



## Der lange Weg der Psychotherapie

### 1. Anfänge Ende des 19. Jahrhunderts

- Die Erforschung des seelischen Innenraums, das Konzept des Bewussten und Unbewussten, die Theorie der Persönlichkeitsentwicklung als Entfaltung des Sexuellen, die Konflikt- bzw. Psychodynamik, die Psychogenese der Psychopathologie  
-> Psychotherapie als Erforschung des individuellen Gewordenseins mit dem Ziel der Erkenntnis
- Das „Experiment“ als Paradigma der wissenschaftlichen Psychologie, Verhalten als Resultante der Innen- Außeninteraktion, Lernen als Grundlage der menschlichen Existenz, die Überwindung des Materie - „Black Box“ - Dualismus  
-> Psychotherapie als Überwindung ineffektiver Verhaltensmuster mit dem Ziel der besseren Anpassung

### 2. Historie

Die Psychotherapie war anfangs in erster Linie eine neue Vorstellung von der Entwicklung und der Funktionalität der Persönlichkeit bzw. dem Verhalten des Menschen. Sie stellte eine Revolution dar und war für die „gestandenen“ konservativen Wissenschaften eine arge Provokation. In der Anwendung der psychotherapeutischen Theorien auf gesellschaftliche Entwicklungen und Zusammenhänge war Psychotherapie von Anfang an auch immer Gesellschaftstheorie (Beispiel: Die tiefen-psychologische Interpretation des Faschismus, die Entwicklung der Erziehungsberatung in Wien).

Mit der Übernahme großer Teile der europäischen Gesellschaften durch die faschistische Ideologie werden diese Ansätze zur „Unnatur“, zur „Widernatur“. Die Vertreter dieser „kranken“ Ideen werden ausgeschlossen. Die Psychotherapie zieht sich zuerst aus (Groß-)Deutschland, dann aus Italien, Spanien und Frankreich, zum Teil auch aus England zurück. Es folgt ein Exodus von Persönlichkeiten und damit wissenschaftlichen Konzepten in die USA.

Nach dem Ende des 2. Weltkrieges gibt es in ganz Europa, besonders aber in Deutschland nur noch Reste einer modernen Psychologie und Psychotherapie. In der Psychiatrie wird der Mantel des (Ver)-Schweigens über die Jahre der Nazidiktatur und die eigenen Verbrechen gelegt. Das zynische Verständnis vom Unwert des Lebens der psychisch Gestörten wird zwar nicht mehr lauthals vertreten, im Grunde wird aber bis in die Mitte der 60er Jahre fernab des politischen und wissenschaftlichen Diskurses in der Abgeschlossenheit der ländlichen Großkliniken das Anderssein vor der Öffentlichkeit verborgen. Es gab keine Behandlungsansätze, die eine wissenschaftliche Grundlage hatten. Die Idee der Psychogenese der psychischen Störungen oder von deren Funktionalität für das Individuum war infolge der Austreibung der Psychologie und Psychotherapie höchstens in Ansätzen präsent.

Entwicklung fand hingegen in den USA statt. Viele Psychotherapeuten wollten wissen, was in den Psychotherapie-Stunden eigentlich geschieht, welche Ereignisse in der Psychotherapeut - Patient - Interaktion Entwicklung bringen. Man wollte das tiefenpsychologische Geheimnis lüften.



Als einer der ersten begann Carl Rogers in den 40er Jahren mit der empirischen Forschung in der Psychotherapie, indem er Tonbandaufnahmen von Behandlungsstunden anfertigte und diese unter bestimmten Fragestellungen analysierte. Eine dieser Fragestellungen war, wann Entwicklung in den Therapiestunden zu beobachten war und mit welchen Interventionen des Psychotherapeuten diese in Zusammenhang standen. Zeitlich fast parallel erfolgte die Entwicklung von Behandlungsprogrammen unter dem radikalen lernpsychologischen Paradigma, dass Störungen erlernt sind und Psychotherapie bedeutet, andere Reiz-Reaktionsmuster aufzubauen. Das psychische Innenleben war hier nicht von Interesse, weil es sich dem Zugriff der experimentellen Forschung entzog. In den USA kam es zu einem sehr dynamischen Wettbewerb der - um mit der heutigen Terminologie zu sprechen - tiefenpsychologischen, humanistischen und kognitiv - behaviouralen Therapie-konzepte.

Die psychologische und philosophische Auseinandersetzung mit dem Verrückten, dem Anderssein, führte zunächst in England, später dann auch in Deutschland und Italien zu einer Wiederentdeckung des Behandlungsgedankens in der Psychiatrie. Die Idee der psychologischen Einheit der menschlichen Psyche, also der Dimensionalität vom psychisch Normalen zum Unnormalen, eröffnete völlig neue Sichtweisen auf das Gestörtsein und damit auch auf die Behandlung der Gestörten. Die Psychotherapie kam damit nicht nur zu ihren Wurzeln zurück, sie konfrontierte auch die Gesellschaft mit dem Gedanken, dass in dem gestörten Individuum immer auch in einem Teil die Störung der Gesellschaft aufscheint.

### 3. Psychotherapie aktuell

Will man die Psychotherapielandschaft in Deutschland verstehen, dann muss man die gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen unseres Gesundheitssystems, die Entstehung des Psychotherapeutengesetzes (PTG) und die Entwicklung der Hochschulpsychologie berücksichtigen.

Die Entstehungsgeschichte des PTG und die wirtschaftlichen Bedingungen des Gesundheitssystems sind eng verzahnt. Die Etablierung der tiefenpsychologischen Verfahren Psychoanalyse und Individualpsychologie (tiefenpsychologisch fundierte PT (TP)) in das GKV – Leistungssystem war zu Anfang kein Problem, weil viele Psychotherapeuten gleichzeitig Ärzte waren bzw. der Psychoanalytiker quasi wie ein Heilberuf behandelt wurde, so dass die Leistungserbringer nicht system-fremd waren (-> Heilkunde) und weil der Leistungsumfang, also die Kosten, damals marginal war.

Problematisch wurde die Situation als mit der Verhaltenstherapie (VT) und der Gesprächspsychotherapie (GPT) zwei Verfahren zur Aufnahme in die GKV – Versorgung drängten, die nicht zum medizinischen Kontext gehörten, deren Protagonisten Psychologen waren. Erst über den vor den Gerichten geführten Nachweis der Unterversorgung wurden dann die Kassen per Rechtsprechung ermächtigt, diese Behandlungsleistungen (VT) zu bezahlen. Gleichzeitig stellten die Gerichte in ihren Urteilen fest, dass die entsprechend qualifizierten Psychologen im Bereich der Psychotherapie berechtigt sind, die Heilkunde auszuüben - genauso wie die Ärzte.

Mit dieser Entwicklung Anfang der 70er Jahre entstand die Notwendigkeit, die Ausübung der Heilkunde durch Psychologen auf eine rechtliche Grundlage zu stellen. Der Ruf nach einer Regelung im Rahmen der postgradualen Weiterbildung analog der Ärzte wurde laut. 1978 legte der damalige Bundesgesundheitsminister einen Referentenentwurf vor, der die wesentlichen Forderungen der Vertreter



der VT, GPT und der DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) berücksichtigte. Mit Wechsel der politischen Farbe des Gesundheitsministers und den entsprechenden Einflüssen wurde dieser Entwurf aber kassiert.

Erst 25 Jahre später und nach einigen nun auch höchstrichterlichen Urteilen wurde 1998 das PTG als Bundesgesetz, als Berufsgesetz verabschiedet. Dass es ein Bundesgesetz wurde, ist der Weigerung verschiedener Bundesländer geschuldet, die keine entsprechenden Weiterbildungsordnungen analog der Regelung der Fachärzte erlassen wollten. Der Bundesgesetzgeber musste aber ein Ausbildungsgesetz erlassen, wodurch es zu der einmaligen Situation kam, dass zur Ausbildung in einem Beruf (PP, KJP) die abgeschlossene Ausbildung in einem anderen Beruf Voraussetzung wurde (z. B. Dipl. Psychologe). Diese neuen Berufe der PP und KJP wurden dann analog der anderen Heilberufe durch ländergesetzliche Regelungen „verkammert“.

Warum ist diese Entwicklung so zäh, wenn doch die fachlichen und Versorgungsargumente so klar sind?!

Dieser Punkt führt direkt zur Machtfrage im Gesundheitssystem! In erster Linie sind die Spieler hier die Krankenkassen als die Kostenträger und die Ärztevertretungen (KVen KBV) als die Leistungserbringer. Die Spielregel ist einfach: Die Kassen als Solidarorganisationen einerseits sind rechtlich verpflichtet, nur Leistungen zu bezahlen, die wirksam sind. Die Leistungserbringer andererseits sind daran interessiert, das Leistungsspektrum und damit die Einkommensmöglichkeiten auszuweiten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss setzt als Zulassungs- und Kontrollorgan fest, welche Leistungen von den Solidarorganisationen (GKV) zu welchen Kosten gezahlt werden müssen. Dieser Ausschuss steuert also die gesamten medizinischen Leistungen im Land! Der Gesundheitsminister hat hier kein oberstes Entscheidungsrecht, sondern kann nur Einspruch erheben.

Der G – BA ist hälftig aus den jeweiligen Gruppen besetzt. Ihm steht ein neutraler Vorsitzender mit Stimmrecht vor. Die Interessenlage ist kontrovers. Der G – BA hat sich Entscheidungskriterien erlassen, auf deren Grundlage er z. B. die Frage entscheidet, ob die GPT sozialrechtlich anerkannt wird oder nicht. Es gibt bei allen Kontroversen im G – BA einen grundsätzlichen Konsens: Kassen und KBV wollen keine weiteren Leistungserbringer an die Budgets lassen.

In diesem Zusammenhang ist der Einfluss der Pharmalobby nicht zu unterschätzen, die grundsätzlich die medikamentöse Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten als die eigentlich richtige Therapie suggerieren. Von dieser Seite wird folgerichtig ein rein symptomatologisch definiertes Krankheitsverständnis propagiert und entsprechende Therapieziele formuliert. Den Kostenträgern kommt dieses Krankheitsverständnis entgegen, lässt es doch geringere Kosten erwarten als eine Psychotherapie.

Schließlich spielt die Entwicklung der Hochschulpsychologie eine wesentliche Rolle.

Die Wissenschaft Psychologie ist in den vergangenen 30 Jahren fast völlig dem empirischen Paradigma in Forschung und Lehre (-> Positivismus) gefolgt. Andere Forschungsansätze wie sie z. B. in den Geisteswissenschaften existieren oder die z. B. gerade in Medizin und Psychotherapie in sogenannten Fallanalysen einen langen Bestand haben, sind fast völlig verschwunden. Man kann diese Entwicklung als Erfolg der Wissenschaftlichkeit sehen, wie sie sich auch in der sog. Evidenz-basierung ausdrückt. Für weite



Teile der inneren psychischen Prozesse und für die Zwischen-menschlichkeit greift dieser Wissenschaftsbegriff m. E. zu kurz bzw. daneben.

Nun sind das empirische Paradigma oder die Evidenzbasierung nicht das eigentliche Problem. Die Forderung, dass psychotherapeutische Verfahren wissenschaftlich überprüft werden müssen, ist trivial. Die Definition z. B. des höchsten Beweiswertes durch RCT – Designs engt jedoch die Forschungsmöglichkeiten in einem Maße ein, dass z. B. sog. klinische Studien kaum noch einen Beweiswert im Sinne der Definition besitzen.

Was kann man jedoch mit RCT – Designs beforschen? Letztlich nur Effekte, die sich auf Symptome bzw. Symptomausprägungen beziehen. Behandlungsprozesse sind so nicht erforschbar. Nach diesem Paradigma könnte z. B. die Psychoanalyse keine Zulassung erhalten!

Aus meiner Sicht birgt diese Verengung des wissenschaftlichen Herangehens das Risiko in sich, dass letztlich nur symptomatologisch gearbeitet, geforscht – und gedacht - wird. Fachlich droht die historische Vielfalt der psychotherapeutischen Ansätze so zur Mono – Un – kultur zu verkommen.

#### **4. Psychotherapeutenkammer NRW**

Körperschaft öffentlichen Rechts: Delegation hoheitlicher Aufgaben auf die KÖR - Rechte und Pflichten der Berufsausübung, ethische und rechtliche Standards, Berufsbild, Gesundheitspolitik

Freier Beruf - Heilberufsgesetz - Berufsordnung - Weiterbildung - Sachverständigenwesen - Vertretung in Gremien der Gesundheitsorganisation (Mitwirkung bei der Entwicklung von Gesetzen, Landesplan Psychiatrie, Bedarfsplanung)

Pflichtmitgliedschaft - Selbstverwaltung - Alterssicherung -> Versorgungswerk - Beitragsordnung

Kammerpolitik: Reform der Psychotherapeuten - Ausbildung, Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung, Entwicklung von Angeboten für spezielle Bedarfe z. B. in der Jugendhilfe, für ältere Menschen, für Menschen mit anderen kulturellen Hintergründen, für behinderte Menschen

#### **5. (Gesundheits-)Politisches Engagement**

Mitarbeit in der PTK - kandidieren!

Kommunale Gesundheitskonferenz - informieren, einmischen (Landeszentrum Gesundheit NRW: Die Kommunale Gesundheitskonferenz in NRW; [poststelle@lzg.nrw.de](mailto:poststelle@lzg.nrw.de))