweckten, bestand das Programm im übrigen mehrheitlich aus interessanten Workshopbeiträgen aus ganz Europa, welche das lebhaft wissenschaftliche Arbeiten an der Basis der Psychotherapieforschung widerspiegeln.

#### *Qualitative Forschung mit Praxisbezug: Es bewegt sich etwas!*

Verschiedene Forschungsprojekte machten deutlich, dass die Einzelfall- und Prozessforschung lebt und sich weiter entwickelt: Stiles et al. (1996) präsentierten ihre Prozess-Analysen von Gesprächs-Sequenzen in erlebnisorientierten Therapien, Robert-Tissot et al. (1996) eine process-outcome-Studie über das Entstehen eines Fokus in Eltern-Kind-Therapien, Bänninger-Huber und Widmer (1996) ihren Ansatz zur Erforschung der psychotherapeutischen Interaktion auf der Basis der Analyse verbalen und nonverbalen Verhaltens, Schneider, Fäh und Barwinski (1996) ihre Untersuchung eines zwölfmonatigen Ausschnitts aus einer Therapie (um nur einige zu erwähnen). Gemeinsam ist diesen Forschungsansätzen – in unterschiedlichem Ausmass –, dass sie die Beziehung zur Praxis nicht verlieren und eine systematische Analyse des Therapieprozesses auf verschiedenen zeitlichen Auflösungs-niveaus versuchen: Während z.B. Stiles et al. (1996) aufgrund ihres Modells der Assimilation problematischer Erfahrungen in Psychotherapien Therapiedialoge unter die Lupe nehmen, d.h. auf der Ebene des Verbatim-Protokolls einzelner Therapiesitzungen analysieren, versuchen Schneider, Fäh und Barwinski längerfristige Prozesse in Langzeittherapien mittels systematisierter Denkwerkzeuge zu identifizieren. Meines Erachtens muss die Forschung in dieser Richtung weitergehen, wenn sie den Klinikern etwas zu sagen haben und relevante Erkenntnisse über die in Psychotherapien ablaufenden Prozesse gewinnen will. Ein Hoffnungsschimmer, dass im Rahmen der SPR die naturalistische Prozessforschung ihr gebührendes Gewicht erhält, könnte die Tatsache sein, dass Stiles der nächste SPR-Präsident (nach Crits-Cristoph) sein wird.

### *Outcome-Forschung wird naturalistischer!*

Sehr aufschlussreich waren der Workshop und das Plenar-Referat von Tracy Shea aus Providence/USA. Sie war als invited speaker geladen und präsentierte ihre Forschungsinstrumente und -ergebnisse zur Erforschung von Langzeitverläufen über die Zeit.

Ihre methodische Kritik an der herkömmlichen Outcome-Forschung ist: Die Therapie-Erfolgsstudien begnügen sich mit Messungen zum Zeitpunkt des Behandlungsendes und zu einem Zeitpunkt X eine bestimmte Zeit nach Ende der Therapie. Zu diesen beiden Zeitpunkten werden Momentaufnahmen bestimmter Variablen und Patienten-Eigenschaften gemacht.

Ihrer Meinung nach sollte aber der gesamte Zeitraum zwischen Behandlungsende und Katamnese-Interview retrospektiv sorgfältig gescannt werden, um ein genaues Bild auch über die Schwankungen und den tatsächlichen Verlauf des Befindens der Patienten zu erhalten.

Sie zeigte überzeugend auf, dass beim herkömmlichen Messverfahren zu hohe Erfolgsraten resultieren, weil z.B. zwischenzeitliche Rückfälle und Auf-und-Abs nicht erfasst werden.

Dies war in den gesundheitspolitischen Diskussionen in den USA besonders deshalb von Bedeutung, weil aufgrund der Befunde herkömmlicher Studien die Behauptung aufgestellt wurde, schwere Depressionen könnten bereits mit sechzehn Therapiestunden (kognitiver Therapie) entscheidend verbessert werden. Shea zeigte auf, dass auch bei solchen positiven Momentaufnahmen zum Interviewzeitpunkt im Zeitraum zwischen Behandlungsende und Interview depressive Episoden vorkamen. Ferner legte sie ein eindrückliches Instrumentarium vor, wie die Lebensqualität und das „Funktionieren“ eines Menschen differenziert und breit erfasst werden kann. Ihr Beitrag erscheint mir deshalb sehr wichtig, weil er zeigt, wie differenziert, breit und praxisnah man methodisch vorgehen muss, wenn man relevante Aussagen aufgrund statistischer Verlaufsuntersuchungen machen will: Eine Fülle von Informationen, welche die Lebensführung eines Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt und in einem bestimmten Zeitraum erfassen

soll, muss erhoben werden, von geschulten Interviewern mit differenzierten Instrumenten. Die Lektion, die ich mir von Tracy Shea geholt habe, ist: Wir PraktikerInnen dürfen der Outcome-Forschung (der Ergebnisqualitätsfrage, in Begriffen des Qualitätsmanagements ausgedrückt), nicht ausweichen, wir müssen auf einer adäquaten und differenzierten, methodisch einwandfreien Outcome-Forschung bestehen und selber Vorschläge machen, wie diese durchgeführt werden soll. Dass in dieser Hinsicht einige wichtige naturalistische Studien über die Wirkung von Psychotherapien im Gange sind, zeigte sich im Workshop über die Erforschung der Effekte von Langzeit-Analysen, der sehr gut besucht war. Leichsenring et al. (1996) präsentierten das Design der Göttinger Studie zur Wirksamkeit psychoanalytischer Psychotherapie. Blomberg et al. (1996) stellten die Stockholmer Studie über die Langzeiteffekte von Psychoanalysen und psychoanalytischen Psychotherapien vor: Klassische Psychoanalysen erwiesen sich in dieser Studie den psychoanalytisch orientierten Therapien gegenüber als überlegen hinsichtlich der Langzeitwirkungen.

#### *Grundsatzdiskussion:*

#### *Der Widerspruch zwischen Rhetorik und Realität*

Die Kluft zwischen Praxis und Forschung war nicht nur ein Thema,

welches in den meisten Beiträgen in der einen oder anderen Form in der Diskussion aufgegriffen wurde, sondern auch Thema einer speziellen Diskussionsrunde: Unter der Moderation von David Orlinsky aus Chicago diskutierten PraktikerInnen und ForscherInnen zur Frage: „How to make psychotherapy research meaningful to clinicians – a dialogue for therapists and researchers“. Ich verliess diese Veranstaltung etwas ernüchtert: Im Widerspruch zum Ruf an die psychotherapeutischen PraktikerInnen, sich an der Forschung zu beteiligen, und zum immer wieder geäusserten Interesse an den Erfahrungen der PraktikerInnen, zeigte sich bei einigen ForscherInnen eine geringe Bereitschaft zur Reflexion des eigenen Beitrags zu einer verbesserten Zusammenarbeit. Dies löste einige sehr kritische Voten von an der Tagung beteiligten „Nur-PraktikerInnen“ aus. Mein persönliches Fazit: PraktikerInnen und ForscherInnen müssen in noch viel grösserem Ausmass von beiden Seiten her die Brücke bauen, welche die Kluft zwischen Praxis und Forschung in der Psychotherapie überwindet. Konkret: Die ForscherInnen müssen ihre Methoden und ihre Forschungsethik einer kritischen Überprüfung unterziehen und ggf. modifizieren, die PraktikerInnen müssen sich noch mehr als bisher für Forschung interessieren und vor allem selber forschen.

*Dr. phil. Markus Fäh-Barwinski*

## **Hat „Cernobbio“ eine Bedeutung für praktisch tätige Psychotherapeuten?**

Welche Forschungsansätze benötigen die Psychotherapeuten in der aktuellen Situation – und was hat die Tagung der *Society for Psychotherapy Research* in Cernobbio diesbezüglich gebracht? Für die Beantwortung des ersten Teils dieser Frage beziehe ich mich auf das Editorial zur vorhergehenden Nummer des *Psychotherapie Forum*, in dem Markus Fäh-Barwinski, Mario Schlegel und ich vier für eine „Psychotherapieforschung im Kontext der Praxis“ relevante Problemstellungen identifizierten; zwei da-

von greife ich hier auf und setze Entwicklungen in der Psychotherapieforschung dazu in Beziehung, die sich in Cernobbio abzeichneten.

*Designs für die Untersuchung von Dauer und Ergebnis von Psychotherapien in der alltäglichen Praxis.* Wie u.a. die Beiträge von Tracie Shea und Phil Lavori in der Plenarsitzung am Freitagmorgen zeigten, wird – z.B. für die eben anlaufende europäische Untersuchung der Behandlung von Essstörungen – die Datenerhebung umfassender gestaltet (z.B. indem die

Erfassung der Symptome durch Skalen zu Arbeit, Beziehungen, Zufriedenheit usw. ergänzt wird), und für die Auswertung werden differenziertere statistische Modelle herangezogen; auf diese Weise können die Untersuchungspläne präziser auf die jeweiligen Fragestellungen abgestimmt werden. Das ist deshalb unabdingbar, weil zunehmend Fragen untersucht werden, die für die praktische Tätigkeit der PsychotherapeutInnen relevant sind, zu denen aber ein einzelner Psychotherapeut keine verlässlichen Aussagen machen kann, weil eine ausreichende statistische Basis fehlt.

*Prozessforschung.* Dass nur wenige Projekte vorgestellt wurden, die sich mit Prozessen in ihrem zeitlichen Verlauf beschäftigen, ist u.a. darauf zurückzuführen, dass die herkömmliche Methodologie der empirischen Psychologie, auf die sich die Psychotherapieforschung weitgehend stützt, dafür kaum Theorien und Methoden zur Verfügung stellen kann. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass z.B. für Versuche, Veränderungen anhand ein-

zelner Zwischenschritte nachzuzeichnen, „unkonventionelle“ Modelle herangezogen werden. Bill Stiles, der anhand einer Gestalttherapie einzelne Phasen der Arbeit an einer problematischen Erfahrung beschrieb, verwendet z.B. Piaget's Modell der Assimilation als Grundlage, und Schneider, Fäh und Barwinski, die neun „Standbilder“ aus einem 12monatigen Ausschnitt aus einer Psychoanalyse darstellten, greifen auf „Denkwerkzeuge“ aus dem Bereich der Theorien der Komplexität zurück. Die Verwendung dieser Modelle für die Beschreibung von Prozessen der Veränderung in weiteren Formen der Psychotherapie (z.B. durch die Arbeitsgruppe um Günter Schiepek) legt nahe, dass sie sich als Grundlage eignen könnten für das Explizit-Machen von Wissen über Veränderung – und für einen diesbezüglichen Austausch unter den einzelnen psychotherapeutischen Orientierungen.

*Dr. phil. Henri Schneider  
Goldauerstrasse 42  
CH-8006 Zürich*

Therapie verschiedene Phasen zu identifizieren, die durch unterschiedliche Interaktionsstile gekennzeichnet sind: Zu Beginn der Therapie sind bestimmte Formen des gemeinsamen Lächelns von Klient und Therapeut beobachtbar, die hauptsächlich der Regulierung der Beziehung dienen. Dieser Interaktionsstil wird abgelöst von einer Phase der Konfrontation und geht schliesslich in eine Mischung dieser Stile am Ende der Kurztherapie über. Darwish, Stern und Fivaz-Depeursinge hingegen untersuchten die Funktion des gemeinsamen Lächelns und gegenseitigen Anblickens in einer Paartherapie, d.h. in einem triadischen Setting. In einem eigenen Beitrag (Bänninger und Widmer, Universität Zürich) wurde ein Ansatz vorgestellt, der typische interaktive Beziehungsmuster, wie sie von Klienten im Kontext von Schuldgefühlen inszeniert werden, beschreibt. Verbale und nonverbale Reaktionen des Therapeuten auf solche Rollenangebote der untersuchten Klientin wurden identifiziert und im Hinblick auf ihre Produktivität für den therapeutischen Prozess analysiert. Ein methodisch und inhaltlich etwas anderer Ansatz verfolgt die Forschergruppe um Cramer aus Genf, die von Christiane Robert-Tissot vertreten wurde. Ihre Untersuchungen einer Vielzahl von Eltern-Kleinkind-Therapien zeigten u.a., dass das interaktive Verhalten der Therapeuten in der Begegnung mit schwierigen Klienten durch hohe Aktivität charakterisiert ist, und dabei die Rolle der therapeutischen Ausrichtung in den Hintergrund tritt.

Auch wenn sich die skizzierten Studien im Hinblick auf die verfolgten Fragestellungen und methodischen Vorgehensweisen z.T. voneinander unterscheiden, so leisten doch alle einen wichtigen Beitrag zu einem differenzierten Verständnis der Wirkungsweise der psychotherapeutischen Beziehung, wie es von der Psychotherapieprozessforschung angestrebt wird und für die Qualitätssicherung psychotherapeutischen Handelns von zentraler Bedeutung ist.

*PD Dr. Eva Bänninger-Huber  
Psychologisches Institut der  
Universität Zürich  
Zürichbergstrasse 43  
CH-8044 Zürich*

## Ansätze der Interaktions- und Prozessforschung

Dass eine „gute“ Beziehung zwischen Therapeut und Klient wichtig für eine erfolgreiche Psychotherapie ist, ist unumstritten und wird schulengreifend akzeptiert. Was aber zeichnet eine gute therapeutische Beziehung aus? Welche Verhaltensweisen führen zu Veränderungen? Welche Rolle spielen nonverbale Phänomene wie Blicke, Lächeln oder Lachen in der therapeutischen Beziehung? Die Wichtigkeit dieser Fragen für das Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses wurde in den letzten Jahren mehr und mehr erkannt. Verschiedene Ansätze wurden entwickelt, die es erlauben, affektive Regulierungsprozesse in der therapeutischen Interaktion anhand von Videoaufnahmen mikroanalytisch zu untersuchen. Besonders wichtig dabei ist die objektive und detaillierte Untersuchung des nonverbalen Verhaltens, insbesondere des mimischen Ausdrucks im Gesicht, z.B. mit dem Facial Action Coding System (FACS) von Ekman und

Friesen (1978). Über die entsprechenden, an der SPR-Conference in Cernobbio 1996 vorgestellten Studien, wird im folgenden kurz berichtet.

Ein umfangreiches Projekt zu dieser Thematik wird zur Zeit von der Forschergruppe um Krause (Universität Saarbrücken) durchgeführt. Untersucht werden elf Kurztherapien, an welchen Therapeuten mit unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtung beteiligt waren. So konnte Cord Benecke zeigen, dass das nonverbale Verhalten in der ersten Stunde einer Therapie mit deren Erfolg korreliert. Kennzeichnend für eine produktive Interaktion sind allerdings nicht einfach häufiges Lächeln von Klient und Therapeut, sondern besonders auch das Auftreten spezifischer negativer Affekte im Gesicht in einem bestimmten interaktiven Kontext. De Roten und Currat (Universität Lausanne) ist es in Zusammenarbeit mit Philippos Vanger (Stuttgart) gelungen, in der von ihnen untersuchten

## Congrès européen de recherche en psychothérapie: les praticiens sont encore absents!

Le congrès de la section européenne de la Society for Psychotherapy Research (SPR) a eu lieu du 4 au 7 septembre à Como. Nous présentons ci-dessous quatre points de vue différents, pour montrer où en est actuellement la recherche et quelle est sa pertinence par rapport à la pratique. La première contribution est celle de Guido Mattanza. En tant que praticien, il écrit ce qui lui passe par la tête lorsqu'il se rend à un congrès consacré à la recherche. Peut-être sa réflexion contribuera-t-elle à éliminer une partie des craintes que peuvent ressentir certains d'entre nous, praticiens, et nous incitera-t-elle à participer à ce genre de congrès. Les contributions qui suivent montrent que cela peut en valoir la peine. Celle de Markus Fähr est un peu plus longue; elle dit clairement quelles sont les questions qui sont pertinentes du point de vue de la pratique. En tant que praticien et que chercheur, il est à même de poser des fondements solides, permettant de jeter un pont à partir des deux rives. Henri Schneider, chercheur et conseiller en recherche, décrit en quelques mots l'évolution qui a lieu actuellement dans deux domaines; sa contribution doit être entendue en tant que plaidoyer, demandant que les psychothérapeutes se mêlent activement à la recherche. Eva Bänninger-Huber donne un aperçu des acquis récents au niveau d'un thème ayant une importance centrale pour la pratique (elle vient de publier une thèse d'Etat intitulée "Mimik, Übertragung, Interaktion"). Ses idées peuvent contribuer à nous rendre plus conscients de cet aspect.

J'ai participé à ce congrès parce qu'en tant que co-coordonateur de la CHARTE suisse en matière de psychothérapie et que préposé à son comité scientifique, je devais y présenter le processus sous-jacent à l'élaboration et à l'évolution de l'organisation de cette dernière – en tant que part de la gestion de qualité en psychothérapie. Ce processus s'est déroulé sans intervention de l'Etat, et je pensais qu'il serait intéressant de le faire connaître et de le discuter au sein de milieux internationaux de recherche.

Du point de vue de la politique professionnelle et scientifique, le congrès a donné lieu à quelques observations importantes et m'a incité à réfléchir. D'abord, j'ai eu l'impression que la recherche officielle s'axe uniquement sur un niveau institutionnel. Elle se fait dans le cadre des universités et – du moins en Allemagne (ce pays était très présent au congrès) – surtout des facultés de médecine et des cliniques universitaires. Un fonctionnaire de l'UE avait été invité à ouvrir la rencontre; il expliqua quelles sont les modalités et normes appliquées au niveau de la répartition des fonds accordés par l'UE à la recherche en médecine (fonds "Biomed"). En tant que praticien travaillant en indépendant, je me suis senti assez perdu dans ce contexte.

Une autre observation importante: le groupe qui se charge de fournir la plus grande part de l'offre en psychothérapie était absent. J'entends par là les thérapeutes offrant des traitements ambulatoires dans le cadre de cabinets privés. Quelles sont les implications de cette constatation? Les méthodes pratiquées actuellement risquent de devoir céder la place à une monoculture de la psychothérapie –

ce qui aurait des effets négatifs sur l'offre de base! Quelles sont les conclusions que l'on peut raisonnablement tirer? Les praticien/nes doivent élaborer eux-mêmes des formes adéquates de recherche; il faut qu'ils les soutiennent et interviennent au niveau du débat scientifique. La recherche est part intégrante de la gestion (garantie) de qualité. Si nous ne définissons pas nous-mêmes ce que sont la qualité et une recherche adéquate, d'autres le feront. Les membres de la commission de formation de la CHARTE débattent actuellement de la création d'un institut dont les visées seraient d'élaborer une culture de recherche fondée sur un dialogue inter-méthodes et satisfaisant aux exigences de la pratique. Ce genre d'institut pourrait devenir un porte-parole des praticiens et des différentes écoles, dont la voix serait prise au sérieux par les milieux scientifiques, par ceux de la politique de la santé et par les assurances sociales. Il va sans dire que les résultats acquis dans son cadre deviendraient part du discours scientifique et seraient donc présentés dans le cadre des congrès de recherche en psychothérapie.

*Mario Schlegel*

---

### Le scepticisme d'un praticien ... ou pourquoi la participation à un congrès de recherche est importante

J'abandonne mes patients et mon cabinet pour participer au congrès – avec des sentiments mêlés. A quoi sert-il de passer des heures à consommer des interventions qui demeurent éloignées de la pratique? Peut-on se passer de moi à mon cabinet? Il arrive souvent que des données que l'on connaît sur la base de la pratique soient "réchauffées" sous forme nouvelle, soit-disant scientifique. Je me demande ce que je vais faire à un congrès scientifique. L'investissement

en vaut-il la peine – même si certaines contributions sont intéressantes et si cela me permet d'avoir quelques entretiens et contacts avec les coryphées de la recherche? Lorsque des connaissances pertinentes sont acquises et à condition qu'elles soient diffusées sous une forme adéquate, les praticiens les incluent de toute façon toujours dans leur travail quotidien.

Je suis un partisan convaincu des congrès, sans que je doive me prouver à moi-même que la participation d'un

praticien à un congrès de recherche est vraiment utile. J'énumérerai simplement quelques points qui font de moi un participant assidu.

Lorsque je recontra des chercheurs et leurs travaux, ma "grille intérieure" se précise. Par ce terme j'entends un ensemble mal définissable de philosophie existentielle, d'attitude, d'idées, de concepts, de convictions et même de croyances qui définissent mon identité de thérapeute et mon travail. En me sentant plus sûr, je suis plus compétent dans mon travail. Parmi les diverses contributions offertes par le congrès SPR, je cherche celles qui correspondent à ma soif de savoir et à mes besoins, tout en demeurant conscient du fait que la rencontre avec les milieux scientifiques ne peut remplacer l'accumulation d'expériences et le processus de maturation que m'apporte mon travail pratique. Lorsque j'étais encore médecin de campagne dans une vallée isolée de montagne, j'ai découvert que même si je participais à des groupes Balint et lisais les revues spécialisées, je risquerais de me perdre dans un monde trop personnel si je me contentais de travailler et de me perfectionner tout seul. Je tendrais à considérer que cette expérience s'applique également au travail dans un cabinet de psychiatrie et de psychothérapie et c'est pourquoi il me semble utile et adéquat de faire l'un sans abandonner l'autre. Il faut que se confrontent développement intérieur au niveau du travail, de la supervision et de l'intervision entre collègues, et évolution dans le monde extérieur et la réalité. Tenir compte de points de vue variés représente un élément important de tout travail thérapeutique.

Les congrès, et en particulier les rencontres SPR, sont pour moi l'occasion d'avoir des contacts directs avec les chercheurs et, par là même, de recevoir de nombreuses idées et impulsions concrètes par rapport à mon travail quotidien. Je ne suis sans doute pas le seul qui a de la peine à consacrer une partie de ses soirées et week-ends à la lecture d'articles et d'ouvrages scientifiques écrits dans une langue qui n'est pas la mienne. Par contre, quelques jours passés à prendre connaissance de brèves contributions, à participer à des débats et des entretiens personnels, sont plus

détendants. Ils me permettent plus facilement de relativiser mes convictions personnelles, de les réaffirmer peut-être ou de les rejeter, ou même d'y intégrer de nouvelles connaissances. Ils me fournissent l'occasion de poser des questions et de remettre en question l'interprétation que j'avais faite d'un sujet – peut-être était-elle trop peu nuancée. En fin de compte, il vaut la peine d'investir dans la participation à un congrès.

Un autre aspect qui me semble important est celui de la responsabilité des praticiens au niveau de la recherche et du travail requis pour combler le fameux fossé séparant pratique et recherche. La participation des praticiens au discours de recherche représente une possibilité d'intégrer à cette dernière des aspects pertinents à la pratique. Je considère cette démarche comme indispensable du point de vue sociétal et je n'ai pas l'intention d'y renoncer simplement parce que des aspects connus depuis

longtemps sont sans cesse "resservis" sous d'autres formes – un reproche que le praticien adresse souvent au chercheur. Il est de toute évidence inévitable que de nouvelles générations de chercheurs révise de "vieilles histoires" pour leur donner une forme actualisée, leur permettant de demeurer présentes dans l'esprit collectif des psychothérapeutes. On observe un mécanisme semblable au niveau des praticiens. Ici, les nouvelles générations revivent les expériences faites par leurs maîtres, sous une forme nouvelle, et "gardent au chaud" une théorie et une tradition de la psychothérapie. De ce point de vue, praticiens et chercheurs ne sont pas très éloignés les uns des autres. Ils mettent en scène des œuvres très semblables, mais dans des théâtres différents du quotidien.

*Dr. med. Guido Mattanza  
Universitätsstrasse 67  
CH-8006 Zürich*

## Jeter un pont à partir des deux rives ...

### L'état actuel des rapports entre pratique et recherche en psychothérapie

Dans le dernier chapitre de leur ouvrage "Psychotherapy Research and Practice: Bridging the Gap" (1994) Talley, Strupp et Butler font le bilan des rapports entretenus actuellement par les pratiques et recherches psychothérapeutiques: *"What stands out with the greatest clarity regarding the present relationship between research and practice is the clinicians' perspective that research is not significantly informative to the therapeutic enterprise and the researchers' view that clinicians have turned a deaf ear to meaningful empirical findings"* (p. 254). Les auteurs indiquent également pourquoi le – fameux – fossé séparant chercheurs et praticiens continue à exister, alors même qu'il a des effets pervers sur l'ensemble de la psychothérapie: 1. *La pertinence clinique de la recherche en psychothérapie est sacrifiée sur l'autel de la rigueur méthodique.* Cet aspect est particulièrement évident au niveau des études comparatives contrôlées, comparant des groupes de

patients ayant eu une thérapie standardisée (par un manuel), avec des catégories homogènes de patients manifestant soi-disant les mêmes symptômes définies artificiellement en comparant des valeurs moyennes. S'il est vrai que les études de ce type correspondent aux règles méthodiques suivies par la recherche empirico-statistique, elles n'en sont pas moins sans trop de rapport avec la réalité clinique et la diversité que l'on y trouve du point de vue des patients comme de leurs traitements (chaque patient est différent, chaque thérapie se déroule d'une manière qui lui est spécifique). 2. *On manque de moyens financiers pour pratiquer l'étude de cas individuels et de processus.* La contradiction est évidente: alors que ce type de recherche est recommandé par de nombreux chercheurs de pointe, l'Etat (aux Etats-Unis le National Institute for Mental Health) ne lui accorde que rarement des fonds. La situation est pratiquement la même en Europe: on finance de préférence

de grands projets s'intéressant aux résultats des thérapies, bien qu'actuellement ceux-ci servent avant tout à légitimer la psychothérapie et n'apportent que peu de connaissances neuves; par contre, il est difficile de trouver des fonds de recherche pour financer des études quantitatives cliniques ou des études regroupant des cas. 3. *Des tiers exploitent les résultats de la recherche aux dépens des patients et des psychothérapeutes.* Il est particulièrement inquiétant que, récemment, certains représentants des caisses maladie aient fait un emploi abusif (et aient mal interprété) des résultats produits par des recherches de type outcome (qui d'ailleurs étaient souvent mal fondées du point de vue méthodique), ceci dans le but de devoir moins verser pour les traitements psychothérapeutiques. Un exemple particulièrement crasse: ayant mal interprété l'étude de Howard et al. (1986) Grawe et al. (1994) avaient déclaré que les thérapeutes dont les traitements duraient en général plus de 40 séances devraient "réviser leur démarche" car ils étaient "victimes d'une mauvaise formation et/ou de leur propre distorsion de la réalité" (Rüger, 1996). Ce qui n'empêche par les assureurs de se référer à Grawe et d'exploiter ses déclarations pour justifier une pratique plus restrictive de prise en charge des coûts des traitements. On peut regretter que Talley, Strupp et Butler ne consacrent que les deux dernières pages de leur ouvrage à l'avenir, élaborant quatre propositions qui devraient aider à surmonter le fossé séparant pratique et recherche: 1. il faut développer des méthodes claires et systématiques, à appliquer aux études de cas individuels, et élaborer différents concepts permettant de dépouiller les données; 2. les rapports de recherche doivent contenir des rapports de cas et de brèves descriptions cliniques; 3. il faut chercher à savoir quel est le type de recherche qui est le plus utile aux praticiens; 4. les résultats de la recherche doivent être rendus plus aisément accessibles aux praticiens et ils doivent être formulés de manière telle que ceux-ci puissent les comprendre; 5. les programmes de formation en psychothérapie devraient inclure un enseignement en méthodes de recherche. La recherche pratiquée actuellement en psychothérapie

et présentée à Cernobbio a-t-elle avancé dans cette direction? Est-elle devenue plus "naturaliste", à savoir mieux axée sur la réalité vécue quotidiennement par les praticiens?

*Est-ce que seuls les éléphants sont de "vrais" animaux?*

La rencontre de Cernobbio fut marquée par des échanges très animés entre chercheurs et par toute une série de contributions présentées en parallèle dans des panels, des séances-posters et des réunions plénières. J'ai été frappé par la tendance qu'ont manifestée les organisateurs à utiliser les réunions plénières pour concentrer la rencontre sur une direction donnée. Lors de ces dernières, de grands projets de recherche dédiés à la psychothérapie et à l'offre en la matière furent présentés, avec entre autres une enquête internationale soutenue par l'UE et concernant l'efficacité des thérapies dans le traitement de troubles de l'alimentation, un autre projet international soutenu par l'UE et consacré à la psychiatrie de liaison et la psychosomatique, ainsi que des études menées par le National Institute for Mental Health (USA) sur le thème du déroulement à long terme et du succès de traitements des dépressions graves. On a donné l'impression que ce type de recherche quantitativo-statistique, entreprise avec la collaboration de plusieurs institutions, est *la* (seule) recherche en psychothérapie et je n'ai pas pu m'empêcher de soupçonner que dans ce type de projet, la part du lion de l'énergie créatrice est consacrée à la collecte de moyens financiers. Pour le reste, le diagnostic de Talley, Strupp et Butler se confirma: aucun projet de recherche sur les processus n'était parmi les projets importants présentés – et généralement financés. En dehors de ce type de projet qui, du fait de la manière dont le programme de la rencontre avait été organisé, pouvait sembler – à tort – constituer la recherche "officielle" et "convenable", le reste du calendrier a inclus en priorité des ateliers intéressants, regroupant des intervenants venus de toute l'Europe. A ce niveau, on se rendit compte qu'un travail scientifique important est en train de s'effectuer à la base.

*Recherche qualitative en rapport avec la pratique: ça bouge!*

Différents projets de recherche ont montré que la recherche sur les cas individuels et les processus est bien vivante et continue à se développer. Ont été présentés par: Stiles et al. (1996), des analyses des processus trouvés dans des échanges verbaux prenant place dans le contexte de thérapies axées sur le vécu; Robert-Tissot et al. (1996), une étude d'outcome concernant la focalisation dans le contexte de thérapies parents-enfant; Bänninger-Huber et Widmer (1996), une approche permettant d'étudier l'interaction psychothérapeutique sur la base d'une analyse des comportements verbaux et non-verbaux; Fähr et Barwinski (1996), une étude d'une période de douze mois extraite d'une psychanalyse – pour ne nommer que ces auteurs. Toutes ces approches ont en commun (à un plus ou moins large degré) qu'elles ne perdent pas de vue la relation à la pratique et qu'elles tentent d'analyser systématiquement le processus thérapeutique en fonction d'unités de temps plus ou moins longues. Alors que par exemple Stiles et al. (1996) utilisent un modèle de l'assimilation de vécus problématiques en thérapie pour analyser des échanges thérapeutiques et demeurent donc au niveau du mot-à-mot de chaque séance, Schneider, Fähr et Barwinski tentent d'identifier des processus de plus longue durée dans des thérapies à long terme, utilisant pour ce faire des concepts systématisés. Selon moi, il faut que la recherche menée dans cette direction soit poursuivie; alors, elle aura quelque chose à dire aux cliniciens, ayant réussi à acquérir un savoir pertinent sur les processus qui se déroulent lors des thérapies. On peut se permettre d'espérer que la recherche de type naturaliste consacrée aux processus va trouver la place qu'elle mérite dans le contexte de la SPR – compte tenu du fait que Stiles va succéder à Crits-Cristoph en tant que président de cette société.

*La recherche en matière d'outcome devient plus naturaliste!*

L'atelier et la contribution présentée à la réunion plénière par Tracy Shea (Providence, USA) furent très instructifs. En tant qu'invited speaker, elle décrit

ses méthodes et résultats de recherche, ses travaux étant dédiés à l'étude des processus à long terme. Elle critique comme suit la recherche qui a été faite jusqu'à maintenant à ce niveau: les études qui examinent le succès des thérapies se contentent d'effectuer des mesures au moment où le traitement se termine, ainsi qu'à un moment donné (X) situé quelque temps plus tard. Deux "instantanés" sont ainsi enregistrés, concernant des variables spécifiques et les caractéristiques des patients. Or, selon elle, il faudrait examiner avec soin tout l'intervalle séparant la fin du traitement et le moment X (catamnèse par interview), ceci afin d'obtenir une image exacte de son déroulement, y compris des fluctuations subies par l'état des patients. Elle démontra de manière convaincante que les procédures de mesure utilisées en général aboutissent à ce que l'on calcule de trop haut taux de succès, puisqu'elles ne saisissent pas les rechutes et fluctuations mentionnées plus haut. Cet aspect a joué un rôle dans le contexte du débat de politique sur la santé qui s'est déroulé aux Etats-Unis: en effet, en utilisant les études menées selon les méthodes traditionnelles, on a pu déclarer que seize séances de thérapie (cognitive) permettent d'améliorer l'état de personnes souffrant de graves dépressions. Shea montra que même lorsque "l'instantané" enregistré lors de l'interview donne une image positive, l'intervalle entre fin du traitement et interview peut être marqué d'épisodes dépressifs. Elle présenta en outre une impressionnante technique qui permet de saisir à un niveau large et différencié des aspects tels que la qualité de vie et la manière dont un être "fonctionne". Sa contribution me paraît importante car elle montre qu'au niveau de la méthode il faut procéder de manière différenciée, ouverte et proche de la pratique pour être à même de parvenir à des conclusions pertinentes dans le contexte d'études statistiques consacrées aux processus. Il faut collecter toute une série d'informations permettant de cerner la manière dont vit un être donné, à un moment et pendant une période donnée et ce travail doit être fait par des personnes formées à l'interview et disposant d'instruments différenciés. J'ai appris de Tracy Shea que: en tant que praticiens, nous ne pouvons éviter

de mener des recherches au niveau de l'outcome (liées à la question de la qualité des résultats, pour l'exprimer en termes de gestion de qualité). Il faut que nous insistions pour que ce type de recherche se fasse sur une base adéquate et différenciée, correcte du point de vue méthodique; il faut aussi que nous élaborions des propositions concernant la manière dont ces recherches doivent être menées. L'atelier consacré à l'étude des effets d'analyses de longue durée a éveillé l'intérêt de nombreuses personnes. Il a montré que certains travaux importants de type naturaliste sont actuellement menés dans ce domaine. Leichsenring et al. (1996) présentèrent le design de l'étude entreprise sur ce thème à Göttingen. Blomberg et al. (1996) présentèrent une étude menée à Stockholm sur les effets à long terme de psychanalyses et de psychothérapies psychanalytiques: selon cette étude et concernant les effets à long terme, les psychanalyses classiques produisent de meilleurs résultats que les thérapies d'orientation psychanalytique.

#### *Débat fondamental: les contradictions entre rhétorique et réalité*

Un débat particulier fut consacré au thème du fossé séparant pratique et recherche – en plus du fait qu'il avait été mentionné et discuté sous une forme ou une autre dans la plupart

des contributions. Lors d'un débat animé par David Orlinsky (Chicago), praticien/nes et chercheurs/chercheuses discutèrent de la question suivante: "How to make psychotherapy research meaningful to clinicians – a dialogue for therapists and researchers". C'est quelque peu disillusionné que j'ai quitté ce débat. Alors que l'on demande aux praticiens de la psychothérapie de participer aux travaux de recherche et que l'on dit souvent s'intéresser aux expériences faites dans la pratique, certains chercheurs semblent peu disposés à se demander quelle pourrait être leur contribution à une meilleure collaboration. Sur ce, certains "praticiens seulement" qui participaient à la rencontre intervinrent de manière très critique. Ma conclusion personnelle: il faut que praticiens et chercheurs s'efforcent encore beaucoup plus de construire un pont permettant de surmonter le fossé qui les sépare et que chacun des deux groupes commence de son côté. Plus concrètement: il faut que les chercheurs soumettent leurs méthodes et leur déontologie à un examen critique et, le cas échéant, les modifient; mais il faut aussi que les praticiens s'intéressent plus que par le passé à la recherche et surtout, qu'ils entreprennent eux-même des travaux dans ce sens.

Markus Fähr-Barwinski

## **"Cernobbio" – une rencontre importante pour les praticiens?**

Quelles sont les approches scientifiques dont ont besoin les psychothérapeutes dans la situation actuelle – et qu'est-ce que la rencontre de Cernobbio (organisée par la *Society for Psychotherapy Research*) a apporté à ce niveau? Pour répondre à la première partie de cette question je renvoie le lecteur à l'éditorial du dernier numéro de *Psychothérapie Forum*, dans lequel Markus Fähr-Barwinski, Mario Schlegel et moi-même cernons quatre types de problèmes pertinents par rapport à une "recherche en psychothérapie intégrée au contexte de la pratique". Je reprends

ici deux de ces catégories et les mets en rapport avec certaines évolutions de la recherche qui se sont précisées à Cernobbio.

*Designs servant à évaluer la durée et les résultats des traitements dans la pratique psychothérapeutique.* Comme l'ont montré entre autres les contributions que Tracie Shea et Phil Lavori ont présentées à la séance plénière du vendredi matin, la collecte des données se fait plus complète (dans le sens où, par exemple, les données concernant les symptômes sont complétées d'échelles en rapport avec le travail, les relations

sociales, la satisfaction personnelle etc.) – un exemple de cette tendance est fournie par une étude sur les troubles de l'alimentation, qui vient d'être mise en chantier au niveau européen. De plus, des modèles statistiques plus différenciés sont utilisés pour leur dépouillement, ce qui permet de mieux adapter les plans de recherche à la question étudiée. Cet aspect est indispensable dans le sens où l'on étudie de plus en plus souvent des questions pertinentes au niveau de la pratique mais sur lesquelles un psychothérapeute isolé ne peut fournir de données, car il ne dispose pas d'une base statistique suffisante.

*Etudes de processus.* Le fait que peu de projets aient été présentés qui s'intéressent au déroulement de processus est dû, entre autres, au manque relatif de théories et de méthodes dont souffre la méthodologie traditionnelle employée par la psychologie empirique; or, c'est sur cette dernière que se fonde largement la recherche en psychothérapie. Il n'est donc pas étonnant que les tentatives faites

pour évaluer des évolutions en en-cernant les étapes intermédiaires utilisent des modèles "non-conventionnels". Par exemple, pour décrire les différentes phases du travail sur un vécu problématique dans le contexte d'une gestaltthérapie, Bill Stiles a utilisé comme base le modèle de l'assimilation élaboré par Piaget. Et Schneider, Fäh et Barwinski – qui ont présenté neuf "instantanés" caractérisant une période de 12 mois extraite d'une psychanalyse – appliquent des "outils conceptuels" empruntés aux théories de la complexité. L'utilisation de ces modèles pour décrire des processus de changement dans le contexte d'autres formes de psychothérapie (comme l'a fait par ex. le groupe de travail dirigé par Günter Schleppek) semble montrer qu'ils pourraient servir de base à l'explicitation d'un savoir en matière d'évolution – et pour un échange à ce niveau entre les différentes écoles de psychothérapie.

*Dr. phil. Henri Schneider  
Goldauerstrasse 42, CH-8006 Zürich*

férentes phases caractérisées par différents styles d'interaction. Ils ont observé qu'en début de traitement certains moments où client et thérapeute sourient simultanément servent essentiellement à réguler leur relation. Ce type d'interaction est ensuite remplacé par une phase de confrontation suivie, en fin de thérapie brève, par une combinaison des deux styles mentionnés. D'autre part, Darwish, Stern et Fivaz-Depeursing ont étudié la fonction du sourire simultané et du regard échangé dans le contexte d'une thérapie de couple, donc dans un setting en triade. Lors de notre propre intervention (Bänninger et Widmer, Université de Zurich), nous avons présenté une approche décrivant les schémas-types d'interaction qui sont mis en scène par le client dans le contexte d'un sentiment de culpabilité. Nous avons identifié les réactions verbales et non-verbales d'une thérapeute aux rôles joués par une cliente et les avons analysées du point de vue du degré auquel elles contribuent au processus thérapeutique. Le groupe de recherche dirigé par Cramer (Genève) était représenté à la conférence par Christiane Robert-Tissot; il utilise une approche quelque peu différente, au niveau de la méthode comme à celui du contenu. Ses membres ont étudié un grand nombre de thérapies parents-enfants en bas âge; il s'est entre autres avéré que le comportement interactif des thérapeutes travaillant avec des clients difficiles se caractérise par un fort degré d'activité, les méthodes de thérapie utilisées ne jouant qu'un rôle secondaire.

Même si les études brièvement présentées diffèrent (beaucoup) du point de vue des questions posées et des procédures méthodiques suivies, il reste que toutes contribuent de manière importante à une perception différenciée des effets de la relation psychothérapeutique. C'est précisément ce à quoi vise l'étude des processus en psychothérapie; mais cet aspect joue également un rôle central par rapport à la gestion de la qualité des interventions psychothérapeutiques.

*PD Dr. Eva Bänninger-Huber  
Zürichbergstrasse 43  
CH-8044 Zürich*

## Approches utilisées pour étudier interactions et processus

On ne conteste pas le fait qu'une "bonne" relation entre thérapeute et client contribue au succès d'une psychothérapie; toutes les écoles sont d'accord sur ce point. Mais comment faut-il caractériser cette "bonne" relation? Quels types de comportement apportent-ils une évolution? Quel est le rôle que jouent à ce niveau des phénomènes non-verbaux (regards, sourires, rire)? L'importance de ces questions par rapport à une compréhension du processus psychothérapeutique a été de mieux en mieux admise ces dernières années. Plusieurs approches ont été développées, qui utilisent des enregistrements vidéo pour analyser à un micro-niveau les processus de régulation affective qui se déroulent lors de l'interaction thérapeutique. Joue un rôle particulièrement important sur ce plan, un examen objectif et détaillé des comportements non-verbaux et en particulier des jeux de physionomie (utilisant, par ex., le Facial Action Coding System [FACS] de Ekman et Friesen,

1978). Nous résumons brièvement ci-dessous les travaux de ce type qui ont été présentés à la conférence SPR de Cernobbio (1996).

Un projet important est actuellement mené sur ce thème par un groupe de chercheurs dirigé par Krause (Université de Saarbrücken). On y analyse onze thérapies brèves, menées par des thérapeutes utilisant des approches différentes. Cord Ben-ecke a montré, par exemple, que le comportement non-verbal observé durant la première séance d'une thérapie est en corrélation avec le succès de cette dernière. Par contre, une interaction productive ne se caractérise pas simplement par le nombre de sourires du client et du thérapeute; l'expression faciale d'affects négatifs spécifiques dans le cadre d'un contexte interactif donné joue un rôle essentiel. De Roten et Currat (Université de Lausanne), en collaboration avec Philippos Vanger (Stuttgart), ont réussi à cerner dans les thérapies qu'ils ont étudiées dif-

## 1. Mitgliederversammlung des DVP

Am 21. 9. 1996 wurde nach einer halbjährigen Gründungsphase die 1. Mitgliederversammlung des DVP abgehalten, bei der die Satzung verabschiedet und der neue Vorstand für 2 Jahre gewählt wurde.

Unter den 15. Vorstandsmitgliedern sind ein Kommunikationswissenschaftler, ein Heilpraktiker, eine Sozialwissenschaftlerin, zwei Sozialwissenschaftler, fünf Psychologinnen, ein Psychologe, eine Ärztin und drei Ärzte. Eine ausführliche Personenvorstellung ist für das nächste Heft geplant.

Darüber hinaus wurden drei Arbeitsgruppen gegründet, die allen Interessierten offenstehen

1. zum Psychotherapeutengesetz,
2. zur Ethik und
3. zur Qualitätskontrolle.

Interessierte wenden sich bitte an die Geschäftsstelle des DVP in Frankfurt am Main:

*DVP-Geschäftsstelle, c/o VAS Verlag  
Kurfürstenstraße 18  
D-60486 Frankfurt am Main  
Tel. 069/77 93 66, Fax 069/707 39 67*

T. Levoid

## Die Systemische Gesellschaft e.V.

**Deutscher Verband für systemische Forschung, Therapie, Supervision und Beratung**

### Familientherapie und systemische Therapie: der Hintergrund

Die systemische Therapie ist eine im Vergleich zu anderen, politisch und fachlich schon länger etablierten therapeutischen Schulen immer noch recht junge Therapieform, die aber im therapeutischen Feld auf zunehmende Akzeptanz und Nachfrage stößt. Wie bei jeder anderen Therapieform lassen sich auch hier unterschiedliche Entwicklungsabschnitte markieren: Ausgehend von Ideen, die sich innerhalb eines spezifischen Feldes herausbilden (hier: innerhalb des Kontextes der Familientherapie), kommt es zu einer konzeptuellen und methodischen Konsolidierung, die sich in der Gründung von Arbeitsgemeinschaften, Instituten, dem Aufbau von Curricula sowie der Entwicklung einer Tagungs- und Veröffentlichungskultur niederschlägt und schließlich zu fach- und berufspolitischen Initiativen führt, die das Feld über die Grenzen der Mitgliedschaft hinaus vertreten und darstellen soll.

Das Feld der Familientherapie, das sich in den vergangenen 40 Jahren entfaltetete, erwies sich als zu heterogen, um die unterschiedlichen metho-

dischen und theoretischen Entwicklungen, die sich darin herauskristallisierten, konzeptuell zusammenhalten zu können. Es zeigte sich vielmehr, daß Familientherapie eher als spezifisches Setting in ganz unterschiedlichen therapeutischen Kontexten Wirkungskraft entfalten kann. Gleichwohl war aber die Aufnahme und Adaption systemtheoretischer Konzepte aus den Naturwissenschaften und – später – der Soziologie in der Pionierphase der Familientherapie notwendig, um überhaupt den Schritt zu einer Interaktionspsychologie zu schaffen, die in der Lage ist, die Dynamik natürlicher Systeme (im Unterschied etwa zu Konzepten der klassischen Gruppendynamik) abzubilden. Insofern hat systemisches Gedankengut familientherapeutische Praxis auch dort beeinflusst, wo sie explizit unter anderen theoretischen und praktischen Prämissen steht.

Die systemische Therapie ist aus dem Feld der Familientherapie hervorgegangen, ist aber längst dabei, es hinter sich zu lassen. Sie stellt eine eigenständige wissenschaftlich fundierte Psychotherapieform dar, die sowohl über eine eigenständige Metatheorie bzw. Epistemologie, Entwicklungs- und Motivationstheorie,

Störungs- bzw. Problemkonzepte, Theorien interpersonaler und intrapsychischer Prozesse sowie eine eigene Methodologie verfügt. Diese Entwicklung auch fach- und gesundheitspolitisch darzustellen, steht heute gerade in Hinblick auf die gegenwärtigen Diskussionen um eine gesetzliche Regelung der Psychotherapie auf der Tagesordnung. Denn durch die oben angedeutete historische Ineinsetzung von Familientherapie und systemischer Therapie wird die Frage der Bedeutung der systemischen Therapie auf die Settingfrage reduziert. So wird etwa im Grawe-Gutachten Familientherapie als Setting als eine von mehreren Anwendungsformen der etablierten Verfahren Psychoanalyse und Verhaltenstherapie angesehen. Dagegen gilt es, die Eigenständigkeit der systemischen Therapie als Ansatz zu verdeutlichen.

In Deutschland findet diese Entwicklung bereits seit den frühen 80er Jahren statt und hat in den 90er Jahren eine kräftige Beschleunigung erfahren. In diesem Zusammenhang ist die Gründung der Systemischen Gesellschaft zu sehen.

### Was ist die Systemische Gesellschaft?

Die Systemische Gesellschaft ist eine Vereinigung von Weiterbildungsinstituten, die die Entwicklung der systemischen Therapie in Deutschland nachhaltig geprägt haben. Sie wurde am 30. Oktober 1993 in Köln durch folgende Institute gegründet: die Arbeitsgemeinschaft für psychoanalytisch-systemische Forschung und Therapie APF (Köln), die Internationale Gesellschaft für systemische Therapie IGST (Heidelberg), das Institut für systemische Studien ISS (Hamburg), den Verband internationaler Institute für systemische Therapie (Marburg), das Institut für Systemische Theorie und Praxis Frankfurt ISTUP (Frankfurt a. Main), das Berliner Institut für Familientherapie BIF, die Niedersächsische Gesellschaft für systemische Therapie und Beratung (Hannover) und die Saarländische Gesellschaft für systemische Therapie SGST. Seither hinzugekommen sind das Institut für Familientherapie Weinheim – Ausbildung und Entwicklung e.V., das Institut für systemische Therapie und Organisationsberatung

ISTOB (München) sowie das Stuttgarter Institut für Familientherapie STIF.

Dem Vorstand gehören Dr. Kurt Ludewig (Hamburg, 1. Vors.), Andrea Ebbecke-Nohlen (Heidelberg, 2. Vors.), Tom Levold (Köln, Schatzmeister) sowie Dr. Matthias Lauterbach (Hannover) und Jürgen Linke (Berlin) als Beisitzer an. Die Mitglieder der Gesellschaft sind ausschließlich Institute und keine Personen. Durch sie werden u.a. die Interessen vieler hundert Teilnehmer von Weiterbildungen in systemischer Therapie, Beratung und Supervision vertreten.

Satzungsmäßige Ziele der Gesellschaft sind

1. Förderung und Koordination von Aktivitäten in den Bereichen Forschung, Therapie, Supervision, Beratung und Weiterbildung.
2. Vertretung und Verbreitung systemischen Denkens und Handelns in Gesundheitspolitik, Sozialpolitik, Wissenschaft und Öffentlichkeit.
3. Koordination und Förderung des interdisziplinären Austausches der einzelnen Institute.

Die Systemische Gesellschaft beschränkt ihre Aktivitäten also nicht auf den Bereich der Psychotherapie, sondern will als Fachverband die interdisziplinäre Weiterentwicklung systemischer Forschung, Therapie, Supervision und Beratung fördern. Dahinter steht die Überzeugung und Erfahrung, daß der systemische Ansatz Denkweisen, Arbeitshaltungen und Handlungsorientierungen anbietet, die sich auf eine Vielzahl von therapeutischen und nicht-therapeutischen Arbeitssettings erfolgreich übertragen lassen (Sozialarbeit, Supervision, Organisationsberatung, Politik usw.).

Aus dem Personenkreis, der durch die beteiligten Institute repräsentiert wird, werden bereits seit Jahren nennenswerte Beiträge zur systemischen Theorie und Praxis durch Publikationen, Forschungsprojekte und Weiterbildungsgänge mit bundesweiter Resonanz erbracht. Dies war bislang immer stark an einzelne Personen oder Institute geknüpft und soll auch so bleiben. Allerdings hat sich die psychosoziale Landschaft mittlerweile durch das systemische Denken verändert, ohne daß dies seinen angemessenen Ausdruck in den berufspolitischen und sozialpolitischen Entscheidungsstruk-

turen gefunden hätte. Aus diesem Grund soll die Gesellschaft systemisches Denken und Handeln in der Gesundheitspolitik, Sozialpolitik, Wissenschaft und in der Öffentlichkeit vertreten und verbreiten. Die anstehende Auseinandersetzung um das Psychotherapeutengesetz ist dabei neben anderen ein wichtiges Feld.

Die Systemische Gesellschaft ist prinzipiell offen für andere Institute, die den systemischen Ansatz in Theorie und Praxis vertreten und sich an seiner intensiven inhaltlichen Fortentwicklung und offensiven Vertretung beteiligen wollen.

### Systemische Theorie und Praxis – Die Position der Systemischen Gesellschaft

„Systemisches Denken“ kennzeichnet ein allgemeines wissenschaftliches Programm oder Paradigma und keine in sich abgeschlossene Theorie. Es umfaßt heterogene Denkansätze aus verschiedenen Disziplinen, deren Gemeinsamkeit der nicht-reduktionistische Umgang mit Komplexität ist: Allgemeine Systemtheorie, Autopoiesetheorie, Kybernetik erster und zweiter Ordnung, Synergetik, Kommunikationstheorie, Konstruktivismus, sozialer Konstruktivismus, Theorie der Selbstreferentialität, der Selbstorganisation und dynamischer Systeme, Chaostheorie usw.

Vor diesem Denkhintergrund werden Menschen als autonome und selbstorganisierte Lebewesen betrachtet, die aufgrund ihrer spezifischen Operationsweise für einen Beobachter oder Interaktionspartner weder vollständig erfaßbar, noch beliebig veränderbar bzw. instruierbar sind. Kognition und Kommunikation werden als rekursive Prozesse wechselwirkender und gleichzeitiger Beeinflussung aufgefaßt. Dieses Verständnis rekursiver Vernetzung und Multifaktorialität löst herkömmliche Kausalitätsmodelle ab. Erkenntnis wird als beobachterabhängig verstanden, so daß Objektivität als Kriterium „guten“ Wissens entfällt. Statt der immer besseren „Erfassung“ von Individuen und Systemen rückt der Erkennende als subjektiver Beobachter und seine persönlichen Hintergründe, Vorerfahrungen, Glaubenssysteme, Tabus und „blinden Flecken“ in den Vordergrund.

Systemisch ausgerichtete Therapeuten, Berater und Supervisoren gehen von der Autonomie der Rat- und Hilfesuchenden aus und betrachten diese als „Experten und Expertinnen ihrer selbst“. Dabei wird das individuelle Erleben der Einzelnen als subjektive Verarbeitung seiner lebensgeschichtlichen, affektiven und kognitiven Beziehungserfahrungen verstanden. Systemische Praxis fokussiert darauf, wie Mitglieder sozialer Systeme über Handlungen und Sprache Wirklichkeiten erzeugen und diese über spezifische Muster und Interaktionsprozesse aufrechterhalten. Intra- und interindividuelle Probleme werden auf der Ebene kommunikativer Muster und Beziehungsstrukturen sozialer Systeme rekonstruiert. Interventionen, die auf diese Muster günstig einwirken, lösen Veränderungen aus und tragen zur Problemlösung bei. Dabei kann es sich um die Anregung und Aktualisierung vorhandener kognitiver und interaktionaler Strukturen, um das Überwinden problematischer Muster oder um eine Entwicklungsförderung handeln.

Im therapeutischen und beraterischen Bereich orientiert sich systemische Praxis am Anliegen der Klienten (Kunden/innen) und verzichtet auf normative Zielsetzungen und Pathologisierung. Im Rahmen von fürsorglichen und sozialpädagogischen Maßnahmen knüpft systemische Praxis an die Ressourcen der Beteiligten an, um ethisch vertretbare Zustände herbeizuführen.

Systemische Praxis verfolgt gemäß ihrem theoretischen Ansatz weder das Ziel, die Probleme diagnostisch zu erkunden und zu klassifizieren, noch sie kausal zu verändern. Vielmehr versucht sie, im Dialog mit den Betroffenen Beschreibungen zu entwickeln, die die Möglichkeiten aller Beteiligten, wahrzunehmen, zu denken und zu handeln, erweitern. Sie sucht also nach Bedingungen, mit deren Hilfe die Klienten ihre Ressourcen aktivieren können, um in Selbstorganisation zu ihren Zielen gelangen zu können.

Zentrales Arbeitsmittel systemischer Praxis ist der ressourcenfördernde Dialog. Dem Klienten gegenüber bemüht man sich um eine Haltung des Respekts, der Unvoreingenommenheit, des Interesses und der Wertschätzung bisheriger Lebensstrategien. Vor diesem Hintergrund von

Kooperation zwischen Helfer und Hilfesuchenden erfolgt der jeweilige Einsatz von Arbeitsmitteln und Handlungsstrategien. Zur systemischen Methodik läßt sich das gesamte Spektrum des in den vergangenen vier Jahrzehnten in Familientherapie und systemischer Therapie entstandenen Instrumentariums zählen. Dazu gehören u.a. das zirkuläre und konstruktive Fragen, der selbstreflexive Dialog, der Einsatz von Beobachterteams und Teamreflexionen, die Arbeit mit Familienskulpturen in all ihren Formen, der Einsatz von „Verschreibungen“, Abschlußinterventionen, Ritualen, Externalisierungen, Metapher sowie die „Neuschreibung“ der eigenen Lebensgeschichte. Systemische Praxis kann sich zudem durchaus aus dem Inventar therapeutischer Handlungsweisen, die in anderen Ansätzen erarbeitet wurden, bedienen.

Systemisches Handeln findet Anwendung in der Arbeit mit Einzelnen, Paaren, Familien, Gruppen und Institutionen sowohl im klinischen Bereich als auch in anderen professionellen Bereichen wie Beratung, Supervision, Fort- und Weiterbildung sowie Organisationsentwicklung und -beratung.

Die Ausbildung in systemischer Therapie, Beratung und Supervision umfaßt den Erwerb theoretischer und praktischer Kenntnisse sowie die Reflexion des eigenen biographischen Hintergrunds und des beruflichen Kontextes. Sie versteht sich selbst als interdisziplinär und versucht, auf die Arbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen der psychosozialen und medizinischen Versorgung in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern eine integrierende Perspektive zu entwickeln.

### Die Aktivitäten der Gesellschaft

Die Systemische Gesellschaft ist gegenwärtig insbesondere in folgenden drei Bereichen aktiv:

#### 1. *Betreibung der Anerkennung der systemischen Therapie als wissenschaftlich fundiertes Psychotherapieverfahren und Förderung der Forschung*

Wie bereits oben skizziert, ist die systemische Therapie kein von anderen Therapieformen abgeleitetes oder eklektizistisch montiertes Verfahren, geschweige denn eine bloße Methode oder Sammlung von Techni-

ken, sondern eine eigenständige Verfahrensweise, die sich durch Konsistenz von Metatheorie, spezifischer Therapietheorie, Methodologie und Techniken ausweist. In den vergangenen Jahren sind eine Vielzahl von empirischen Studien in In- und Ausland erschienen, die die Wirksamkeit des systemischen Ansatzes belegen. Die Gesellschaft hat einen Forschungsausschuß eingerichtet, der sich mit diesen Fragen befaßt.

Die Systemische Gesellschaft hat eine umfangreiche wissenschaftliche Studie in Auftrag gegeben, die die theoretischen, methodologischen und empirischen Grundlagen für eine Anerkennung als wissenschaftlich fundiertes Psychotherapieverfahren darstellen wird. In diesen inhaltlichen Fragen arbeitet die Gesellschaft auch mit der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Familientherapie DAF (ebenfalls ein Gründungsmitglied des DVP) und mit dem Dachverband für Familientherapie und Systemisches Arbeiten DFS zusammen.

Darüberhinaus vergibt die Gesellschaft alle zwei Jahre einen Förderpreis für herausragende Beiträge junger Wissenschaftler zur Fortentwicklung systemischer Theorie und Praxis. Die eingegangenen Arbeiten werden von einer renommierten Jury bewertet. Die erste Preisverleihung wird Ende 1996 in Berlin auf dem diesjährigen Jahrestreffen der Systemischen Gesellschaft stattfinden.

#### 2. *Weiterbildungsaktivitäten*

Das anstehende und (bislang) doch nie verabschiedete Psychotherapiegesetz wirft natürlich auch seine Schatten auf den Aktivitätsbereich der Systemischen Gesellschaft. Es ist klar, daß die Auseinandersetzung mit dem neuen Psychotherapeutengesetz eine der wichtigsten politischen Aufgaben der Gesellschaft in der nächsten Zeit darstellt. Die Systemische Gesellschaft hat von ihrem Ansatz her immer eine berufsgruppenübergreifende Weiterbildung für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Angehörige anderer humanwissenschaftlich ausgebildeter Berufsgruppen angeboten und damit sehr gute Erfahrungen gemacht. Das inhaltliche Kriterium war dabei die Klientenbezogenheit und die Berücksichtigung des jeweiligen institutionellen Kon-

textes vor aller berufsständischen Politik. Nicht zuletzt aus diesem Grund beteiligt sich die Gesellschaft als Gründungsmitglied am Aufbau des DVP. Welche Konsequenzen die gesetzliche Neuregelung für diesen Grundsatz haben wird, wird die Zukunft erweisen.

In jedem Fall war es notwendig, die formale und curriculare Vielfalt der Weiterbildungsangebote, die sich in den vergangenen Jahren an den Mitgliedsinstituten entwickelt haben und deren Unterschiedlichkeit maßgeblich zur kreativen inhaltlichen Entfaltung systemischer Therapie beigetragen haben, in einheitliche Rahmenrichtlinien der systemischen Gesellschaft für die Weiterbildung in systemischer Therapie zu fassen, um die gemeinsamen Interessen der Weiterbildungsteilnehmer und -anbieter auch in einem zukünftig stärker geregelten Weiterbildungsmarkt effektiv vertreten zu können. Dabei sollen inhaltliche Besonderheiten und Schwerpunkte der Institute nicht eingeebnet werden. Es wird daher ab 1997 ein von allen Instituten getragenes Zertifikat „Systemische(r) Therapeut(in) (SG)“ geben, für dessen Er-

langung eine insgesamt 900stündige Weiterbildung Voraussetzung ist.

Zur Ergänzung wurde über die Arbeit des damit befaßten Weiterbildungsausschusses hinaus ein Ausschuß für ärztliche Weiterbildung eingerichtet.

### 3. Supervision und Organisationsberatung

Im Supervisionsausschuß werden derzeit die unterschiedlichen Weiterbildungsaktivitäten der einzelnen Institute im Bereich der Supervision koordiniert mit dem Ziel, in absehbarer Zeit gemeinsame Standards für eine systemische Supervisionsweiterbildung zu erstellen. Damit wird es in den nächsten Jahren analog zum „systemischen Therapeuten (SG)“ auch einen „Systemischen Supervisor (SG)“ geben.

Der Organisationsberatungsausschuß beschäftigt sich mit der Übertragung systemischer Konzepte auf die beratende Arbeit in Institutionen und Firmen im Profit- und Non-Profit-Bereich.

Kontaktadresse: Kußmaulstraße 10,  
D-69120 Heidelberg

Tom Lebold, Köln

sammlung repräsentiert der DVBA zertifizierte Bioenergetische Analytiker (CBT) und die an das Internationale Institut für Bioenergetische Analyse in New York (IIBA) angeschlossenen Ausbildungsinstitute in der BRD. Innerhalb des DVBA werden Arbeitskreise zur Erörterung und Durchsetzung spezifischer berufspolitischer Berufsinteressen eingerichtet.

Der Gründung des DVBA gehen langjährige persönliche, interkollegiale Gespräche voraus, die einerseits einen bundesweiten Erfahrungsaustausch und Kooperation der Ausbildungsinstitute und CBT's initiierten, andererseits den Wunsch nach einer gemeinsamen „berufspolitischen“ Vertretung nach außen anzeigten. Eine gleich zu Anfang erforderliche Aufgabe sah der DVBA darin, die Wirksamkeit der Bioenergetischen Analyse als ambulante Psychotherapie durch einen Forschungsbericht zu überprüfen. Ein DVBA-Forschungsbericht, der sich vor allem mit den Therapieeffekten befaßt, liegt inzwischen vor. Heute hat der DVBA ca. 80 Mitglieder und 5 Ausbildungsinstitute als institutionelle Mitglieder. Die Mitglieder arbeiten sowohl in Beratungsstellen, freier Praxis als auch im klinisch-stationären Bereich. Die akademische Grundlagenausbildung umfaßt: Medizinstudium, Psychologie, Sozialwissenschaften, Pädagogik, Sozialarbeit u.a. In der Regel besitzen die CBT's die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde nach § 1 HPG.

Die Bioenergetische Analyse wird seit Anfang der siebziger Jahre in der BRD praktiziert. Seit 1979 gibt es einen offiziellen Ausbildungsgang, der den Kriterien anerkannter Psychotherapieverfahren entspricht. Zur Zeit wird die Bioenergetische Analyse als tiefenpsychologisch fundiertes Psychotherapieverfahren praktiziert und ist in verschiedenen anderen nicht-therapeutischen Praxisfeldern erprobt und entwickelt worden (Sport, Streßbewältigung, Schwangerschaftsvorbereitung u.a.).

Der DVBA stellt einen wichtigen Baustein in der Politik des Internationalen Instituts für Bioenergetische Analyse (New York) dar, ohne in irgendeiner Art und Weise seine Unabhängigkeit dadurch zu verlieren. Die Ausbildung in Bioenergetischer Analyse wird in den Ausbildungsinstituten in den einzelnen Ländern vor Ort durchgeführt. Curricular gibt es feste

U. Sollmann

## Deutscher Verband für Bioenergetische Analyse (DVBA e.V.)

Die Bioenergetische Analyse ist eine körperorientierte Psychotherapie, die von Alexander Lowen und seinen Mitarbeitern am New Yorker Institut (IIBA) in der heutigen Form ausgearbeitet worden ist.

Die Grundlagen gehen auf den Psychoanalytiker Wilhelm Reich, einem Schüler Freuds, zurück. Gleichberechtigt neben der Bearbeitung der Psychodynamik entwickelte Reich auch neue Methoden zur Erarbeitung der Körperfunktion. Im Körper haben alle Lebenserfahrungen ihren Niederschlag gefunden und aus dem Körper bzw. seinen Manifestationen können in der Bioenergetischen Analyse die Entwicklungen und Fehlentwicklungen einer Person diagnostisch erfaßt werden.

Der Körperausdruck zeigt nach dem Verständnis Alexander Lowens und seiner Schule, wie der Mensch auf die

konkreten Lebensumstände reagiert hat und welchen Charakter er angeformt hat. Die Körperhaltung offenbart die Art und Weise, wie dieser Mensch im Leben steht. Wo immer Angst an Stelle von lebendiger Aufgeschlossenheit das Leben eines Menschen bestimmt hat, zeigt es sich in muskulären Verhärtungen und sonstigen Panzerungen des Organismus. Die Person versucht sich nicht nur vermittelt psychischen Rückzugs, sondern auch durch körperliche Kontraktion vor der Wiederholung solcher Ereignisse zu schützen. So ist die Person zweifach blockiert: seelisch und (ganz offensichtlich auch) körperlich (vgl. NIBA-Ausbildungskonzept).

Am 5. 6. 1987 wurde in Bonn der „Deutscher Verband für Bioenergetische Analyse“ (DVBA) gegründet. Nach Beschluß der Gründungsver-

Vorgaben durch das IIBA, die mit den speziellen Ausbildungsinteressen der Institute/Länder korrespondieren. Die Ausbildungsleitung erfolgt durch international tätige Trainer und sogenannte Local Trainer, die durch die jeweiligen Institute gewählt werden.

Dem IIBA sind mehr als 47 Institute weltweit angeschlossen. Auf europäischer Ebene gibt es einen speziellen Zusammenschluß der Ausbildungsinstitute, um sich gezielt den berufspolitischen Fragen widmen zu können. Das IIBA veranstaltet regelmäßig internationale Kongresse, kollegialen Austausch und Post-graduate-Trainings. Es gibt eine in New York erscheinende Fachzeitschrift sowie andere bioenergetische Fachzeitschriften in den jeweiligen Ländern. Ein wesentlicher Schwerpunkt neben der Ausbildung liegt auf der gemeinsamen Qualitätssicherung bioenergetisch-analytischer Psychotherapie. In der Schweiz ist die Bioenergetische Analyse inzwischen ein in der Charta anerkanntes Psychotherapieverfahren. Ein entsprechender Antrag auf Anerkennung wird zur Zeit bei den Ministerien in Österreich geprüft.

Die Tätigkeit des DVBA bezieht sich vornehmlich auf den Informationsaustausch unter den CBT's. Ferner bemüht sich gerade der Vorstand um die Kooperation mit Vertretern anderer Psychotherapieschulen (EABP, Psychoanalyse u.a.). Darüber hinaus soll die Seriosität des Verfahrens an Bekanntheit gewinnen und auch in nicht-therapeutische Arbeitsfelder übertragen werden. Hiezu hat der DVBA eine ausführliche Literaturliste der deutschsprachigen Literatur erstellt, gibt eine halbjährlich erscheinende wissenschaftliche Fachzeitschrift heraus, stellt das bioenergetisch-analytische Psychotherapieverfahren bei Fachkongressen vor und ist selbst bemüht, Kollegen/innen bei der Publikation ihrer Erfahrungen zu unterstützen.

Die Bioenergetische Analyse ist inzwischen – wie auch Thure von Uexküll betont – ein körperbezogenes Psychotherapieverfahren, das hinreichend durch Veröffentlichungen über Theorie und Praxis dargestellt, erläutert und in Behandlungsverläufen anschaulich geschildert wurde. Die Bücher des Begründers der Bioenergetischen Analyse werden inzwischen allein in der BRD in millionenfacher Auflage verkauft. Das hiedurch offen-

kundig gewordene Interesse an einer körperbezogenen Sichtweise menschlicher Entwicklung und menschlicher Probleme ist sowohl Ausdruck konkreter persönlicher Bedürfnisse und Interessen des Klientensystems als auch eine wichtige Rückmeldung über die Plausibilität und Wirksamkeit der bioenergetischen Sichtweise und Praxis.

Unser Interesse, Mitglied im „Deutschen Dachverband für Psychotherapie (DVP)“ zu werden und uns im erweiterten Vorstand aktiv zu beteiligen, ist folgendes: Die gegenwärtige berufsrechtliche und sozialrechtliche Diskussion um die Anerkennung von Psychotherapieverfahren und die Seriosität psychotherapeutischer Praxis erfordert den Zusammenschluß von Vertretern *unterschiedlicher* Therapieschulen und Praxisformen. Dies ist wichtig, um die Komplexität psychotherapeutischer Praxis aufzuzeigen und im Sinne der Qualitätssicherung professionell zu diskutieren. Gleichzeitig geht es darum, psychotherapeutische Praxis in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Wir verstehen gerade dieses Bemühen als einen Teil sozialhygienischer Praxis.

Schließlich liegt uns daran, den körperbezogenen Ansatz in therapeutischer Diagnostik und Praxis bekannt zu machen und zu einem unverzichtbaren Teil psychotherapeutischer Praxis werden zu lassen. All dies ist nicht nur eine Frage psychotherapeutischer Schulenidentität, sondern gerade auch Ausdruck von gelebter Kollegialität und *Respekt für die Andersartigkeit* in der Praxis oft miteinander rivalisierender Therapieschulen.

Ist nicht gerade dieser Respekt für die Andersartigkeit des Gegenübers ein wesentliches Therapieziel? Und was ist mit einer Psychotherapie, die in der eigenen kollegialen Welt gerade dies mißachtet?

Die Studie des DVBA zur Wirksamkeit der Bioenergetischen Analyse ist beim Vorstand gegen einen Kostenbeitrag von DM 10,- plus DM 3,50 für Porto und Verpackung zu bestellen, ebenso liegt eine komplette Liste der deutschsprachigen Literatur (Kosten DM 5,- plus DM 3,50 für Porto und Verpackung) vor.

Der Vorstand ist erreichbar unter:  
DVBA, c/o Dipl. rer. soc. Ulrich Sollmann  
Postfach 25 05 31, D-44743 Bochum

D. Schulte

## Deutscher Dachverband für Psychotherapie

Sektion Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten  
Nachdruck aus: Psychotherapeuten Forum 3 Heft 3, 1996

Am 9. Mai 1996 gründeten acht psychologisch-psychotherapeutische Berufs- und Fachverbände und wissenschaftliche Fachgesellschaften den Deutschen Dachverband für Psychotherapie – Sektion Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Gründungsmitglieder waren die Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände (AGPF), der Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP), die Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs), die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT), der Deutsche Psychotherapeutenverband (DPTV), der Deutsche Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT), die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) und die Gesellschaft für wissenschaftliche Ge-

sprächspsychotherapie (GwG). Dies ist ein erster, sehr zaghafter Versuch, die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Verbänden, die im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie tätig sind, auf ein gemeinsames Fundament zu stellen.

Anfang der 70er Jahre hat es eine erste Phase der Zusammenarbeit von BDP, Deutschem Berufsverband der Verhaltenstherapeuten (DBV, einem der Vorläufer der DGVT), DGIP, DGPT und GwG gegeben, auch damals im Vorfeld der Bemühungen um ein Psychotherapeutengesetz. Doch Mitte der 70er Jahre zerfiel das lockere Bündnis: Der Gesetzentwurf ließ auf sich warten – er kam erst 1978 – und der 1976 veröffentlichte Enquete-Bericht über die Lage der Psychiatrie in

der Bundesrepublik Deutschland spaltete die Verbände erneut.

Erst 1989 legte eine Anregung der damaligen Gesundheitsministerin Ursula Lehr den Grundstein für den heutigen Dachverband. Durch ein Gutachten sollten die Grundlagen für einen neuen Anlauf für ein Psychotherapeutengesetz gelegt werden. Den Gutachtern sollte ein Beirat zur Seite gestellt werden, dem allerdings nicht alle Verbände, sondern lediglich vier Verbandsvertreter angehören konnten. Frau Lehr regte an, daß dieser Beirat in einem Gremium der Verbände „gespiegelt“ werden könne. Dies war die Geburtsstunde der „Spiegel-AG“, die sich später in „Gesprächskreis Psychotherapeutengesetz“ umbenannte.

Zusammengezwungen durch ein gemeinsames Ziel, das Psychotherapeutengesetz, versuchten und versuchen die verschiedenen Verbände, gemeinsame Positionen zu erarbeiten – ein schwieriges Unterfangen. Zu groß sind die Unterschiede, zu unterschiedlich die Überzeugungen, was im Feld der Psychotherapie richtig und vor allem was falsch und verwerflich ist, zu verschieden sind die Mitglieder der verschiedenen Verbände, ihre Zielsetzung und ihre politischen Überzeugungen und vor allem: zu groß ist die Konkurrenz – zwischen Verbänden, zwischen Richtungen, zwischen Delegationspsychologen und Erstattungspsychologen, von der Konkurrenz zwischen Personen ganz zu schweigen.

Auf diesem Hintergrund wirken Vorschläge und Initiativen des einen als Bedrohung des anderen, und Argwohn wird zur Tugend, so daß nach wie vor Beschlüsse im Gesprächskreis nur einstimmig gefaßt werden können. Die Folge sind ein oft stundenlanges Ringen um einfachste Entscheidungen und mühsam erstrittene Kompromisse, von denen sich oft genug am Ende diejenigen wieder distanzieren, denen man im Kompromiß entgegengekommen ist.

Es ist verwunderlich, daß sich trotz dieser Bedingungen der Gesprächskreis immer wieder aufgerafft hat und vor allem in der Endphase des Gesetzgebungsverfahrens der letzten Legislaturperiode mit immensem Einsatz gemeinsame Positionen erarbeitet und diese vor allem auch nach außen gemeinsam vertreten hat.

Doch mit dem Scheitern des Gesetzes, mit Nachlassen des aktuellen äu-

ßeren Drucks traten die Differenzen der Verbände erneut zu Tage. Der Versuch, in einer „Hamburger Vereinbarung“ alle Verbände auf das Erreichte einzuschwören und nicht erneut in Frage stellen zu lassen, erwies sich schon bald als brüchig. Verhandlungen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen um eine Integration der Psychologen in die Kassenärztlichen Vereinigungen, von einem Teil der Verbände erhofft und gefördert, von den anderen als Ausverkauf gefürchtet und bekämpft, führte zu einer de-facto-Spaltung des Gesprächskreises in die Arbeitsgemeinschaft der Richtlinienverbände (AGR), in der vornehmlich solche Verbände vertreten sind, deren Mitglieder zum größten Teil im Delegationsverfahren tätig sind, und die Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT).

Schon 1993/1994 hatte es erste Versuche des Gesprächskreises gegeben, das „Diktat der Einstimmigkeit“ zu durchbrechen und einen demokratischen Abstimmungsmodus einzuführen. Eine Arbeitsgruppe schlug eine Struktur vor, die die unterschiedlichen Interessen der Berufsverbände, der Therapieverbände und der wissenschaftlichen Fachgesellschaften berücksichtigen sollte. Doch die Angst, überstimmt zu werden, ob siegte. Der Versuch scheiterte. Verbündete zur Stärkung der eigenen Position wurden in anderen Verbänden gesucht, die neu in den Gesprächskreis drängten. Die Zahl der Mitgliedsverbände wuchs auf inzwischen 17 Verbände (bei den Sitzungen meist mit zwei bis vier Personen vertreten), und weitere Aufnahmeanträge sind gestellt. Inzwischen macht allein die große Zahl ein effektives Arbeiten fast unmöglich.

Angesichts dieser Lage wirkte im Herbst 1995 die Nachricht, daß eine Gruppe von nicht im Gesprächskreis vertretenen Verbänden einen Deutschen Dachverband für Psychotherapie gründen wolle, wie eine Initialzündung. Man wollte dieser Gruppe nicht das Feld überlassen und im Februar 1996 selber einen Dachverband gründen. Kommissionen wurden eingesetzt und zwei Satzungen wurden entworfen – doch wiederum vergeblich. Kein Dachverband zum jetzigen Zeitpunkt, kein Dachverband ohne die ärztlichen Kollegen, und diese sind derzeit dazu nicht bereit – dies

waren die Gegenargumente, vorgebracht vor allem von einigen Verbänden der AGR.

Daraufhin beschlossen die Vertreter der AGPT zu handeln. Sie wollten sich nicht länger durch das Diktat der Einstimmigkeit lähmen lassen, sondern Mehrheitsbeschlüsse ermöglichen. Eine Satzung wurde entworfen und der Name verändert in „Deutscher Dachverband für Psychotherapie – Sektion Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“. (Im aktuellen politischen Geschehen soll allerdings der alte Name AGPT noch vorübergehend weiter benutzt werden.)

Eine Eintragung in das Vereinsregister soll erst spätestens nach 18 Monaten erfolgen. Solange ist der Dachverband gewissermaßen ein Zusammenschluß auf Probe. Auch den Verbänden des Dachverbandes fällt es schwer, ein wenig ihre Autonomie abzugeben. Trotzdem ist die Gründung des Dachverbandes – nach Verabschiedung der gemeinsamen Ausbildungs- und Prüfungsordnung im Oktober 1995 – ein wichtiger Schritt zur Überwindung der Zerrissenheit der psychologisch-psychotherapeutischen Verbände. Der Dachverband ist offen, wie ausdrücklich in der Satzung festgestellt wird: offen für weitere psychologisch-psychotherapeutische Verbände und offen für zu gründende Sektionen für ärztliche Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Es bleibt zu hoffen, daß der Dachverband seine neugewonnene Handlungsfähigkeit tatsächlich nutzt, um über das Psychotherapeutengesetz hinaus die Bedingungen für eine möglichst optimale psychotherapeutische Versorgung, eine hochqualifizierte Ausbildung und Fortbildung und eine angemessene Interessenvertretung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu schaffen.

Prof. Dr. Dietmar Schulte (DGPs) wurde zum Vorsitzenden des Dachverbandes gewählt. Zu seinen Stellvertretern wurden Dipl.-Psych. Detlev Kommer (DVT) sowie Dipl.-Psych. Hans-Joachim Schwarz (DPTV) gewählt.

*Prof. Dr. D. Schulte  
Fakultät für Psychologie  
Ruhr Universität Bochum  
D-44780 Bochum*

# Veranstaltungs- kalender

**15. Januar 1997, Graz**

**1. Workshop in Kooperation mit dem LFI:**

**Psychotherapie und Schule**

Auskunft: W. Klug, Lehrerberatungszentrum, Tel./Fax 0043/316/91 73 94  
Mag. K. Leibetseder, LFI-Steiermark  
Tel. 0043/316/25 33 76-18, Fax DW 8

**Psychiatrie im Film – Auseinandersetzung mit einem Stigma**

**16. Januar 1997, Wien**

**Hören Sie Stimmen?**

**Neue Untersuchungen eines alten Phänomens**

Ein Film von Irene Stratenwerth und Thomas Bock

**30. Januar 1997, Wien**

**Nervenkieg – ein Film über Psychiatriebetroffene**

Ein Film von Peter Stastny und Stefan Krumbiegel

Die GkPP präsentiert eine Dokumentationsfilmreihe, in der Betroffene selbst zu Wort kommen und über Erfahrungen mit ihrer „Krankheit“ und psychiatrischen Versorgungseinrichtungen berichten.

Ort: GkPP, Kolingasse 9/4, A-1090  
Wien – Beginn jeweils 19 Uhr

**18. Januar 1997, Wien**

**Fortbildungsreihe**

**Psychotherapie konkret:**

**Forensische Psychotherapie**

(Psychotherapie im Zusammenhang mit Kriminalität und Strafvollzug)

ARGE Sozialpädagogik/Akademie für Psychoanalyse

Auskunft: Harald Picker  
Tel./Fax 0043/1/799 18 53

**26. Januar – 1. Februar 1997, Kitzbühel**

**3. Internationales Seminar für Autogenes Training, Autogene Psychotherapie und Hypnose**

Autogenes Training Grundstufe, Oberstufe, Autogene Psychotherapie

und Hypnose in Psychosomatik und Psychotherapie

Auskunft: ÖGATAP, Eduard Süßgasse 22/10, A-1150 Wien  
Tel. 0043/1/98 33 565, Fax 98 33 566

**21. Februar 1997, Salzburg**

**Grundzüge des deutschen Familien- und Verfahrensrechts für österreichische Juristen**

Anmeldung bis 10. Januar 1997 bei Gottfried Graf

SIMT – Salzburger Institut für Mediation und Trennungsberatung  
Getreidegasse 16, A-5020 Salzburg  
Tel. 0043/662/84 22 05, Fax 84 64 61

**26.–28. Februar 1997, Tübingen**

**11. Überregionale**

**Workshoptagung der DGVT**

Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.

Postfach 1343, D-72003 Tübingen  
Tel. 0049/7071/9434-44, Fax DW 35

**27. Februar – 1. März 1997,**

**Salzburg**

**Sexualwissenschaftliche Tagung**

Themen: Psychoanalyse zwischen Trieb- und Objektbeziehungstheorie, Sexualität jenseits der Geschlechterdifferenz, sexualpolitische Orientierungen, Transsexualität, sexualtherapeutische Behandlungskonzepte und der Beitrag der Psychoanalyse

Auskunft: Sexualberatungsstelle Salzburg, Auerspergstraße 10/30, A-5020 Salzburg

Tel. 0043/662/87 08 70  
Fax 0043/662/87 69 99

**28. Februar 1997, Wien**

**Psychoanalyse und Psychose**

Vortrag von Dr. August Ruhs

Auskunft: Fr. Margarethe Grimm  
Tel. 0043/1/889 70 43

**1. März 1997, Zürich**

**Schraubstock oder Wundertüte?**

Bedeutung des Settings ambulanter und stationärer Gruppen

Fachtagung der EFPP (European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy in the Public Sector) Sektion Gruppenanalyse/Schweiz  
 Auskunft: Dr. med. Rudolf Balmer  
 FMH f. Psychiatrie und Psychotherapie  
 Bärenfelsenstrasse 36, CH-4057 Basel  
 Tel. 0041/61/692 10 32, Fax 692 75 46

**1. und 2. März 1997, Tübingen**  
**Fachtagung „Quo Vadis –**  
**Ausbildung in**  
**Verhaltenstherapie“**

Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V.  
 Postfach 1343, D-72003 Tübingen  
 Tel. 0049/7071/9434-44, Fax DW 35

**6.–9. März 1997, Wien**

**10. Wissenschaftliche**  
**Arbeitstagung der**  
**internationalen Gesellschaft**  
**für Gestalttherapie und ihre**  
**Anwendungen (GTA)**

Theater am Steinhof/  
 Lehrsaalzentrum des AKH  
 Thema: Probleme des Werdens –  
 Problems of Genesis  
 Vortragende aus Deutschland, Italien  
 und Österreich zu den Themen-  
 schwerpunkten Psychoanalyse und  
 Gestalttheorie, Systemtheorie, Ge-  
 staltpsychologie und Pädagogik, Ge-  
 stalttheorie und Diagnostik, Gestalt-  
 theoretische Psychotherapie, Gestalt-  
 theorie und Organisationsentwick-  
 lung etc.

Auskunft: Tagungsbüro,  
 c/o Österreichische Arbeitsgemein-  
 schaft für Gestalttheoretische  
 Psychotherapie (ÖAGP)  
 Schopenhauerstraße 48/6  
 A-1180 Wien, Tel. 0043/1/406 46 61

**8. März 1997, Bonn**

**„Die Gruppe als therapeutisches**  
**Agens – eine vernachlässigte**  
**Dynamik?“**

Symposium der Arbeitsgruppe  
 „Therapie und Gruppendynamik“  
 in der Sektion Gruppendynamik  
 und des Däumling-Instituts  
 Das Symposium ist Prof. A. M. Däum-  
 ling zum 80. Geburtstag gewidmet.

Auskunft: Däumling-Institut  
 Georgstraße 12  
 D-53721 Siegburg  
 Tel. 0043/2241/53102

**20. März 1997, Bad Ragaz**  
**Neue Drogen – Neue**  
**Jugendkultur: eine**  
**Herausforderung für die Praxis**

Veranstalter: Soziale Dienste Sargan-  
 serland gemeinsam mit dem Sozial-  
 psychiatrischen Dienst des Kantons  
 St. Gallen und der Kantonalen Psych-  
 iatrischen Klinik St. Pirminsberg  
 Auskunft:

Soziale Dienste Sarganserland  
 Postfach 19, CH-7320 Sargans  
 Tel. 0041/81/723 61 11 (8–12 Uhr)  
 Fax 0041/81/723 40 53

**18. und 19. April 1997, Zürich**  
**Zürcher Gestalttage**

„Wer heute den Kopf in den Sand  
 steckt, knirscht morgen mit den Zäh-  
 nen“ – Verantwortung in der Zeit  
 Gastreferent: Tilmann Moser  
 Veranstalter: SVG,  
 Schweizerischer Verein für  
 Gestalttherapie  
 Auskunft: Zürcher Gestalttage  
 Postfach 265, CH-8049 Zürich

**25. April 1997, Wien**  
**Furcht, Angst und Panik:**  
**eine psychoanalytische Klärung**

Vortrag von Felix de Mendelssohn  
 Auskunft: Fr. Margarethe Grimm  
 Tel. 0043/1/889 70 43

**30. Mai 1997, Wien**  
**Einführung in psychoanalytische**  
**Grundbegriffe**

Vortrag von Hon.-Prof. Dr. J. Shaked  
 Auskunft: Fr. Margarethe Grimm  
 Tel. 0043/1/889 70 43

**5.–7. Juni 1997, Bern**  
**V. Internationales Schizophrenie-**  
**Symposium Bern/Schweiz**

Thema: Therapie der Schizophrenie:  
 Stand und Entwicklungstendenzen.  
 Auskunft: Frau B. Rindlisbacher  
 Universitäre Psychiatrische Dienste  
 Bern (UPD)

Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60  
 Tel. 0041/31 930 95 30  
 Fax 0041/31 930 94 04

**7.–11. Juli 1997, Münsterlingen**  
**17. Schweizerische**  
**Psychotherapiewoche**

„Münsterlingen – Breitenstein“  
 Seminare, Referate,  
 Selbsterfahrungsgruppen  
 Leitthema: „Identitätskrisen in  
 verschiedenen Lebensaltern“  
 Auskunft: Kantonale Psychiatrische  
 Klinik, Direktionssekretariat  
 CH-8596 Münsterlingen oder  
 Dr. Koemeda, Breitenstein  
 Tel. 0041/71/664 11 10

**13.–17. September 1997, Wien**  
**10th International Congress of**  
**the European College of**  
**Neuropsychopharmacology,**  
**ECNP**

Information: Prof. Dr. S. Kasper  
 Chairman of the Department of  
 General Psychiatry  
 University of Vienna  
 Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien  
 Fax 0043/1/40400 3099

**2.–5. Oktober 1997, München**  
**„Welche Bedeutung hat die**  
**Vergangenheit für die Zukunft?**  
**Phänomene, Strukturen,**  
**Entwürfe therapeutischer**  
**Gegenwart“**

Erster gemeinsamer Kongreß der Ar-  
 beitsgemeinschaft Psychotherapeuti-  
 scher Fachverbände (AGPF)  
 In der AGPF sind die Fachverbände  
 der Gestalt- und Integrativen Thera-  
 pie, Familientherapie, Transaktions-  
 analyse, Psychodrama, Bewegungs-  
 und Kunsttherapie vertreten.  
 Auskunft: GFE, Zwitzenlehen 2,  
 D-82547 Eurasburg

**17. und 18. Oktober 1997, Linz**  
**„Modelle der Kooperation und**  
**Vernetzung in der systemischen**  
**Familientherapie“**

Auskunft: Dr. M. Brigitta Pirkel-Beghella  
 Girlingstraße 47, A-5020 Salzburg  
 Tel. 0043/662/43 02 43