



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**„Die Professionalisierung und Institutionalisierung
der Gesprächspsychotherapie in Deutschland“**

Verfasserin

Sonja Maria Christina Nasterlack

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Robert Hutterer

Danksagung

Ich bedanke mich zuallererst und von ganzem Herzen bei meinen Eltern Petra und Thomas Nasterlack, die mir dieses Studium ermöglicht haben.

Ein herzliches Dankeschön an all die lieben Freunde, Bekannte und Arbeitskollegen, die mich in der Zeit des Schreibens mit positiven Gedanken, unterstützenden Worten, aber vor allem mit Humor und gemeinsam verbrachter Zeit begleitet haben.

Bei Herrn Prof. Dr. Robert Hutterer bedanke ich mich für die Unterstützung bei der Themenfindung dieser Arbeit, sowie für seine hilfreichen inhaltlichen und strukturellen Anregungen.

Ganz besonderer Dank gilt auch meinen Interviewpartnern, die mir nach bestem Wissen und Verständnis Auskunft gegeben haben, mir zu weiteren Fragen gerne zur Verfügung standen und mir in einem Fall meine Audioaufnahme retteten.

Als letztes, vielen lieben Dank an Barbara Rieger für das sehr ausführliche Korrekturlesen der Arbeit.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe. Die vorliegende Diplomarbeit wurde von mir weder im Inland noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	iii
Eidesstattliche Erklärung	v
Inhaltsverzeichnis.....	vii
Abkürzungsverzeichnis.....	xi
I Hinführung.....	1
1.	
Einleitung.....	1
1.1. Aktueller Forschungsstand und Entwicklung der Fragestellung.....	4
1.2. Methodische Vorgehensweise.....	7
1.3. Relevanz der Fragestellung.....	8
1.4. Inhaltlicher Aufbau der Arbeit.....	9
II Theoretischer Hintergrund.....	10
2. Begriffsdefinitionen.....	10
2.1. Professionalisierung.....	11
2.2. Institutionalisierung.....	15
2.3. Psychologie und Psychotherapie.....	17
2.4. Psychotherapeutisches Verfahren, psychotherapeutische Methode und Technik.....	22
2.5. Klientenzentrierte, Personzentrierte und Gesprächspsychotherapie.....	24
3. Aspekte der Entstehungsgeschichte der Klienten zentrierten Psychotherapie.....	24
3.1. Humanistische Psychologie	25
3.2. Humanistische Psychotherapie.....	29
3.3. Die Klientenzentrierte Revolution und Carl Rogers.....	30
3.4. Einige grundlegende Aspekte der Klientenzentrierten Psychotherapie	32
4. Entwicklung der Gesprächspsychotherapie in Europa	35
4.1. Verbreitung des Ansatzes in Osteuropa.....	35
4.2. Verbreitung in Westeuropa	36
4.3. Entwicklung speziell im deutschsprachigen Raum.....	39
4.3.1. Österreich.....	39
4.3.2. Schweiz.....	41

5. Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland.....	42
5.1. Sozialpolitische Rahmenbedingungen (1960-87).....	43
5.1.1. Anfänge und Wegbereiter.....	48
5.1.2. Professionalisierung.....	50
5.1.2.1. Berufsständische Normen der Psychotherapie in Deutschland.....	51
5.1.2.2. Besondere Wissensbasis der Professionstätigkeit.....	53
5.1.2.3. Gemeinnützige Funktion der Gesprächspsychotherapie.....	55
5.1.3. Institutionalisierung.....	56
5.1.3.1. DDR.....	58
5.1.3.2. BRD.....	59
5.1.3.2.1. Lehre und Forschung	59
5.1.3.2.2. Zweiphasiges Ausbildungsmodell.....	60
5.1.3.2.3. Selbstkontrolle durch Berufs- und Fachverbände.....	61
5.1.3.2.4. Psychotherapeutische Praxis.....	63
5.2. Einschnitt in die Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie durch veränderte sozialpolitische Rahmenbedingungen (1987-2008).....	64
5.2.1. Berufsständische Normen der Psychotherapie versus inoffizielle Anerkennung der Gesprächspsychotherapie.....	66
5.2.2. Sozialrechtliche Anerkennungsverfahren zwischen 1987 und 2008.....	68
5.2.2.1. Am Verfahren beteiligte Institutionen und ihre Aufgaben	72
5.2.2.2. Erstes und zweites Anerkennungsverfahren.....	75
5.2.2.3. Drittes Anerkennungsverfahren	80
5.2.2.4. Weiterer Verlauf des Anerkennungsverfahrens	85
5.2.3. Hauptkritikpunkte am Anerkennungsverfahren.....	88
5.2.3.1. Kritik am Vorgehen des Gemeinsamen Bundesausschuss.....	89
5.2.3.2. Kritik an der Strategie der Gesprächspsychotherapeuten.....	92
5.3. Folgen der Nicht-Anerkennung auf die Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie.....	93
5.3.1. Rückgang der Professionalisierung.....	94
5.3.2. Institutionalisierung.....	95

5.3.2.1. Rückgang von Lehre und Forschung	95
5.3.2.2. Ausbildungsgänge eingestellt	101
5.3.2.3. Verbandsarbeit reduziert	103
5.3.2.4. Psychotherapeutische Praxis und praktische Vielfalt.....	106
5.4. Methodische Weiterentwicklung.....	108
5.4.1. Erlebniszentrierte Methoden.....	112
5.4.2. Differenzielle Methoden.....	113
5.4.3. Erfahrungsaktivierende Methoden.....	114
5.5. Aktuelle sozialpolitische Rahmenbedingungen (2010- 2012)	115
5.5.1. Aktuelle gesundheitspolitische Situation der Psychotherapie.....	117
5.5.2. Gesetzesnovellierung des Psychotherapeutengesetz und der AOLG-Beschluss...	120
5.5.3. Verbände und deren aktueller Einsatz für die Gesprächspsychotherapie.....	122
5.5.4. Fortbestand der Gesprächspsychotherapie als Verfahren.....	125
6. Beantwortung der theoretischen Forschungsfrage.....	126
III Methodische Vorgehensweise	130
7. Forschungsdesign und Forschungsprozess.....	130
7.1. Methodischer Vorgang bei Erhebung und Auswertung	131
7.2. Die Erhebungsmethode	132
7.2.1. Das problemzentrierte Interview.....	133
7.2.2. Entwicklung und Erstellung des Interviewleitfadens.....	136
7.2.3. Vorgehensweise vor und während der Interviewsituation.....	138
7.3. Die Auswertungsmethode.....	139
7.3.1. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	140
7.3.2. Beschreibung einzelner Auswertungsschritte.....	141
7.4. Übersicht der Interviewpartner.....	143
IV Ergebnisse und Ausblick.....	144
8. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse.....	144
8.1. Subjektive Wahrnehmung der Gesprächspsychotherapie.....	146
8.1.1. Entscheidung für die Gesprächspsychotherapie aufgrund von theoretischen Inhalten und praktischer Erfahrung.....	146
8.1.2. Krisenhafte Einschätzung der Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland und ihre Ursachen.....	149

8.1.3. Persönliche Betroffenheit von der aktuellen Lage der Gesprächspsychotherapie..	151
8.2. Berufliche Situation innerhalb der Gesprächspsychotherapie	154
8.2.1. Berufliche Betroffenheit von der sozialrechtlichen Situation.....	154
8.2.2. Einschätzung der aktuellen sozialpolitischen Gegebenheiten.....	161
8.2.3. Aktuelles sozialpolitisches Engagement.....	163
8.3. Mögliche Zukunft der Gesprächspsychotherapie.....	166
9. Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der empirischen Forschungsfrage	168
10. Resümee und Ausblick.....	171
Literaturverzeichnis.....	179
Anhang.....	189
I Kurzusammenfassung.....	189
II Abstract.....	189
III Gesprächseinstieg und Interviewleitfäden.....	191
IV Transkriptionsregeln.....	194
V Lebenslauf.....	197

Erklärung

Um den Lesefluss nicht zu stören, wird in der vorliegenden Arbeit bei der Personenbezeichnung auf eine geschlechtsspezifische Unterscheidung verzichtet. In der vorliegenden Diplomarbeit wurde die maskuline Form gewählt, die für beide Geschlechter gleichermaßen gilt.

Abkürzungsverzeichnis

bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
S.	Seite
sog.	sogenannten
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
zit. n.	zitiert nach
z.B.	zum Beispiel

I Hinführung

1. Einleitung

Wie in den meisten europäischen Ländern wurde die ursprünglich aus den USA kommende Klientenzentrierte Psychotherapie nach Carl R. Rogers (1902-1987)¹, auch in den 60er Jahren in Deutschland unter der Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ zu Beginn begeistert und mit breitem Interesse aufgenommen. So etablierte sich dort zum Beispiel bereits 1970 die bei Weitem größte Klientenzentrierte Vereinigung (Thorne & Lambers, 1998).

Der erste Fachverband der Gesprächspsychotherapie in Deutschland; Die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) umfasste zu ihrer Hochzeit ca. 8000 Mitglieder und stellte somit nicht nur die größte Psychotherapeutische Gemeinschaft in Deutschland, sondern weltweit dar. Den Anfang der Entwicklung und Verbreitung von Rogers Therapierichtung, machte der mit Carl Rogers befreundete deutsche Psychologe Reinhard Tausch, in den 60er Jahren, in dem er die Gesprächspsychotherapie (im Folgenden GT) nach Deutschland holte und infolgedessen, das erste Gesprächspsychotherapeutische Ausbildungsprogramm am Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Hamburg anbot. Bereits 30 Jahre später war die Klientenzentrierte Psychotherapie an 76 % der deutschen Universitäten vertreten (Frohburg, 2011).

Thorne und Lambers (1998) heben hierzu hervor, dass sich die Klientenzentrierte Methode im europäischen Vergleich in Deutschland, besonders innovativ weiter entwickelt hat, wodurch sie bereits früh auch außerhalb des therapeutischen Bereiches, in ein einem sehr breitgefächerten sozialen Feld Anwendung fand und heute noch findet: z.B. in der pastoralen Arbeit, der Sozialarbeit, der Gruppenarbeit oder auch in der Personalarbeit (Thorne & Lambers, 1998).

¹ Carl R. Rogers war ein nordamerikanischer Psychologe und Psychotherapeut, der die Klientenzentrierte Psychotherapie, der in den 40er Jahren in den USA vor dem Hintergrund der Humanistischen Psychologie entwickelte (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, (2006), S.14 ff.).

In den Jahren 1987 bis 2008 wurde diese sehr viel versprechende Beginn der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland erheblich durch eine wiederholt verweigerte sozialrechtliche Anerkennung gebremst, wodurch das Psychotherapeutische Verfahren von der allgemeinen staatlich getragenen psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen wurde (Hentze, 2011).

Die dadurch entstandene langjährige Außenseiterrolle der zwar wissenschaftlich, also berufsrechtlich, jedoch nicht sozialrechtlich anerkannten Gesprächspsychotherapie innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland, hatte und hat immer noch weitreichende Folgen für alle Bereiche der Professionalisierung und Institutionalisierung dieses Psychotherapeutischen Ansatzes. Infolgedessen hat die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) heute nur noch ca. 3000 Mitglieder und die einzige universitäre Ausbildungsmöglichkeit zum Gesprächspsychotherapeuten am Institut für Psychotherapie (IfP) in Hamburg wurde 2008 wieder eingestellt, da der Beruf „Gesprächspsychotherapeut“ außerhalb der kassenärztlichen Versorgung kaum leistbar ist. Dies macht sich bereits während der Ausbildung daran bemerkbar, dass Psychotherapeuten in Ausbildung fast keine Klienten finden, die bereit sind, für ihre Psychotherapie selbst aufzukommen, da es sich hierbei um keine Kassenleistung handelt (Müller & Wienand-Kranz, 2011). Darüber hinaus sind mittlerweile die meisten Lehrenden und oder Lehrstuhlinhaber mit Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie emeritiert, ohne auf Nachwuchs bauen zu können. Praktische Gesprächspsychotherapeuten arbeiten heutzutage in den meisten Fällen unter dem Deckmantel eines Richtlinienverfahrens, da es im Zuge des Inkrafttretens des Psychotherapeutengesetzes (1999) möglich war, sich in einer von den Richtlinien anerkannten Fachkunde nachqualifizieren zu lassen (Hentze, 2011).

Zuletzt wurde, was den Ausbildungsstatus sowie die Ausbildungsmöglichkeiten der GT anbelangt, u.a. ernsthaft darüber diskutiert; Gesprächspsychotherapie anstatt als vollständiges psychotherapeutisches Verfahren, lediglich als Methode innerhalb eines der Richtlinienverfahren anzubieten, welche Teil der staatlichen psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland sind, oder GT in die psychotherapeutische Weiterbildung zu integrieren (Frohburg, 2011).

Aktuell hat sich nun im Zuge der 2010 beschlossenen Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und dem damit verbundenen AOLG-Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgerichte, eine neue Möglichkeit für die in Deutschland wissenschaftlich anerkannten Psychotherapien; (die Gesprächspsychotherapie und die Systemische Therapie) ergeben, die sozialrechtliche Anerkennung zu erlangen. Der AOLG-Beschluss sucht um eine Zusammenführung des Sozial- und des Berufsrechts im Psychotherapeutischen Bereich an, wodurch, einem Verfahren, das wissenschaftlich anerkannt ist, also das Berufsrecht hat, zugleich auch das Sozialrecht zustehen würde, wodurch es Teil der kassenärztlichen Versorgung wäre. Durch eine solche Zusammenführung wäre ebenfalls die langersehnte Angleichung der psychotherapeutischen Versorgung an den Medizinischen Bereich erreicht (GwG, 2011).

Anhand dieses kurzen Einblickes wird deutlich, dass sich die Situation der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland heute innerhalb von weniger als 3 Jahrzehnten drastisch verändert hat. Aus diesem Grund soll in vorliegender Arbeit, den hinter der sozialrechtlichen Anerkennungsproblematik stehenden Haupteinflussfaktoren nachgegangen werden, die auf die Entwicklung der Professionalisierung und Institutionalisierung und damit auf die gesellschaftliche Etablierung der GT als anerkanntes Psychotherapeutisches Verfahren eingewirkt haben und noch einwirken. Dazu wird hier die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland zum einen im theoretischen Teil anhand ihres geschichtlichen Hergangs und im Hinblick auf festgelegte Kriterien einer Professionalisierung und Institutionalisierung nach Thomas Kurtz (2008) nachvollzogen. Zum anderen bezweckt der empirische Teil, sich mit der tatsächlichen beruflichen Situation von Personen in verschiedenen Tätigkeitsfeldern der Gesprächspsychotherapie und im Hinblick auf deren subjektive und berufliche Betroffenheit von der aktuellen sozialrechtlichen Situation der GT auseinanderzusetzen.

1.1. Aktueller Forschungsstand und Entwicklung der Fragestellung

Zur aktuellen Situation der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland liegt ein Buch von Inge Frohburg und Jochen Eckert (2011) mit dem Titel „Gesprächspsychotherapie heute- eine Bestandsaufnahme“ vor, das Vorträge unterschiedlicher Autoren zu unterschiedlichen Aspekten der Entwicklungsgeschichte der Gesprächspsychotherapie zusammenträgt, die im Rahmen des 6.Großen Forums der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) e.V. stattfanden. Hierbei handelt es sich um eine Tagung, die alle zwei Jahre von der DPGG in Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychotherapie (IfP) der Universität Hamburg veranstaltet wird. Einerseits geht es in besagtem Buch um eine Rückschau auf die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie (GT) in Bezug auf ihre Professionalisierung und Institutionalisierung in Deutschland und andererseits wird die Thematik sowohl in vergangene als auch in aktuelle gesundheits- und sozialpolitische Rahmenbedingungen eingebettet. Ansonsten gibt es zum Thema noch ein weiteres, aktuelles Buch von Inge Frohburg (2007) mit dem Titel „Zwölf Beiträge zum sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie“, dass sich konkret mit der Entwicklung der Gesprächspsychotherapie, vor allem im Hinblick auf die gescheiterten Sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren und deren Hintergründe auseinandersetzt. Michael Curd Hockel (1999) behandelt die Thematik zur Zeit des Inkrafttretens des Psychotherapeutengesetzes mit seinem Buch „Gesprächspsychotherapie- ein wissenschaftliche anerkanntes Verfahren“. Kleinere Beiträge und Artikel zu einzelnen Aspekten des sozialpolitischen Hintergrunds der Entwicklung der Gesprächspsychotherapie fanden sich darüber hinaus in mehreren Zeitschriften, wie z.B. in Ausgaben des Psychotherapeutenjournals, in der von der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) herausgegebenen Zeitschrift „Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung“, in den von der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie herausgegebenen DPGG Lettern oder der Zeitschrift „Person“. Weitere Informationen waren neben genannten Artikeln, vor allem in regelmäßigen, die Sachlage dokumentierenden Informationsschreiben zum Thema auf den Homepages der jeweiligen Fach-bzw. Interessensverbände zu finden, wodurch sich vor allem die derzeitige sozialrechtliche Situation der Gesprächspsychotherapie, wenn auch verhältnismäßig oberflächlich, doch relativ gut nachvollziehen lässt. Aufgrund der

sozialpolitisch angelegten Thematik stellten auch die Zeitschriften und Homepages der, an den Verfahren zur sozialrechtlichen Anerkennung der GT maßgeblich beteiligten sozial- und gesundheitspolitischen Gremien und Institutionen, wie z.B. des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), des Wissenschaftlichen Beirates (WBP), der Landespsychotherapeutenkammern, der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), eine wichtige Informationsquelle dar. Die gesetzlichen Grundlagen der Thematik wurden anhand des V. Sozialgesetzbuches (SGB V), des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG), der Aus- und Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten, sowie der Psychotherapie Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nachvollzogen.

Das Thema der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland, war sofort eine sehr interessante Fragestellung für mich, die ich ursprünglich aus Deutschland komme, aber in Wien studiert habe und die vorliegende Diplomarbeit in meinem dritten Schwerpunkt „Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie“ an der Universität im Fach Bildungswissenschaft schreiben wollte; was, wie ich noch am selben Tag von meinem Betreuer erfuhr, an einer deutschen Universität wohl nicht so einfach möglich gewesen wäre.

Da ich nach meinem Studium selbst gerne die postgraduale Ausbildung zum Psychologischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten machen möchte, hatte ich mich vor einiger Zeit nach Ausbildungsmöglichkeiten dazu, in einem Gesprächspsychotherapeutischen Kontext innerhalb Deutschlands erkundigt und dabei überrascht und aufgrund einer beeindruckenden Erfahrung der personenzentrierten Spieltherapie in einem Seminar von Michael Behr, enttäuscht festgestellt, dass das auf staatlich anerkanntem Weg in Deutschland im Moment gar nicht möglich ist. Als ich mich daraufhin noch einmal beim Institut für Psychotherapie (IfP) in Hamburg erkundigte, bei dem ich mich 2007 schon einmal nach einer Ausbildungsmöglichkeit in Gesprächspsychotherapie für Erwachsene erkundigt hatte und nun im Gegensatz zum letzten Mal erfuhr, dass diese Ausbildung aufgrund der immer noch fehlenden sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie seit 2008 auch nicht mehr möglich war, fing ich an, mich mit der Sache etwas genauer auseinanderzusetzen und begann zu recherchieren. Hierbei erklärte sich mir jedoch immer noch nicht gänzlich,

warum die Gesprächspsychotherapie nicht zu den in Deutschland staatlich anerkannten Psychotherapieverfahren, den Richtlinienverfahren zugelassen wurde, ist sie doch sonst international anerkannt und war darüberhinaus, meines Wissens, der erste Psychotherapeutische Ansatz, der seine Wirksamkeit erforschte und anhand von Studien nachwies.

Aufgrund der erneuten Andeutung des im Thema angelegten Konflikts durch meinen Betreuer, war mein Interesse endgültig geweckt und ich freute mich darauf, mich gezielt in die Thematik einarbeiten zu können, um zu verstehen, warum ein psychotherapeutisches Verfahren, dass ich zum einen im Rahmen von universitären Selbsterfahrungsseminaren und zum anderen in einer Stunde bei einem Gesprächspsychotherapeuten wiederholt als beeindruckend wirksam erlebt hatte, das innerhalb des deutschen Sprachraums; in Österreich und der Schweiz zur staatlichen Psychotherapeutischen Versorgung gehört und das vor allem das Verfahren gewesen wäre, für das ich mich aus eigener Erfahrung und einer Theorie, die mir persönlich sehr entspricht so gerne entschieden hätte, in Deutschland nicht zur staatlichen psychotherapeutischen Versorgung gehört.

Zu Beginn der Arbeit wurde um den thematischen Rahmen der Arbeit klar abzugrenzen folgende Formulierung der Hauptforschungsfrage gewählt, die anhand des Theorieteils bearbeitet werden soll:

- Wie verlief die Institutionalisierung und Professionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland aufgrund welcher Haupteinflussfaktoren?

Zusätzlich zur ersten Forschungsfrage, entschied ich mich zum einen, aufgrund des im Thema angelegten Konfliktpotentials, sowie der daraus resultierenden Betroffenheit der Berufstätigen innerhalb der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland und zum anderen aufgrund der sozialpolitischen Aktualität des Themas, zu der Bearbeitung einer zweiten Subforschungsfrage. Folgende, der ersten Forschungsfrage untergeordnete Subforschungsfrage ist auf der Basis des theoretischen Teil angelegt, wird jedoch anhand einer qualitativen Methode im Empirischen Teil der Arbeit erhoben und ausgewertet:

- Wie nehmen Berufstätige aus unterschiedlichen Bereichen innerhalb der Gesprächspsychotherapie (GT) als Verfahren; die gegenwärtige bzw. mögliche zukünftige sozialrechtliche Situation der GT wahr und inwiefern sind sie beruflich von ihr betroffen?

Anhand dieser Subforschungsfrage, soll ein kleiner Einblick in die heutige Arbeitssituation, aber auch Wahrnehmung von Menschen mit unterschiedlichen beruflichen Bezügen zur Gesprächspsychotherapie, sei es als Ausbilder, Psychotherapeut in Ausbildung, Verbandsvertreter oder praktischer Psychotherapeut gewährleistet werden, um dadurch einen konkreten Einblick in die praktischen Auswirkungen der sozialrechtlichen Situation der Gesprächspsychotherapie aus der Sicht von Betroffenen zu gewährleisten und auf deren prekäre Lage aufmerksam zu machen. Ebenfalls soll herausgefunden werden, ob und inwiefern die Ergebnisse der Subforschungsfrage des empirischen Teils auf der Basis von Berichten von Berufstätigen innerhalb der Gesprächspsychotherapie, mit der im theoretischen Teil dargestellten Sachlage der Thematik übereinstimmen.

Das allgemeine Anliegen der Arbeit ist es, die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland zusammenfassend darzustellen und auf ihre Stellung und Situation in der Psychotherapeutischen Versorgung hinzuweisen.

1.2. Methodische Vorgehensweise

Für die Beantwortung der genannten Fragestellungen, wurde im Zuge der ersten Hauptforschungsfrage theoretisch darstellend gearbeitet, wohingegen die zweite Teilforschungsfrage, wie kurz erwähnt, konkreter Gegenstand der empirischen Vorgehensweise der Arbeit war. Auf der Basis von halbstrukturierten Fragebögen (Mayring, 2010) wurden sechs problemzentrierte Interviews mit Personen geführt, die in einem beruflichen Kontext zur Gesprächspsychotherapie in Deutschland stehen und mit einer Technik innerhalb der Qualitativen Inhaltsanalyse; der Inhaltlichen Strukturierung ausgewertet (Lamnek, 2005). Aufgrund der qualitativ ausgerichteten Teilforschungsfrage, deren Ziel es ist, die subjektive Wahrnehmung einiger Berufstätiger auf die aktuelle

Situation der Gesprächspsychotherapie, sowie auf deren persönliche berufliche Situation innerhalb der Gesprächspsychotherapie abzubilden, habe ich mich für eine sowohl induktiv als auch deduktiv vorgehende qualitative Technik entschieden. Das heißt, die innerhalb der Auswertung gebildeten Kategorien wurden einmal induktiv, also in einem offenen Forschungsprozess am Material und andererseits deduktiv, in Anlehnung an das bereits vorhandene theoretische Vorwissen erstellt. Qualitative Verfahren sind in der Auseinandersetzung mit subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen einzelner Personen geeigneter als quantitative Verfahren, da sie es ermöglichen das erhobene Material in all seiner Differenziertheit auszuwerten und darzustellen (Lamnek, 2005).

1.3. Relevanz der Fragestellung

Das vorliegende Thema und die gewählte Fragestellung sind in zweifacher Hinsicht aktuell und relevant. Die Hauptforschungsfrage innerhalb der Arbeit setzt sich mit der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland auseinander, wobei sich zum einen zeigt, dass die Professionalisierung und Institutionalisierung der GT noch lange nicht abgeschlossen ist, sondern gegenwärtig aufgrund der seit 2010 bevorstehenden Gesetzesnovellierung des Psychotherapeutengesetzes (1999) eine neue Richtung einschlagen könnte. Durch eine Gesetzesänderung auf der Basis einer Zusammenführung von Sozialrecht und Berufsrecht, hätte die GT die Möglichkeit Eingang in die Richtlinien und damit die kassenfinanzierten Psychotherapeutischen Verfahren in Deutschland zu finden. In erster Linie sehen es die gesprächspsychotherapeutischen Verbände als ihre Aufgabe, die verantwortlichen Sozial- und Gesundheitspolitiker von der Notwendigkeit einer solchen Zusammenführung zu überzeugen. Durch eine Vereinigung beider Rechte, würde psychotherapeutischen Verfahren in Deutschland, die das Berufsrecht inne haben, wodurch in diesen Verfahren staatlich anerkannt ausgebildet werden darf, endlich auch das Sozialrecht verliehen, wodurch sie Teil der staatlich getragenen Psychotherapeutischen Versorgung wären, also zu den Richtlinienverfahren gehören würden (GwG Kammertag, 2011). Zum anderen sind von der schwierigen Situation der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, alle Berufstätigen innerhalb der

Gesprächspsychotherapie; Psychotherapeuten in Ausbildung, Psychotherapeuten in der Praxis, Ausbilder und Lehrende betroffen. Der aktuellen beruflichen Situation von Berufstätigen im Bereich Gesprächspsychotherapie soll sich anhand der zweiten Teilforschungsfrage angenähert werden, indem qualitative Interviews mit sechs Personen aus unterschiedlichen beruflichen Bereichen der GT, deren Wahrnehmung der GT, sowie deren beruflichen Lage etwas näher in den Blick genommen wird.

1.4. Inhaltlicher Aufbau der Arbeit

Um inhaltlich an die Hauptforschungsfrage der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie (GT) heranzuführen, wird nach einer Begriffsdefinition in Kapitel 2, im darauffolgenden dritten Kapitel ein kurzer Blick auf die Anfänge der Gesprächspsychotherapie als Humanistische Psychotherapie und ihren Gründer geworfen. Von den Ursprüngen der Personenzentrierten Psychotherapie führt der inhaltliche Weg der Arbeit in Kapitel 4 dann nach Europa und zu der Entwicklung dieses Psychotherapeutischen Ansatzes dort, wobei hier nach den Entwicklungsräumen Ost- und Westeuropa unterschieden wird. Im Anschluss daran, geht es schließlich in Kapitel 5 des theoretischen Teils, um die Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland und damit um die theoretische Annäherung an die Hauptforschungsfrage innerhalb vorliegender Arbeit. Hierbei werden zuerst die Anfänge der Gesprächspsychotherapie, sowie deren institutionelle und professionelle Entwicklung in ihrer Anfangszeit nachgezeichnet. Daraufhin werden die gescheiterten sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren (Frohburg, 2007) mit den sie begründenden sozialrechtlichen Bedingungen als Haupteinflussfaktoren auf die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie deklariert und ausgeführt und schließlich mit den daraus entstandenen Folgen für den weiteren Fortgang der Professionalisierung und Institutionalisierung der GT in Deutschland abgeschlossen. Ebenfalls Eingang in das fünften Kapitel findet die aktuelle soziapolitische Situation der Gesprächspsychotherapie, welche im Anschluss daran, im empirischen Teil der Arbeit anhand der Subforschungsfrage und in Form von problemzentrierten Interviews mit Berufstätigen im Bereich Gesprächspsychotherapie noch einmal aufgegriffen werden soll. Die Ergebnisse

der zweiten Subforschungsfrage werden anhand der Technik der Inhaltlichen Strukturierung auf der Basis der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Den theoretischen und den empirischen Teil der Arbeit abrundend, werden die Ergebnisse dargestellt und miteinander in Zusammenhang gebracht.

II Theoretischer Hintergrund

2. Begriffsdefinition

Gerade Begrifflichkeiten, die u.a. in Abhängigkeit eines wissenschaftlichen Fachbereichs oder vor einem bestimmten soziokulturellen Hintergrund betrachtet werden können, unterliegen der Notwendigkeit, sie von vorneherein klar zu definieren und abzugrenzen, um etwaigen Missverständnissen vorzubeugen.

Die Begriffe *Professionalisierung* und *Institutionalisierung* werden hier beide in einem sozialwissenschaftlichen Kontext verstanden. Mit dem Begriff *Psychologie* ist ein wissenschaftlicher Fachbereich gemeint, wohingegen der Begriff *Psychotherapie* im Folgenden aus einem sozialpolitischen Verständnis heraus und vor dem gesundheitspolitischen Hintergrund, eines von der gesetzlichen Krankenkasse anerkannten Psychotherapeutischen Verfahrens in Deutschland verstanden werden soll. Hierbei soll vor allem gezeigt werden, dass die Definition des Begriffes *Psychotherapie*, stark von dem jeweiligen gesundheitspolitischen Kontext eines Landes abhängt, wenn es um Psychotherapie als gesetzliche Versorgung geht und nicht um eine rein wissenschaftliche oder verfahrensspezifische Definition. Weiterhin wird ein *psychotherapeutischer Ansatz/eine psychotherapeutische Richtung* hier in Anlehnung an die innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland übliche Unterscheidung, mit dem Begriff *psychotherapeutisches Verfahren* gleichgesetzt und von den Begriffen *psychotherapeutischer Methode* und *psychotherapeutischer Technik* abgegrenzt.

2.1. Professionalisierung

Bevor der Begriff *Professionalisierung* im Allgemeinen, aber vor allem in Bezug auf eine psychotherapeutische Richtung genauer und die Gesprächspsychotherapie in Deutschland im Speziellen betrachtet wird, ist es wichtig ihn von den Begriffen *Profession* und *Professionalität* abzugrenzen, da die drei Begrifflichkeiten im Kontext der soziologischen Professionalisierungsdebatte nicht nur in sich, sondern auch in Bezug zueinander unterschiedlich ausgelegt werden (Kurtz, 2008).

In einem engeren und traditionelleren Sinne wird der Begriff *Professionalisierung* von dem Begriff *Profession* (frz. Profession; „Beruf, Stand“) (Wahrig 1978, S.2881) abgeleitet, womit vor allem in der traditionelleren Professionalisierungsforschung innerhalb der Soziologie, die Entwicklung von einem Beruf zu einer *Profession* gemeint ist. Unter einer *Profession* im Kontext dieses Verständnisses, werden Berufe mit bestimmten Eigenschaften und Merkmalen verstanden (Kurtz, 1997). Vor dem Hintergrund des klassischen und gängigen soziologischen Verständnis des Begriffs *Profession* ist hiermit ein Beruf gemeint, dem man einen besonders hohen Grad an beruflicher Organisation, eine dem Berufsstand eigene Berufsethik sowie individuelle und auf den Berufsgegenstand bezogene Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zuschreiben kann. Diese Kriterien werden hierbei ausschließlich von alteingesessenen akademischen Berufen mit hohem Prestige, wie zum Beispiel dem der Ärzte, Juristen oder Geistlichen als erfüllt angesehen (Alisch, Baumert, Beck, 1990).

Nach einer Studie von Talcott Parsons und Gerald M. Platt, die in Kurtz (2008) zitiert wird; werden innerhalb eines weiteren Professionsverständnisses zwei professionelle Gruppen unterschieden: „Universitätslehrer, Ingenieure, Ärzte und Juristen operieren auf der Ebene des allgemeinen Handlungssystem und sind Hüter der zentralen kognitiven Ressourcen der Gesellschaft“ (Kurtz, S.135). Die Berufe im Bereich von Bildung, Fürsorge, Verwaltung und Buchführung und Bankwesen dagegen, übernehmen die Funktionen innerhalb des Sozialsystems einer Gesellschaft. Die Autoren folgern daraus, dass „die erste Gruppe es mehr mit der Rolle der kognitiven Ressourcen bei der Bestimmung der Voraussetzungen und Rahmenbedingungen gesellschaftlichen Lebens zu

tun hat, die zweite Gruppe dagegen mit operativen Problemen innerhalb dieses Rahmens “ (Kurtz, S.135).

Auf diese eher weiter gefasste Definition von *Profession* wird sich in vorliegender Arbeit gestützt, um den Begriff *Profession* auch in Bezug auf den Bereich Psychotherapie verwenden zu können, welche hier der zweiten Gruppe zugeordnet wird.

Bei dem Begriff *Professionalität* wird hier ganz allgemein an einen „erreichten Zustand der Könnerschaft“ (Combe 2005, S.7) gedacht, worin es, kurz zusammengefasst, darum geht, was das Wissen, Denken und Handeln eines Experten, von dem eines Anfängers unterscheidet.

Der in vorliegender Arbeit zentrale Begriff der *Professionalisierung*, verweist hingegen eher auf Bewegung, einen geschichtlichen Prozess sowie eine bestimmte Handlungsdynamik eines beruflichen Bereichs (Combe, 2005). Im weitesten Sinne wird unter dem Begriff *Professionalisierung* jedoch die Entwicklung von Tätigkeiten von Einzelpersonen im privaten Raum zu einem Beruf, mit für den Berufstand geltenden Regeln, festgelegten Anforderungen an die Vertreter dieser Berufsgruppe, wie auch bestimmten Fähigkeiten dieser verstanden. Verbunden damit ist auch eine genau definierte Position und Aufgabe des Einzelnen innerhalb eines sozialen Systems mit einem geregelten Ausbildungssystem und Arbeitsfeld (Wikipedia 2012, Professionalisierung).

Geschichtlich betrachtet nach Thomas Kurtz (1997) und dabei „ausgehend von den problematischen Folgen der wirtschaftlichen Dominanz der modernen Gesellschaft (...) [sind] seit den dreißiger Jahren mit Carr-Saunders/Wilson in Großbritannien und mit Parson in den Vereinigten Staaten die Professionen zu einem Erkenntnisobjekt der Sozialwissenschaften erhoben worden“ (Kurtz, 1997, S.130).

Der Autor stellt in weiterem jeweils kurz zusammengefasst die unterschiedlichen Hauptströmungen der Professionalisierungsdebatte vor, die entstehend im anglo-amerikanischen Raum gegen Ende der sechziger Jahre durch die berufssoziologischen Arbeiten von Hesse und Daheim, stärkere Beachtung innerhalb der Sozialwissenschaften im deutschsprachigen Raum gefunden haben (Hesse 1968 u. Daheim 1969 zit. in Kurtz 1997, S.131).

Dabei unterscheidet Kurtz (1997) im Folgenden sechs Positionen, welche die Begriffe *Professionalisierung* und *Profession* jeweils anders interpretieren, in dem ihnen aufgrund der Einteilung in klassische und neuere Standpunkte, unterschiedliche Bedeutungen beigemessen werden:

- Klassische Positionen: 1. *Indikatorisch-merkmalstheoretisch*, 2. *Machtstheoretisch*, 3. *Strukturfunktionalistisch*, 4. *Interaktionstheoretisch-problembezogen*.
- Neuere Positionen schenken Folgendem besondere Beachtung: 1. Der *spezifischen internen Handlungslogik der professionellen Tätigkeiten* und 2. Einer *kommunikations- und gesellschaftstheoretisch elaborierten Fassung der Professionalisierung* (Kurtz, 1997, S.130 ff.).

Bei der *indikatorisch-merkmalstheoretischen* Position werden anhand der alteingesessenen Professionen und ihrer Institutionen Merkmalskataloge aufgestellt, anhand deren Erfüllung ganz generell eine gelungene Professionalisierung festgemacht wird. Der *machtstheoretischen Perspektive* geht es in erster Linie nicht um eine Analyse der Struktur von professionellem Handeln, sondern um „die herrschaftslegitimierenden Funktionen des professionellen Komplexes der modernen Industriegesellschaft“ (Kurtz, 1997, S.132); also um die Tatsache, dass die Gesellschaft den Professionen gestattet sich aktiv in sie einzubringen, wobei sie einerseits von den Dienstleistungen der Professionen abhängig ist und ihnen dadurch bestimmte Privilegien gewährt und die Professionen im Gegenzug versuchen, diese innerhalb des Professionsmarkt zu behalten. Die *strukturfunktionalistische Perspektive* interessiert sich dafür, welche zentralen Werte einer Gesellschaft durch einzelne Professionen, wie z.B. Erziehung, Gerechtigkeit, Gesundheit usw. abgedeckt werden, wobei an dem Grad der Deckung der professionsgenerierende Faktor gesehen wird. Bei der *interaktionstheoretisch-problembezogenen Perspektive* wird der Auslöser der Entstehung von Professionen vor allem in dem Problem der Arbeit an individuellen Personen gesehen, dessen Lösung in der Professionellen-Klienten Beziehung besteht (Kurtz 1997, S.134). Mit der Perspektive auf *die spezifische interne Handlungslogik der professionellen Tätigkeiten* sollen durch eine soziologische Perspektive die Strukturen eines professionalisierten Handlungstypus rekonstruiert werden und bei der letzten Perspektive auf *kommunikations- und gesellschaftstheoretisch elaborierte Fassung der Professionalisierung*, unterscheidet Stichweh in der „funktional

differenzierten Gesellschaft zwischen Professionen als professionellen Handlungssystemen und gesamt gesellschaftlichen ausdifferenzierten Sozialsystemen, wobei im Prozess der Destratifikation Professionen als institutionalisierte Rollenbeziehungen mit der gesellschaftlichen Umwelt, und Sozialsysteme dagegen durch die Entledigung von Rollenbindungen zur gesellschaftliche Umwelt entstehen“ (Stichweh, 1978a, S.241 zit. in Kurtz, 1997, S.135).

In vorliegender Arbeit soll die *Professionalisierung* der Gesprächspsychotherapie, mit der die Entwicklung eines psychotherapeutischen Verfahren in Deutschland zu einem gesellschaftlich etablierten und anerkannten Beruf gemeint ist, unter den folgenden typischen Aspekten, die Professionalisierung, innerhalb der *indikatorisch-merkmalstheoretischen Position* in Anlehnung an Thomas Kurtz (2008) beschreiben, untersucht werden:

1. Die Professionstätigkeit ist durch eine besondere Wissensbasis gekennzeichnet,
2. Hochschulausbilder sind ebenfalls Mitglieder der Profession, der rekrutierte Professionsnachwuchs zumeist in einem zweiphasigen Ausbildungsmodell- Hochschule/professionelle Organisation (en) –schon während der Ausbildung in die Profession hinein sozialisiert,
3. der Berufsverband stellt [berufsständische Normen] und Verhaltensregeln in Form einer Berufsethik (code of ethics, code of conduct) auf, an die die Professionellen in ihrer Praxis gebunden sind,
4. die professionelle Arbeit ist ein Dienst an der Allgemeinheit und auf zentrale gesellschaftliche Werte wie Erziehung, Gerechtigkeit, Gesundheit, Seelenheil etc. bezogen
5. und die Berufsangehörigen sind in einem selbstverwalteten Berufsverband organisiert (Kurtz 2008, S.35).

Folgende genannte Aspekte, betont Kurtz (2008) stellen an sich noch keine eigene Professionalisierungstheorie dar, wohl aber einige der „ am häufigsten thematisierten Merkmale und Kriterien zur Bestimmung [der Professionalisierung] professioneller Berufsgruppen“ (Kurtz, 2008, S. 35).

Die Betrachtung der *Professionalisierung* der Gesprächspsychotherapie, ausgehend von dem Standpunkt der genannten Position und deren Aspekten, wird zusätzlich anhand ihrer

Darstellung in einem geschichtlichen Prozess mitvollzogen, womit schließlich auch der zu Beginn des Kapitels genannte Definition von *Professionalisierung* als geschichtlichem Prozess und Bewegung mit einer inhärenten Handlungsdynamik, laut Combe (2005) nachgekommen werden soll.

2.2. Institutionalisation

Nach dem im vorhergehenden Kapitel der Begriff *Professionalisierung* vor dem Hintergrund dieser Arbeit geklärt wurde, geht es hier in Bezug auf eine psychotherapeutische Richtung, bzw. die Gesprächspsychotherapie in Deutschland, um eine soziologische Perspektive auf den Begriff *Institutionalisierung* im Zusammenhang mit und ausgehend von dem Begriff *Institution* (Berger & Luckmann, 1986).

Laut Berger und Luckmann (1986) gehen jeder *Institutionalisierung* Habitualisierungsprozesse voraus, wobei mit Habitualisierung hier Handlungen gemeint sind, die aus Gewohnheit heraus immer wieder in gleicher Form stattfinden. *Institutionalisierung* findet dann statt, wenn habitualisierte Handlungen durch Typen von Handelnden reziprok typisiert werden, wobei jede Typisierung, die auf diese Weise von Statten geht, eine *Institution* ist. Es geht aber nicht nur um eine Typisierung von Handlungen sondern auch von Handelnden oder Akteuren, die in Form einer und durch eine *Institution* zum Allgemeingut und damit einer gesellschaftlichen Gruppe zugänglich werden. Ein weiterer Aspekt, der den Begriff *Institutionalisierung* charakterisiert ist Historizität und Kontrolle. Handlungen und Akteure entstehen nicht plötzlich, sondern werden in einem historischen Prozess typisiert und halten in Form einer gesellschaftlichen *Institution* in erster Linie menschliches Verhalten unter Kontrolle, in dem sie Verhaltensmuster aufstellen, die menschlichem Verhalten Richtungen aufweisen (ebd., 1986). Andererseits erklären Berger und Luckmann aber auch, „wenn ein Bereich menschlicher Tätigkeit institutionalisiert ist, so bedeutet das eo ipso, dass er unter sozialer Kontrolle steht“ (Berger & Luckmann, 1986, S.59).

Institutionalisierung führt also zu *Institutionen*, wobei dieser Begriff, wie sich bereits andeutete, unterschiedlich weit gefasst werden kann. In dem Sinne werden können auch Gesetze oder die Ehe als *Institution*, sowie eine Gesellschaft, als Institutionsballung verstanden werden. *Institutionen* stehen also in jedem Fall am Anfang jeder gesellschaftlichen Situation, wobei je mehr Verhalten institutionalisiert ist, desto mehr Verhaltensweisen auch voraussagbar und kontrollierbar sind. Bezogen auf den Aspekt der institutionellen Kontrolle gibt es in der Soziologie daraus folgend, negative und positive Institutionstheorien (Berger & Luckmann, 1986).

Der Begriff *Institutionalisierung* wird auf sprachlicher Ebene von dem Begriff *Institution* (lat. Institutio, „Einrichtung“) abgeleitet, der in der Soziologie vielschichtig definiert wird, indem hierunter z.B. nicht nur soziale Einrichtungen, sondern u.a. eben, wie bereits erwähnt auch Gesetze oder die Ehe als *Institution* verstanden werden können (Schäfers & Kopp, 2006).

Innerhalb vorliegender Arbeit soll der Begriff *Institution* im Bezug auf die *Institutionalisierung* eines psychotherapeutischen Verfahrens am Beispiel der Gesprächspsychotherapie in Deutschland folgendermaßen verstanden werden:

„Eine Institution ist eine normativ geregelte, mit gesellschaftlichem Geltungsanspruch dauerhaft strukturierte und über Sinnbezüge legitimierte Wirklichkeit sozialen Handelns“ (Schäfer & Kopp 2006, S. 112).

Wenn hier also von der Entwicklung der *Institutionalisierung* der Gesprächspsychotherapie (GT) gesprochen wird, ist damit zusammengefasst die Betrachtung der dauerhaften und normativ geregelten Etablierung von Einrichtungen, also *Institutionen* der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, verbunden mit der Frage ihre Legitimation und Sinnhaftigkeit gemeint. Hier spielt ebenso die Entwicklung diese *Institutionen* innerhalb eines geschichtlichen Kontextes eine Rolle (Berger & Luckmann, 1986).

Weiterhin wird *Institutionalisierung* im Bezug auf vorliegendes Thema als ein Teilbereich innerhalb des Prozesses der *Professionalisierung* der Gesprächspsychotherapie in

Deutschland verstanden (Kurtz 2008), bei dem die Entwicklung der Einrichtungen der GT im Sinne von universitären Lehrstühlen, Ausbildungsinstituten und Verbänden unter dem Aspekt ihrer geschichtlichen Entwicklung im Mittelpunkt stehen.

Aus diesem Grund werden auch die in Kapitel 2.1. genannten, folgenden, typischen Merkmale zur Charakterisierung einer *Professionalisierung* innerhalb der *indikatorisch-merkmalstheoretischen* Position in vorliegender Arbeit als der *Institutionalisierung* zugeordnet betrachtet:

- „Hochschulausbilder sind Mitglieder der Profession, so wird der rekrutierte Professionsnachwuchs zumeist in einem zweiphasigen Ausbildungsmodell-Hochschule/professionelle Organisation (en) –schon während der Ausbildung in die Profession hinein sozialisiert.
- Die Berufsangehörigen sind in einem selbstverwalteten Berufsverband organisiert“ (Kurtz 2008, S.35).

2.3. Psychologie und Psychotherapie

Damit der Begriff *Psychotherapie* im Kontext dieser Arbeit ausreichend definiert ist, soll er eingangs von dem vielen Menschen geläufigeren Begriff *Psychologie* abgegrenzt werden, da diese beiden Begriffe von Laien oder Personen, die aus anderen Berufsgruppen stammen, gerne verwechselt, bzw. oft gar nicht eindeutig unterschieden werden.

Mit dem Begriff *Psychologie* ist in erster Linie ein wissenschaftlicher Fachbereich gemeint und wird im Kontext dieser Arbeit folgendermaßen verstanden:

„Psychologie ist eine empirische Wissenschaft. Sie beschreibt und erklärt das Erleben und Verhalten des Menschen, seine Entwicklung im Laufe des Lebens und alle dafür maßgeblichen inneren und äußeren Ursachen und Bedingungen. Der Begriff stammt aus dem Altgriechischen (ψυχή psyché ‚Hauch‘, ‚Seele‘, ‚Gemüt‘ sowie λόγος lógos ‚Lehre‘, ‚Wissenschaft‘) und bedeutet ursprünglich Atemkunde oder Lebenslehre, wird heute üblicherweise jedoch mit „Seelenkunde“ wiedergegeben (im Englischen dagegen „study of the mind“). Psychologie ist als Wissenschaft bereichsübergreifend. Sie lässt sich weder den Naturwissenschaften noch den Sozialwissenschaften oder Geisteswissenschaften allein zuordnen“ (Wikipedia 2012, Psychologie).

Laut dieser Definition bezeichnet *Psychologie*, wie gesagt ein universitäres Fachgebiet, wobei es sich im Gegensatz dazu bei dem Begriff *Psychotherapie* generell um eine Heilbehandlung handelt, die u.a. in Abhängigkeit des jeweiligen gesundheitspolitischen Kontextes eines Landes, anhand festgelegter Kriterien angezeigt ist. Zumindest innerhalb der deutschsprachigen EU-Länder ist die *Psychotherapiewissenschaft* noch kein universitärer Fachbereich und kann bisher lediglich an privaten Universitäten studiert werden (Akademie für Integrative Psychotherapiewissenschaften Köln (AIPTW 2012, Psychologie und Psychotherapiewissenschaften). *Psychotherapie* als Heilbehandlung wird hier in einer postgradualen Ausbildung vermittelt, die eine universitäre Ausbildung zur Voraussetzung hat.

Der Begriff *Psychotherapie* wird einerseits vorwiegend im Kontext der unterschiedlichen Psychotherapeutischen Richtungen und andererseits von Autoren im Bereich Psychotherapie definiert, wobei er sich, und davon wird in vorliegender Arbeit ausgegangen, auch als festgelegter Begriff im jeweiligen gesundheitspolitischen Bereich eines Landes wiederfindet, wenn es um *Psychotherapie* als gesetzlich finanzierte Versorgungsleistung geht.

Da es in vorliegender Arbeit um die *Institutionalisierung* und *Professionalisierung* der Gesprächspsychotherapie in Deutschland geht, werden die in diesem und nächstem Kapitel folgenden Definitionen der Begriffe *Psychotherapie*, *psychotherapeutisches Verfahren*, *psychotherapeutische Methode* und *psychotherapeutische Technik* dem gesundheitspolitischen Verständnis von „Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (G-BA 2011, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Durchführung von Psychotherapie) in Deutschland entnommen.

Seit dem 1999 in Kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) in Deutschland gibt es festgelegte Bestimmungen, die regeln, welche *psychotherapeutischen Verfahren* zur gesetzlichen kassenärztlichen Versorgung zugelassen sind und damit als sogenannten „Richtlinienverfahren“ (Frohborg 2007, S.16) bezeichnet werden.

Bis ein psychotherapeutisches Verfahren Zugang zu den Richtlinien findet, muss es zum einen grundlegend der begrifflichen Definition laut PsychThG (1999) entsprechen, zum anderen mit der Begriffsbestimmung des Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) übereinstimmen, der darüber entscheidet ob *ein psychotherapeutisches Verfahren*

wissenschaftlich und damit berufsrechtlich anerkannt ist und zum dritten der Definition von *Psychotherapie* laut der Psychotherapie Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nachkommen, um auch sozialrechtlich anerkannt zu sein, sowie in Folge, in die kassenärztliche Versorgung aufgenommen zu werden (Frohbürg, 2007).

Wie lauten nun also folgende drei Definitionen von Psychotherapie, denen *ein psychotherapeutisches Verfahren* in Deutschland entsprechen muss, um staatlich anerkannt zu werden?

1. Die Definition von *Psychotherapie* anhand des Psychotherapeutengesetzes laut § 1, Satz 3 besagt folgendes:

„ Ausübung von Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. (...). Zur Ausübung von Psychotherapie gehören nicht psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung und Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben“ (Bundesministerium der Justiz 2012, Psychotherapeutengesetz).

Einschränkend ist hierzu zu erwähnen, dass der Begriff *Psychotherapie* durch das Psychotherapeutengesetz im Gegensatz zu dem Begriff *Psychotherapeut* nicht geschützt ist (Wikipedia 2012, Psychotherapie in Deutschland).

Das PsychThG enthält im Vergleich zu der Definition von *Psychotherapie* in anderen EU-Ländern, wie z.B. Österreich, ein sehr begrenztes Begriffsverständnis, in dem z.B. eine „Überwindung sozialer Konflikte“ “ (Bundesministerium der Justiz 2012, Psychotherapeutengesetz) in der Psychotherapeutischen Leistung nicht vorgesehen ist.

Zum Vergleich sei hier der Begriff *Psychotherapie* nach der Definition des Österreichischen Bundesgesetzes angeführt, der im Gegensatz zur vorhergehenden deutschen Definition umfassender ist, da er Einzel- und Gruppentherapie anspricht und des weiteren Psychotherapie nicht nur als Heilungsweg, sondern auch als Entwicklungsunterstützung beschreibt, womit er überdies einer zentralen Ansicht in Bezug auf das psychotherapeutische Verständnis der Gesprächspsychotherapie entspricht, die in Deutschland mittlerweile seit Jahrzehnten aus der allgemeinen psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen ist:

„Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist; die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von 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 mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern“ (BGBl. 361/1990, zitiert in Stumm 1996, S.22).

Der definitorische Unterschied und damit auch die daraus resultierende sozialrechtliche Situation der Psychotherapie in Österreich könnten nicht größer sein.

Bevor ein *psychotherapeutisches Verfahren* in Deutschland in die gesetzliche kassenärztliche Versorgung aufgenommen werden kann, muss es in einem ersten Schritt durch den sogenannten Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP), der sich aus Mitgliedern der Bundespsychotherapeuten- und der Bundesärztekammer zusammensetzt, auf der Basis des Psychotherapeutengesetz (§ 11 des PsychThG) auf seine Wissenschaftlichkeit überprüft werden; da laut PsychThG nur wissenschaftlich anerkannte Verfahren in die Richtlinienverfahren und damit in die allgemeine kassenärztlich getragene psychotherapeutische Versorgung aufgenommen werden können (WBP 2010, Methodenpapier nach § 11 PsychThG, Version 2.8.) .

2. Der WBP arbeitete und beurteilte Psychotherapeutische Richtungen hierbei bis 2007 auf folgender definitorischer Grundlage:

„Psychotherapie ist die Behandlung von Individuen auf der Basis einer Einwirkung mit überwiegend psychischen Mitteln. Die Definition wissenschaftlicher Psychotherapie fordert eine Reihe von weiteren Bedingungen, z. B. das Anstreben der positiven Beeinflussung von Störungs- und Leidenszuständen in Richtung auf ein nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (z. B. Symptomminimalisierung und/oder Strukturveränderungen der Persönlichkeit) sowie einen geplanten und kontrollierten Behandlungsprozess, der über lehrbare Techniken beschrieben werden kann und sich auf eine Theorie normalen und pathologischen Verhaltens bezieht. Wissenschaftliche Psychotherapie sollte als Heilbehandlung im Rahmen des jeweiligen Gesundheitssystems zu bestimmen sein“ (Wikipedia 2012, Psychotherapie in Deutschland).

Die an den Regeln vorgenommenen Veränderungen begründet der WBP folgendermaßen:

„Auf Grund der bisherigen Erfahrungen sieht sich der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie veranlasst, diese Regelungen zu präzisieren und weiter zu entwickeln. Grundlagen dafür sind neben seinem gesetzlichen Auftrag die wissenschaftlich-methodologische Weiterentwicklung des Fachs und die allgemeine Diskussion zur

evidenzbasierten Medizin unter Berücksichtigung des besonderen Charakters psychotherapeutischer Behandlungen“ (WBP 2010, Methodenpapier).

In der veränderten Version spricht der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) nun nicht mehr von dem Begriff *Psychotherapie* als solchem, sondern unterteilt in definitorischer Übereinstimmung mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in „*Psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Techniken*“ (WBP 2010, Methodenpapier), wovon in vorliegender Arbeit wie bereits erwähnt ebenfalls ausgegangen wird.

Die dritte Definition von *Psychotherapie* bzw. *Psychotherapeutischen Verfahren* als welche Psychotherapeutische Richtungen im allgemeinen entsprechen müssen, um überhaupt Teil der gesetzlichen kassenärztlichen Versorgungsleistung in Deutschland zu sein, erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf der Basis der Psychotherapie Richtlinie. Der G-BA ist das gemeinsame Selbstverwaltungsgremium von Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenkassen und Patienten in Deutschland und beurteilt ein *psychotherapeutisches Verfahren* anhand von fünf Paragraphen (§3-7) der Psychotherapie Richtlinien, die wiederum auf „§ 92 Absatz 6a des Fünften Buches des Sozialgesetzbuch“ (G-BA 2011, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Durchführung von Psychotherapie) basieren.

Hierbei wird in den §3 und §4 *Psychotherapie* grundlegend definiert, sowie in den § 5-7 in *Psychotherapeutische Verfahren, Methoden und Techniken* eingeteilt.

3. Der G-BA definiert also in §3/ §4 folgendermaßen:

„§ 3 Ätiologische Orientierung der Psychotherapie:

(1) Psychotherapie, als Behandlung seelischer Krankheiten im Sinne dieser Richtlinie, setzt voraus, dass das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess verstanden wird, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht und in einem Theoriesystem mit einer Krankheitslehre definitorisch erfasst ist.

(2) Die Theoriesysteme müssen seelische und körperliche Symptome als Ausdruck des Krankheitsgeschehens eines ganzheitlich gesehenen Menschen wahrnehmen und berücksichtigen. Sie müssen den gegenwärtigen, lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Faktoren in ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen gerecht werden.

§ 4 Übergreifende Merkmale von Psychotherapie:

(1) Psychotherapie dieser Richtlinie wendet methodisch definierte Interventionen an, die auf als Krankheit diagnostizierte seelische Störungen einen systematisch verändernden Einfluss nehmen und Bewältigungsfähigkeiten des Individuums aufbauen.

(2) Diese Interventionen setzen eine bestimmte Ordnung des Vorgehens voraus. 2 Diese ergibt sich aus Erfahrungen und gesicherten Erkenntnissen, deren wissenschaftliche Reflexion zur Ausbildung von Behandlungsverfahren und -methoden, die in einen theoriegebunden Rahmen gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 1 und § 6 Absatz 1 Nummer 1 eingebettet sind, geführt hat.

(3) In der psychotherapeutischen Intervention kommt, unabhängig von der Wahl des Therapieverfahrens, der systematischen Berücksichtigung und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung eine zentrale Bedeutung zu“ (G-BA 2011, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Durchführung von Psychotherapie).

Um eine besserer Übersicht zu gewährleisten, wird im Folgenden die Definition von *Psychotherapeutisches Verfahren*, *Methode* und *Technik* laut dem (Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) sowie dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in einem eigenen, dem nächsten Kapitel ausgeführt

2.4. Psychotherapeutisches Verfahren, psychotherapeutische Methode und Technik

Die im Folgenden angeführten Definitionen von *Psychotherapeutischem Verfahren*, *psychotherapeutischer Methode* und *Technik* entsprechen dem gemeinsamen Verständnis des G-BA und des WBP und regeln die staatlich getragene psychotherapeutische Versorgung in Deutschland.

Die gesetzliche Grundlage stellen Paragraph 5-7 der Psychotherapie Richtlinie des G-BA dar:

„§ 5 Definition Psychotherapieverfahren

(1) Ein zur Krankenbehandlung geeignetes Psychotherapieverfahren ist gekennzeichnet durch

1. eine umfassende Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung oder verschiedene Theorien der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten und ihrer Behandlung auf der Basis gemeinsamer theoriegebundener Grundannahmen,

2. eine darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsstrategie für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen oder mehrere darauf bezogene psychotherapeutische Behandlungsmethoden für ein breites Spektrum von Anwendungsbereichen und

3. darauf bezogene Konzepte zur Indikationsstellung, zur individuellen Behandlungsplanung und zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung.

(2) Ein Psychotherapieverfahren im Sinne dieser Richtlinie muss die Voraussetzungen nach § 17 Absatz 1 erfüllen.

§ 6 Definition Psychotherapiemethode

(1) Eine zur Behandlung einer oder mehrerer Störungen mit Krankheitswert geeignete Psychotherapiemethode ist gekennzeichnet durch

1. eine Theorie der Entstehung und der Aufrechterhaltung dieser Störung bzw. Störungen und eine Theorie ihrer Behandlung,

2. Indikationskriterien einschließlich deren diagnostischer Erfassung,

3. die Beschreibung der Vorgehensweise und

4. die Beschreibung der angestrebten Behandlungseffekte.

(2) Eine Psychotherapiemethode im Sinne dieser Richtlinie muss die Voraussetzungen nach § 17 Absatz 2 erfüllen.

§ 7 Definition psychotherapeutische Technik

Eine psychotherapeutische Technik ist eine konkrete Vorgehensweise mit deren Hilfe die angestrebten Ziele im Rahmen der Anwendung von Verfahren und Methoden erreicht werden sollen“ (G-BA 2010, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Durchführung von Psychotherapie).

In Deutschland wird von anerkannten *psychotherapeutischen Verfahren* als den sog. *Richtlinienverfahren*, was bereits die Rangordnung von *Verfahren*, *Methode* und *Technik* aufklärt. Mit einem *psychotherapeutischen Verfahren* im Sinne der Richtlinienordnung ist allgemein gesprochen ein im Sinne der Richtlinie vollwertiger psychotherapeutischer Ansatz gemeint. Erfüllen dieser zum einen die Kriterien der wissenschaftlichen Anerkennung auf der Basis des PsychThG, bestätigt durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP), mit der das Ausbildungsrecht verbunden ist, sowie zum anderen die Kriterien der sozialrechtlichen Anerkennung, festgelegt durch die Psychotherapie Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), kann er als eigenständige *psychotherapeutische Verfahren* in den kassenärztlichen Versorgungspool eingehen.

Eine *psychotherapeutische Methode* ist ein wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Ansatz, der in Bezug auf seine Eigenständigkeit nicht an die eines *psychotherapeutischen Verfahrens* heranreicht. Eine *psychotherapeutische Methode* wird z.B. innerhalb der Psychotherapieausbildung in einem Richtlinienverfahren, den Psychotherapeuten in Ausbildung als Methode vorgestellt und nahe gebracht oder kann in psychotherapeutischen Weiterbildungen erlernt werden. Es kann in ihr jedoch nicht

approbiert, also ein staatlicher Abschluss erlangt werden. Bei *psychotherapeutischen Techniken* handelt es sich hingegen schlicht um eine psychotherapeutische Vorgehensweise, die auch z.B. Teil mehrerer Verfahren oder Methoden sein kann (GwG 2012, Psychotherapie Allgemein).

2.5. Klientenzentrierte, Personzentrierte und Gesprächspsychotherapie

In Folgendem wird an die Anlehnung an den Begriffsgebrauch der *Client-Centered Psychotherapy* nach Carl Rogers im Deutschsprachigen Raum, einmal von der *Klientenzentrierten Psychotherapie*, im weiteren von dem, von Rainhard Tausch in Deutschland geprägten Begriff der *Gesprächspsychotherapie (GT)* und von der verstärkt in Österreich auch als der *Personzentrierten oder Non- direktiven Psychotherapie* gesprochen. In vorliegender Arbeit wird, da sich die Forschungsfrage und somit der thematische Hauptteil auf die Professionalisierung und Institutionalisierung in Deutschland bezieht, von der *Gesprächspsychotherapie (GT)* gesprochen. Wenn es um den europäischen oder amerikanischen Raum geht, werden die Bezeichnungen; *Klientenzentrierte* oder *Personzentrierte Psychotherapie* verwendet.

3. Aspekte der Entstehungsgeschichte der Klienten zentrierten Psychotherapie

In diesem Kapitel soll zuerst einmal der Entstehungskontext der Klientenzentrierten Psychotherapie etwas näher erläutert werden und zwar, in dem sie innerhalb ihres soziokulturellen und geschichtlichen Kontext, der Humanistischen Psychologie² in den

² „Die Humanistische Psychologie [im Kontext welcher die klientenzentrierte Psychotherapie entstand] wurde bei aller Anerkennung europäischer Einflüsse-immer wieder als spezifisch amerikanische Erscheinung beschrieben. Ihre Entwicklung, ihre spezifischen Ausdrucksformen sind im Kontext der amerikanischen Kultur-und Geistesgeschichte, der politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen und speziell der Entwicklung der amerikanischen Psychologie zu verstehen“ (Hutterer 1997, S.32).

USA zwischen 1940 und 1960 dargestellt wird. Im Anschluss daran wird die Klientenzentrierte Psychotherapie sowohl in Bezug auf ihren Gründer Carl, R. Rogers (1902-1987), wie auch im Hinblick auf einige ihrer grundlegenden Inhalte näher beschrieben (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, 2006).

Kurz vorab noch einige das Kapitel grundlegende Information. Die humanistische Psychologie entstand in den fünfziger und sechziger Jahren in den USA neben dem Behaviorismus und der Psychoanalyse laut Matson als die „Dritte Kraft“ innerhalb der Psychologie, der ihre Entwicklung auch als „Dritte Revolution“ beschreibt (Matson, 1971, zitiert in Hutterer, 1998, S.24), weil sie im Vergleich mit den bisherigen Richtungen inhaltlich völlig andere Schwerpunkte setzte. Ende der 60er Jahre kam sie dann nach Europa (Hutterer, 1998, S.24 ff.).

3.1. Humanistische Psychologie

Die langsame Institutionalisierung der Humanistischen Psychologie fand durch einige mit der damaligen Psychologie; der Psychoanalyse und dem Behaviorismus Unzufriedenen statt. Maslow einer der Hauptgründer der Humanistischen Psychologie, der in den vierziger Jahren als erfolgreicher experimenteller Psychologe galt, konnte immer weniger in der damals wichtigsten Zeitschrift im Bereich der Psychologie; der Zeitschrift der *American Psychological Association (APA)* publizieren, als er begann, im Bereich Psychologie für die damalige Zeit eher ungewöhnliche Fragen zu untersuchen. 1961 begann er zusammen mit Sutich und einigen anderen als Herausgeber, selbst eine Zeitschrift ins Leben zu rufen und zwar das *Journal of Humanistic Psychology*, dessen Redaktion u.a. aus Charlotte Bühler, Kurt Goldstein und Rollo May bestand. Ebenfalls 1961 gegründet, wurde die *American Association for Humanistic Psychology (AAHP)*. Auf einer ersten bedeutenderen Konferenz für die Entwicklung der Humanistischen Psychologie, 1964 in Connecticut, nahmen neben Carl Rogers und Gordon Allport, u.a. auch Bugental, Abraham Maslow, Charlotte Bühler und Clark Moustakas teil (Hutterer 1998, S.56 ff).

Die zu Beginn, alle Teilnehmer vereinende Unzufriedenheit mit der vorhandenen psychologischen Landschaft und ihre Ablehnung des Behaviorismus, verwandelte sich allmählich zu einer konstruktiven Identitätsdefinition der Humanistischen Psychologie. Vor allem aufgrund des Einflusses und der Persönlichkeit von Charlotte Bühler, die von 1965 bis 1966 Präsidentin der Vereinigung war, gewann die *AAHP* immer mehr internationale Mitglieder, so dass der erste internationale Kongress 1970 in Holland stattfand und die von nun an genannte *AHP*; der ab 1969 aufgrund ihrer wachsenden Internationalität das „amerikanisch“ aus dem Namen gestrichen wurde, damals bald rund 6000 Mitglieder zählte. Anfang der Siebziger Jahre, gründeten humanistische Psychologen mit einer damals anerkannten psychologischen akademischen Ausbildung eine eigene Humanistische Psychologische Abteilung innerhalb der *American Psychological Association (APA)*, deren Anliegen es u.a. war „die Konzepte, Theorien und Philosophie der Humanistischen Psychologie in der Forschung, Erziehung und in den professionellen Berufsfeldern der wissenschaftlichen Psychologie anzuwenden“ (Hutterer, 1998, S. 60).

1966 gab es am Psychologischen Institut des Sonoma State College bereits das erste Master Programm in Humanistischer Psychologie, dem Weitere in West Georgia und San Francisco folgten. 1970 wurde dann zum Andenken an Maslow, einen der Hauptbegründer der Humanistischen Psychologie, das *Humanistic Psychology Institut* als Ausbildungs- und Forschungsinstitut gegründet, welchem wiederum weitere nachfolgten, so dass es heute mehr als dreißig unterschiedliche humanistisch ausgerichtet, sowie universitär verankerte Ausbildungsprogramme gibt (Hutterer, 1998, S.56 ff.).

Die Humanistische Psychologie nahm ihren Anfang zwar in den USA, wurde aber dort u.a. auch maßgeblich von deutschen Psychologen mitentwickelt, die aufgrund Hitlers Machtergreifung emigrierten (Quittmann, 1996). Die große Unzufriedenheit mit den vorhandenen psychologischen Richtungen entstand auch deshalb, weil sich die Psychoanalyse dem Behaviorismus diametral gegenüber positionierte, in dem sie das Bewusstsein nicht gänzlich ablehnte, worin die Überbetonung des Bewusstseins der Behavioristen lag, sondern es durch die Überbetonung des Einfluss des Unbewussten auf das Bewusstsein unangemessen relativierte, wodurch zwei extreme psychologische Positionen, aber kein entspanntes Mittelmaß gegeben war. „Beide (Richtungen) ließen

wenig Raum für die Vorstellung von Spontanität, Kreativität, Rationalität und Verantwortung des Individuums“ (Hutterer 1998, S.25).

Den philosophischen Hintergrund der Humanistischen Psychologie prägen im Gegensatz zum Behaviorismus und der Psychoanalyse vor allem die, für die damalige Zeit als innovativ geltenden philosophischen Strömungen, wie z.B. existenzphilosophische Philosophen; z.B. Soeren Kierkegaard, Jean- Paul Satre, Karl Jaspers oder Martin Heidegger. Im Gegensatz zu den bereits bestehenden psychologischen Richtungen; war ihnen neben der Betonung der individuellen Existenz, allen das Anliegen gemein, das menschliche Seins zu betrachten und zu erforschen (Quitmann, 1996).

Gesellschaftlich fiel der Anfang der Humanistischen Psychologie auch mit der um die 60er Jahre herum herrschenden Aufbruchs- und Auflehnungsstimmung in den USA³ und Europa zusammen. Feminismus, eine neue Popkultur und Hippis mit ihrer Botschaft; *Make Love not War*, sowie eine allgemeine Auflehnung gegen veraltete Strukturen waren weitere tonangebenden Bewegungen und Stimmungen der damaligen Gesellschaft. Thematisch fand sich das damalige aktuelle Gesellschaftliche Bedürfnis, durch den Humanismus auch in der Psychologie wieder, wodurch ihr wiederum mehr Interesse als wissenschaftlicher Disziplin zu Teil wurde (Hutterer, 1998, S.55 ff.).

Unter *Humanistischer Psychologie* wird jetzt nicht per se die *Klientenzentrierte Psychotherapie* verstanden, sondern mehrere unterschiedliche psychologische Konzepte und psychotherapeutische Ansätze; wie z.B. auch die Gestaltpsychologie und – Therapie. Ihre genaue Anzahl und Zusammensetzung wird jedoch von Autoren unterschiedlich beurteilt. Die unscharfe Abgrenzung der Richtung liegt nach Hutterer (1998) auch daran, dass es keinen spezifischen Gründer, wie z.B. Watson im Behaviorismus oder Freud in der Psychoanalyse (PA) gab, sondern mehrere, wie Abraham Maslow, Charlotte Bühler oder Carl Rogers u.a.. Zusätzlich war die Humanistische Psychologie nicht gänzlich unabhängig von ihr vorhergehenden Richtungen entstanden, sondern in erster Linie aus dem Bedürfnis einer Veränderung der bisherigen psychologischen Landschaft heraus. Auch die unterschiedlichen humanistischen Ansätze der Gründer der Humanistischen Psychologie stimmten nicht in all ihren Grundannahmen überein, wodurch es neben mehreren Gründern

³ In Amerika fanden Antikriegsbewegungen aufgrund des Vietnamkriegs, die Bürgerrechtsbewegung (1954-1966), sowie die nachfolgenden Blackpower- Bewegung (1966-1969) statt (Hutterer 1998, S.55)

auch von Anfang an unterschiedliche Ansichten verbunden mit Tendenzen zu einer differenzierten Praxis in der Humanistischen Psychologie gab, die nicht immer vereinbar waren und sind (Hutterer, 1998).

Laut Hutterer (1998), der eine der weitverbreiteten Ansichten von Überblickswerken zur Psychotherapie teilt, zeigen lediglich die *Gestalttherapie* von Fritz Perls und die *Klientenzentrierte Psychotherapie* nach Rogers, klare Übereinstimmungen im Sinne der Humanistischen Psychologie und können von daher eindeutig hinzugezählt werden können (Hutterer, 1998, S.55 ff.).

Watson, Goldmann und Greenberg (2011) zählen in ihrem Artikel „Humanistic and Experiential Theories of Psychotherapy“, abgesehen von den bisher genannten Richtungen, auch die Erfahrungs- und Existenzielle Therapie zu den humanistischen Psychotherapien und schreiben, dass es bei aller Heterogenität zumindest vier Hauptannahmen gibt, die alle Richtungen teilen.

„First a phenomenological perspective with an emphasis on subjective experiencing; second, a belief in the actualizing or growth tendency; third, a view of the person as an agent capable of self-awareness, self-determination and choice; and fourth, a style of interpersonal relating that respects and values the other while struggling to fully understand the others experiencing“ (Watson et al. in Norcross et al. 2011, S. 142)

Als weitere Orientierungshilfe für die Zuordnung Psychologischer Richtungen oder Psychotherapeutischer Ansätze zur Humanistischen Psychologie gilt, dass im Mittelpunkt der Humanistischen Psychologie eindeutig der Mensch als individuelles Wesen, sowie die zwischenmenschliche Beziehung steht; formuliert Bugental (1964), der als erster so etwas wie Prinzipien der Humanistischen Psychologie (Basic Postulates and Orientation of Humanistic Psychology) verfasst hat (Quitmann, 1996).

3.2. Humanistische Psychotherapie

Humanistische Psychotherapien, wie die in 3.1. genannte Gestalttherapie oder die Klientenzentrierte Psychotherapie sind aus der Humanistischen Psychologie bzw. im Zuge deren Entwicklung entstanden, wobei in diverser Fachliteratur zum Thema zwischen beiden Begriffen auch öfter mal nicht maßgeblich unterschieden wird.

Welche Psychotherapeutischen Richtungen zählen nun zu den Humanistischen Psychotherapien? Bei den meisten Autoren findet man Übereinstimmung darin, dass die *Gesprächspsychotherapie*, die *Gestalttherapie*, *Hypnose* und *Trancetechniken* sowie diverse *Körpertherapien* zu den Humanistischen Psychotherapien zählen (Eberwein, 2009).

Alle Humanistischen Psychotherapien verbinden einige grundlegende Postulate der Humanistischen Psychologie, von welchen die folgende Version zwei Jahre nach der Gründung der *Association of Humanistic Psychology (AHP)* 1962 durch Abraham Maslow, Charlotte Bühler, Carl Rogers, Arthur Köstler und u.a. von Bugental formuliert wurden:

1. „Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Teile. Denken, Fühlen und Handeln, Körper und Seele, Kindheit und Lebensperspektive eines Menschen können nicht getrennt voneinander verstanden werden, sondern nur als eine Ganzheit (holistisch).
2. Der Mensch existiert in seinen Zusammenhängen. Der Mensch ist ein soziales Wesen. Was er erlebt und tut, ist nicht bloß individuell zu verstehen, sondern nur in seinen sozialen, gesellschaftlichen Bezügen.
3. Der Mensch lebt bewusst. Die Motive seines Handelns und Erlebens können nicht als bloße biologische Trieb- und konditionierte Verhaltensautomatismen verstanden werden, sondern nur als Produkte bewusster, reflektierender Auseinandersetzung mit der Welt.
4. Der Mensch kann wählen. Es ist durch seine Biologie und seine Biografie geformt, aber nicht determiniert. Er hat eine existenzielle Wahlfreiheit- ob er das anerkennt oder nicht.
5. Der Mensch lebt auf Ziele hin. Er ist nicht nur durch seine Vergangenheit (kausal) bestimmt, sondern auch durch seine Ausrichtung auf Werte, Sinn und Ziele hin (teleologisch)“ (Eberwein, 2009, S. 4).

Hier zeigt sich ganz klar, in welcher Hinsicht die Ansichten der Humanistischen Psychologie mit einigen Grundannahmen der Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse nicht vereinbar sind und lässt erahnen, weshalb auch gerade viele Anhänger der Psychoanalyse das Lager wechselten.

Dirk Revenstorf (1993) nennt zusammenfassend 1) den Existenzialismus; der den Menschen u.a. in seinem augenblicklichem Erleben verankert sieht, 2) diverse humanistische Denker, wie Kierkegaard oder Satre, die auf verschiedenste Art und Weise und unter Betrachtung unterschiedlicher Aspekt die Freiheit des Menschen betonen und 3) die Gestaltpsychologie, die sich mit der Analyse von Bewusstseinsprozessen und deren Bedeutung für den Menschen auseinandersetzt; als die drei wichtigsten Grundpfeiler der Humanistischen Psychologie und Psychotherapie (Revenstorf, 1993).

Interessant zum Thema Humanistische Psychotherapie im Raum Deutschland ist ganz aktuell die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) in Deutschland, die Humanistische Psychotherapeutische Ansätze in Deutschland vereint und derzeit gemeinschaftlich versucht, als Humanistische Psychotherapie, neben der Verhaltenstherapie, den Tiefenpsychologischen und Analytischen Psychotherapien, Eingang in die staatliche psychotherapeutische Versorgung zu finden, also auf diesem Weg in die Psychotherapeutischen Richtlinienverfahren aufgenommen zu werden.

Als Humanistische Psychotherapie mit dabei in der (AGHPT) sind; die Gesprächspsychotherapie, die Gestalttherapie, die Logotherapie und Existenzanalyse, Transaktionsanalyse, Körperpsychotherapie, Integrative Psychotherapie, Psychodrama und Humanistische Hypnotherapie (Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie, AGHPT).

3.3. Die Klientenzentrierte Revolution und Carl Rogers

Nach Pavel (1978) kam „Rogers während seiner zwölfjährigen Tätigkeit als klinischer Psychologe in einer New Yorker Erziehungsberatungsstelle“ (Pavel 1978, S. 16) auf die Entwicklung seiner psychotherapeutischen Methode.

Zwischen 1937 und 1941 lernte Rogers Otto Rank kennen, von dessen praktischer Arbeit er sehr beeindruckt war, in der er viele Parallelen zu seinen eigenen Bemühungen entdeckte und woraufhin er seinen therapeutischen Ansatz zum ersten Mal in dem Buch „Counseling and Psychotherapy“ darlegte (Pavel, 1978).

„Am 11. Dezember 1940 wurde an der Universität Minnesota ein Vortrag mit dem Titel „Neuere Konzepte in der Psychotherapie“ (...) gehalten. Der Referent war damals Carl Rogers, der seine Erkenntnisse und Auffassungen über Psychotherapie (darlegte), die sich aufgrund einer mehrjährigen praktischen Erfahrung gebildet hatten“ (Hutterer 2007/08, S.4).

Diesen Vortrag, der in Kapitel 2 von „Counseling and psychotherapy“ (1942) veröffentlicht ist, gab Rogers „als Geburtsdatum“ der klientenzentrierten Richtung an; und zwar nach dem ihm bewusst geworden sei, wie weit er mit seiner Theorie und Praxis schon gegangen war. Seine Hauptthese lautete:

„In der Psychotherapie solle es nicht um Problemlösung, sondern um persönliche Entwicklung gehen, wobei der Therapeut Begleiter und Förderer dieser Entwicklung statt Experte für psychische Probleme und deren Lösung zu sein habe. In der therapeutischen Beziehung seien die emotionalen Faktoren viel wesentlicher als die intellektuellen und die Gegenwart sei dabei viel wichtiger als die Vergangenheit“ (Schmid & Keil in Frenzel et al., 2001, S.17).

Mit seinen Ansichten über Psychotherapie grenzte sich Rogers ganz konkret von den damals „gängigen Praxisformen und Paradigmen jener Zeit, der Psychoanalyse und des Behaviorismus“ (Stumm & Keil 2002, S.2); also von den damals wie heute vorherrschenden expertenorientierten Ansätzen ab und legt den Grundstein für einen Paradigmenwechsel (Schmidt & Keil in Frenzel et al., 2001).

Rogers machte im Zuge seiner Tätigkeit regelmäßig die Erfahrung, dass Expertenanalysen und Ratschläge von den Hilfesuchenden nicht wirklich angenommen wurden, wenn diese von Experten nicht als gleichgestelltes Subjekt behandelt, sondern zum hilflosen, abhängigen Objekt degradiert wurden; eine Tatsache die er sehr ernstnahm und die ihn als Konsequenz daraus, dazu bewog umzudenken und schließlich mit seinen Mitarbeitern, seinen eigenen Ansatz zu entwickeln (Schmid & Keil in Frenzel et al., 2001).

„Noch weit davon entfernt, einen eigenen Ansatz in Beratung und Psychotherapie zu begründen, betonte Rogers in weiterer Folge [und] in großer Übereinstimmung mit Prinzipien der erst zwanzig Jahre später institutionalisierten Humanistischen Psychologie; u.a. die Erfahrungsnähe in der Konzeptualisierung seines praktischen Vorgehens, die Fähigkeit von Klienten zur Selbstregulation, Wachstum und Selbstverantwortung, die grundsätzliche Vertrauenswürdigkeit von Klienten als Experten ihrer eigenen Probleme und Lösungen“ (Stumm & Keil, 2002, S.3).

3.4. Einige grundlegende Aspekte der Klientenzentrierten Psychotherapie

Im Folgenden nun ein paar grundlegende Informationen zur Klientenzentrierten Psychotherapie. Nach Christian Korunka in Frenzel et al. (2001) ist sie eine eigenständige Therapierichtung mit eindeutigen anthropologischen Positionen, welche von dem größten Teil ihrer Vertreter immer noch so angenommen wird. Im Mittelpunkt ihres therapeutischen Verständnisses stehen die Auseinandersetzung mit der therapeutischen Beziehung, sowie seine dialogische und personale Orientierung auf der Basis eines emanzipatorischen Menschenbildes. Ihr genuiner Kern ist nach Christian Korunka „ die Erfahrung von Wachstum und Entwicklung als Folge der Begegnung; von Vertrauen in die Veränderung [und] von erlebter Konstruktivität“ (Korunka in Frenzel et al. 2001, S. 53), die in der Beziehung durch die sechs notwendigen und hinreichenden Bedingungen ermöglicht werden soll (Korunka in Frenzel et al., 2001).

Wolfgang Keil betont in Frenzel et al. (2001), dass die sechs von Rogers aufgestellten notwendigen und hinreichenden Bedingungen, keine Verhaltensbeschreibungen sind, sondern dass es sich hierbei um Haltungen oder Grundeinstellungen handelt, die bezogen auf die drei Therapeutenvariablen; -Kongruenz, bedingungslose Wertschätzung und Empathie- den Rahmen bzw. den Einstellungshintergrund des therapeutischen Verhaltens darstellen. Unter den sechs „hinreichenden und notwendigen Bedingungen (necessary and sufficient conditions)“ (Keil 2001, S.34) versteht Carl Rogers folgendes:

1. „Zwei Personen sind in einem psychologischen Kontakt.
2. Die erste, hier Klient genannt, ist in einem Zustand der Inkongruenz, verletzbar und ängstlich.
3. Die zweite Person, hier als Therapeut bezeichnet, ist kongruent und integriert in der Beziehung.
4. Der Therapeut empfindet unbedingt positive Wertschätzung für den Klienten.
5. Der Therapeut empfindet einführendes Verstehen des inneren Bezugsrahmens des Klienten und bemüht sich, diese Erfahrungen dem Klienten zu vermitteln.
6. Die Vermittlung des einführenden Verstehens und der unbedingt positiven Beachtung des Therapeuten an den Klienten gelingt in einem mindestens minimalen Ausmaß; der Klient nimmt wahr, dass der Therapeut Bedingung 4 und 5 verwirklicht“ (Keil, 2001, S.34).

Wenn diese sechs Bedingungen vorhanden sind und über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben, ist dies ausreichend und ein darauffolgender, absehbarer bei Rogers beschriebener Persönlichkeitsentwicklungsprozess findet statt (Gelso, 2007).

Keil zitiert Finke (1994), der von relativ starken Therapieprinzipien spricht, die Rogers festgelegt hat: „Alle diese Verkürzungen auf „nur“ kongruentes, wertschätzendes und empathisches Verhalten beruhen auf einer Missachtung oder irrigen Verwendung der Abstraktionsebenen, in welchen dieses Therapiekonzept formuliert ist“ (Keil in Frenzel et al., 2001, S. 124), betont der Autor und weist damit auf den hohen Anspruch hin, den Rogers im Grunde an die Person des Therapeuten hat, der eine reife, integre und erwachsene Persönlichkeit sein muss, um ein heilsames therapeutisches Klima schaffen zu können (Keil in Frenzel et al., 2001).

Interessanterweise weist Keil (2001) auch darauf hin, dass Rogers die sechs Bedingungen bewusst für Psychotherapie im Allgemeinen und nicht dezidiert für seine Richtung angenommen hat:

„ Es ist zu beachten, dass Rogers die Veränderungsbedingungen nicht bloß für die Klientenzentrierte Therapie allein, sondern für Psychotherapie generell postuliert. Da dieses Konzept mit seiner radikalen Betonung des subjektiven Erlebens jedoch von keiner bestehenden Therapieschule genügend integriert wurde, hat sich zwangsläufig eine eigenständige Klientenzentrierte Therapierichtung entwickelt. Die Bedingungen für therapeutische Veränderungen sind daher unbeschadet ihres allgemeinen Gültigkeitsanspruchs auch als Kernstück der klientenzentrierten Therapietheorie zu verstehen“ (Keil in Frenzel et al., 2001, S.120)

Rogers sah in der Zukunft der Psychotherapie nur eine einzige Psychotherapie, die seiner Meinung nach auf allem beruhen wird, was sich im Laufe der Jahre wissenschaftlich als therapeutisch wirksam herausgestellt hat (Rogers, 2006).

Auch möchte ich hier noch erwähnen, dass Rogers einer der ersten Psychotherapeuten war, der „systematisch Tonaufzeichnungen von der therapeutischen Interaktion“ (Kriz 1994, S. 195) machen ließ um die therapeutische Wirksamkeit der von ihm postulierten notwendigen und hinreichenden Bedingungen zu untersuchen⁴.

⁴ „ Rogers regte damit als erster (neben den Pionieren der Verhaltenstherapie) umfangreiche empirisch-experimentelle Therapiestudien an, in denen versucht wurde, Therapeuten- und Klientenverhalten zu operationalisieren, auf Skalen zu messen und der klassischen Korrelations-und Teststatistik zu unterziehen“ (Kriz, 1994, S.196).

Darüber hinaus war Rogers auch der erste, der von in Anlehnung an den Anwalt Beruf von *Klienten* und nicht mehr von *Patienten* sprach, einmal um die Eigenständigkeit des Klienten zu betonen, aber auch um auf die Rolle des Therapeuten hinzuweisen, der in seinen Augen nicht derjenige sein sollte, der den weiteren Entwicklungsverlauf des Klienten bestimmt und kontrolliert, sondern jemand, der ihn lediglich dabei begleitet (Kriz, 1994).

Finke (2004) spezifiziert hierzu; dass der Therapeut in seiner *nichtdirektiven Art*, auf jegliche Ratschläge, Bewertungen, Problemlöseempfehlungen sowie die Lenkung und gezielte Strukturierung des Gesprächs verzichtet.

„Dies bedeutet, dass der Therapeut sein Bemühen um ein Verstehen vor allem darauf ausrichten soll, die Perspektive des Patienten zu übernehmen und als das „Alter Ego“ des Patienten (Rogers 1973a, S.47/1951), das durch die psychische Störung abgebrochene innere Zwiegespräch des Patienten mit sich selbst wieder anzuregen“ (Finke, 2004, S.2).

Interessant in Bezug auf die Klientenzentrierte Psychotherapie ist weiterhin, dass es nicht nur eine Vielzahl an Weiterentwicklungen und Veränderungen Rogers Therapietheorie innerhalb der Klientenzentrierten Therapie gibt, sondern dass sie auch in vielen verschiedenen Arbeits- und Lebensbereichen angewendet wird. Neben dem bereits genannten psychotherapeutischen Bereich, „unter anderem praktisch (in allen) quasitherapeutischen Situationen wie Beratung, Krisenintervention oder Selbsterfahrung, des weiteren Sozialtherapie, Supervision, Medizin, Sozialarbeit, Sterbebegleitung, Seelsorge, Verwaltung, Strafvollzug, Publizistik, Sport, Psychologie, Politikwissenschaft, Migrationsforschung, Organisationspsychologie, Personalentwicklung, Wirtschaft, Philosophie, Theologie, Wissenschaftstheorie, Forschung, Ökologie, Ethik, Kunst, Ästhetik usw.“ (Keil et al., 2001, S.27).

4. Entwicklung der Gesprächspsychotherapie in Europa

„In Holland und Belgien erschienen die ersten Veröffentlichungen zur klientenzentrierten Therapie schon 1949, wobei 1964 dann in Leuven das erste Ausbildungsprogramm geschaffen wurden“ (Schmidt & Keil in Frenzel et al., 2001, S.23).

Dies zeigt, dass einige westeuropäische Länder von Beginn an sehr offen gegenüber der Klientenzentrierten Psychotherapie waren. Von einer wirklichen Integration dieses psychotherapeutischen Ansatzes in das psychotherapeutische Versorgungssystem als Folge der anfänglichen Offenheit, gelang jedoch nicht in allen europäischen Ländern. Wie hat sich die Klientenzentrierte Therapie in unterschiedlichen Ländern Ost- und Westeuropas entwickelt und was hat sich insgesamt bis heute in der Entwicklung der klientenzentrierten Therapie geändert; dies soll in diesem Kapitel überblicksartig behandelt werden, bevor es dann im Folgenden um die spezielle Situation dieser psychotherapeutischen Richtung in Deutschland geht.

4.1. Verbreitung des Ansatzes in Osteuropa

Nach Thorne & Lambers (1998) stieg das Interesse an der Klientenzentrierten Therapie in Osteuropa mit der langsamen Auflösung des Ostblockes und einer immer größeren Demokratisierung einzelner Länder dieses Gebietes. Im damals vom Krieg zerstörten *Ex-Jugoslawien* gab es das Bestreben von Psychologen, wie auch anderen Berufsgruppen im sozialpsychologischen Bereich, mehr über Rogers Therapierichtung erfahren, um sie in psychotherapeutische und andere Berufsfelder zu integrieren (Thorne & Lambers, 1998).

Ein weiteres Beispiel eines Landes mit Bezug zur Klientenzentrierten Psychotherapie aus dem osteuropäischen Raum ist *Polen*, das Rogers 1979 besuchte und mit einem Vortrag über die Klientenzentrierte Psychotherapie verband. In Polen ist sein Ansatz heute zwar Teil des vielfältigen psychotherapeutischen Angebots, wird jedoch von keiner Organisation im speziellen vertreten. Vor seinem Tod 1987 wollte Rogers noch eine Reise nach *Russland* antreten, was ihm dann aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich war.

In der *ehemaligen Tschechoslowakei* publizierte Stanislav Kratochvil, der in den USA studierte hatte und Rogers begegnet war; 1966 ein psychologisches Fachbuch, in dem erstmals eine Referenz zur Klientenzentrierten Therapie im osteuropäischen Raum auftauchte. Schon während der Teilung des Landes in Tschechien und die Slowakei, gründete Vladimir Hlavenka eine Rogerianische Vereinigung in der *Slowakei*, nach dem er mit Charles Devonshire einen Workshop hielt. Später leitete Hlavenka das Klientenzentrierte Institut in der Slowakei, wobei sich in *Tschechien*; in Brno und Prag ebenfalls zwei Klientenzentrierte Institute gebildet hatten (Thorne & Lambers, 1998).

4.2. Verbreitung in Westeuropa

In Westeuropa nahmen neben den deutschsprachigen Ländern, wie der *Schweiz*, *Österreich* und *Deutschland*, auf welche ich im folgenden noch näher eingehen werde, hier vor allem *Belgien*, *die Niederlande* und *Großbritannien* die Klientenzentrierte Psychotherapie am engagiertesten auf. Bereits 1949 schrieb Professor Dr. J. R. Nuttin von der Katholischen Universität von Leuven in *Belgien* in einem seiner Bücher über die Klientenzentrierte Richtung von Rogers und war später der Hauptverantwortliche bezüglich des Klientenzentrierten Ansatzes innerhalb eines weiterbildenden Studiengangs am psychologischen Institut von Leuven. Die erste Diplomarbeit in diesem Bereich wurde in Belgien 1957 von J. Rombauts verfasst, der von 1962-1963 mit Rogers, Eugene T. Gendlin und Charles B. Truax zusammenarbeitete und nach seiner Rückkehr nach Belgien mit Nuttins Unterstützung, das erste Ausbildungsprogramm in Klientenzentrierter Psychotherapie anbot. Carl Rogers selbst besuchte Leuven im Jahr 1966, um einen Vortrag an der dortigen Universität zu halten und das neu gegründete Klientenzentrierte Zentrum zu besuchen. Der langjährige Direktor dieses Zentrums, Germain Lietaer, arbeitete von 1969 bis 1970 mit Rogers im „Center for the Studies of the Person“ in La Jolla zusammen, woraufhin er vier Jahre später eine flämische Klientenzentrierte Gesellschaft ins Leben rief, die bis heute steigende Mitgliederzahlen zeigt. Es kommt also nicht von ungefähr, dass die erste Internationale Konferenz innerhalb der Klientenzentrierten Psychotherapie in Belgien stattfand (Thorne & Lambers, 1998).

In den *Niederlanden* erschien parallel zu Nuttins Bucheintrag über die Klientenzentrierte Therapie 1949 ein Artikel von Van Lennep, der ebenfalls die Ideen von Carl Rogers präsentierte. Vier Jahre später hielt Kamp einen Vortrag über die Klientenzentrierten Grundsätze, wobei das allgemeine Interesse stieg auch vor allem durch Klientenzentrierte Kurse von Ella Goubitz anstieg, die zwischen 1950 und 1952 unter Rogers studiert hatte. Angeregt durch den Vortrag von Kamp gab Vossen 1950 einen Klientenzentrierten Kinderpsychotherapiekurs in Nijmegen und 1962 wurde der Verein für Klientenzentrierte Therapie von Cremers und Jan Dijkhuis gegründet, in welchem bis heute diverse Ausbildungsgänge angeboten werden, die sich unter anderem zu einem fünfjährigen postgradualen Studiengang entwickelt haben, der von regionalen Ausbildungszentren angeboten wird. Ganz besonders zu betonen ist in Bezug auf die Niederlande auch, dass die Klientenzentrierte Therapie dort als eine der Basis Ansätze innerhalb der offiziellen Psychotherapieausbildung gleichgestellt neben der Psychoanalyse, der Verhaltens- und der Systemischen Therapie angeboten wird und damit zu den vier großen anerkannten psychotherapeutischen Richtungen des Landes gehört. Das ist besonders auch deswegen bezeichnend, da Psychotherapie in den Niederlanden gesetzlich geregelt ist und die postgraduelle Ausbildung notwendig ist, um sich vom Gesundheitsministerium als Psychotherapeut eintragen zu lassen. Thorne und Lambers (1998) betonen, dass die Klientenzentrierte Psychotherapie zuerst vorwiegend im klinischen Setting für Menschen mit schwereren psychischen Störungen angeboten wurde, mittlerweile aber auch von immer mehr Praktizierenden versucht wird, Rogers Ansatz in andere Lebens- und Berufsbereiche einfließen zu lassen, um dadurch auf die generelle Bedeutung seiner Ansichten für die menschliche Entwicklung hinweisen. Hierzu sei besonders auf den Verdienst von Martin van Kalmhout, Lidwien Geertjens und Olga Waaldijk verwiesen (Thorne & Lambers, 1998).

Nach *Großbritannien* kam der Klientenzentrierte Ansatz im Zuge der Etablierung der Eheberatung erst in den 50er Jahren. In den 60er Jahren wurde er schließlich auch an Universitäten unterrichtet, verbreitete sich letztendlich aber durch ein loses Netzwerk von Menschen, die hauptsächlich in sozialen Bereichen tätig waren und Rogers Theorie in ihre Arbeit einfließen ließen. Rogers wollte 1974 nach England reisen und einen Workshop halten, zu dem sich 200 Interessenten angemeldet hatten, wobei nur 90 übrigblieben, als bekannt wurde, dass Rogers wegen seiner im Sterben liegenden Frau, spontan absagen

musste. Dank Dr. Charles Devonshire und Dave Mearns kam der Workshop damals trotzdem zustande und wurde von da ab, jeden Sommer als weiterbildende Maßnahme für Interessierte angeboten. 1976 wurde die britische Vereinigung für Beratung (BAC) gegründet, deren Gründungskomitee aus Klientenzentrierten Psychotherapeuten und anderen, die sich für diesen Ansatz interessierten, bestand. Mittlerweile zählt der BAC ungefähr 15.000 Mitglieder. Im Gegensatz zu den USA oder Deutschland, wo die Entwicklung und Verbreitung des Ansatzes von den Universitäten ausging, bildeten in Großbritannien kleinere Institute den Anfang. Mittlerweile gibt es drei Institute (das Facilitator Development Institute, das Institute for Person-Centered Learning und das Person-Centered Approach Institute International) die eine Ausbildung zum Klientenzentrierten Psychotherapeuten anbieten, wobei die renommiertesten Ausbildungen in dem Bereich an den Universitäten von Strathclyde, East Anglia und Keele angeboten werden, in welchen Dave Mearns, Brian Thorne und John Mcleod jeweils einen Lehrstuhl inne hatten (Thorne & Lambers, 1998).

Wie sieht die Situation der Klientenzentrierten Psychotherapie nun in *Schottland*, *Skandinavien*, *Italien*, *Frankreich* und *Griechenland* aus?

Laut Thorne und Lambers (1998) ist der Klientenzentrierte Ansatz in *Schottland* ebenfalls durch die eine Association for Person-Centred Therapy organisiert und arbeitet viel mit den Organisationen in Großbritannien zusammen.

In *Skandinavien* gab es bis zur Herausgabe des Buches laut den Autoren keine organisierte personenzentrierte Gemeinschaft, Ausbildungsmöglichkeiten oder Forschung auf dem Gebiet; was aber nicht heißt, dass kein Interesse vorhanden wäre. Professor Leif Braaten ist Norweger, hat seit 1964 einen Lehrstuhl an der Universität in Oslo inne und ist der Hauptvertreter der Klientenzentrierten Richtung im ganzen Skandinavischen Bereich. Er hat mit Rogers studiert und obwohl er in seinem Arbeitsbereich von fast nur psychoanalytisch arbeitenden Kollegen umgeben ist, hat er schon einige Bücher zur Klientenzentrierten Psychotherapie publiziert und diese Ideen auch in seinen Fachbereich einbringen können (Thorne & Lambers, 1998).

In Italien, Frankreich und Griechenland, trug vor allem Charles Devonshire dazu bei, dass es dort heute jeweils Klientenzentrierte Institute und/oder Vereinigungen gibt. In *Frankreich* verhalf ein ehemaliger Bildungsminister; Andre de Peretti Rogers dazu, dort

einen Vortrag zu halten und ist nach wie vor ein engagierter Verfechter des Ansatzes, der mit eigenen Publikationen auch einen aktiven literarischen Beitrag zur Klientenzentrierten Psychotherapie leistet. 1994 wurde das klientenzentrierte Journal „Mouvance Rogerienne“ von Micheline Bezaud ins Leben gerufen und Roger und seine Thesen werden immer noch von dem berühmten Gelehrten und Psychotherapeuten Max Page vertreten. In *Griechenland* gab es eine Zusammenarbeit mit Dr. Charles Devonshire, der Universität Strathclyde und der Griechin Polly Iossifides, die Klientenzentrierte Kurse innerhalb der in Strathclyde angebotenen psychotherapeutischen Ausbildung hielt. Mit dem Italiener Alberto Zucconi organisierte ebenfalls Devonshire während den 80er Jahren ein Klientenzentriertes Training in *Italien* (Thorne & Lambers, 1998). Wie es um die Situation der klientenzentrierten Therapie im deutschsprachigen Raum, also in der Schweiz, in Österreich und Deutschland bestellt ist, wird in Folgendem eruiert.

4.3. Entwicklung speziell im deutschsprachigen Raum

Auch zur Betrachtung der Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie in Österreich und der Schweiz wird im Folgenden hauptsächlich auf das Autorenteam Thorne und Lambers (1998) zurückgegriffen, die in ihrem Buch mit dem Titel „The person-centred approach in Europe“ auch kurz auf die Entwicklung des Klientenzentrierten Ansatzes im deutschsprachigen Raum eingehen.

Um die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland wird es dann als thematischen Schwerpunkt dieser Arbeit im darauffolgenden 5. Kapitel gehen.

4.3.1. Österreich

In Österreich gibt es gleich drei eingetragene Klientenzentrierte Vereinigungen, welche staatlich anerkannt sind und Ausbildungen zum Personzentrierten Therapeuten anbieten. Durch die Einführung des Psychotherapeutengesetzes 1990 müssen sich alle staatlich anerkannten Psychotherapeutischen Ansätze nach festgelegten Standards richten, wie z.B.

nach bestimmten Ausbildungskriterien, die erfüllt werden müssen. In Österreich ist die Berufs- und Sozialrechtliche Regelung der Psychotherapie insofern am lockersten geregelt, als dass der Zugang zur Psychotherapeutischen Ausbildung grundsätzlich allen Berufen offensteht und es eine große Anzahl an psychotherapeutischen Ansätzen gibt, die kassenärztlich teilfinanziert werden. Insgesamt hat der psychotherapeutische Bereich auch u.a. aus Legitimationsgründen einen allgemein kommerziellen Anspruch zu erfüllen, der in letzter Konsequenz nicht immer mit Klientenzentrierten Werten Übereinstimmung findet. 1974 wurde die Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (OeGWG) gegründet; die Arbeitsgemeinschaft für personenzentrierte Psychotherapie und Gesprächsführung und Supervision (APG) folgte 1979 (Thorne & Lambers, 1998).

„Die APG ist Mitglied des Psychotherapiebeirates im Gesundheitsministerium, des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP) und der Österreichischen Vereinigung für Supervision (ÖVS). Sie war an der Entstehung des Psychotherapiegesetzes und anderer gesundheits- und gesellschaftspolitischer Initiativen beteiligt“ (Peter Schmidt 2012, Ausbildung).

Beide Organisationen stellten 1990 eine Konferenz in der Nähe von Wien auf die Beine, um den 50. Geburtstag der Klientenzentrierten Psychotherapie zu feiern. Auch eine weitere Konferenz diesbezüglich in Gmunden in Österreich, zeigte die Größe und Stärke dieses Ansatzes in Österreich, die hier eine der größten staatlich anerkannten therapeutischen Gruppen ist (Thorne & Lambers, 1998).

Auf universitärer Ebene bietet Prof. Dr. Robert Hutterer einen Schwerpunkt sowie diverse Seminare und Vorlesungen zu klientenzentrierten Inhalten sowohl aus dem therapeutischen als auch dem beratendem Bereich an und gründete 1994 zusammen mit Prof. Gerhard Pawlowsky und Prof. Reinhold Stipsits die Vereinigung Rogerianischer Psychotherapie (VRP) (Vereinigung Rogerianischer Psychotherapie, 2012).

Peter Schmid hat 1996 im Rahmen der schon genannten APG, das Institut für Personenzentrierte Studien (IPS) gegründet und viel zur Klientenzentrierten Psychotherapie publiziert.

„In Zusammenarbeit mit der ÖGwG wird von der APG die „PERSON. Zeitschrift für Klientenzentrierte Psychotherapie und Personzentrierte Ansätze" herausgegeben (Peter Schmidt 2012, Ausbildung).

4.3.2. Schweiz

In der Schweiz gibt es wenig bekannte Vertreter des Klientenzentrierten Ansatzes, was aber keinen Rückschluss auf die Lebendigkeit der Richtung dort zulässt. Die ersten Schweizer Vertreter des Ansatzes wurden von der deutschen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (GwG) 1970 ausgebildet und gründeten bereits 1979 die *Schweizerische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung (SGGT)*, die seit dem 30 jährigen Jubiläum der Vereinigung im Jahr 2009; *swiss institut of person-centred approach (pca.acp)* heißt. Die pca.acp hat bis 2002 das vierteljährlich erscheinende Journal *Brennpunkt* herausgegeben und wirkt mittlerweile an der Herausgabe der halbjährlich erscheinenden Zeitschrift *PERSON* in Zusammenarbeit mit diversen anderen klientenzentrierten Vereinigungen aus Österreich und Deutschland mit (pca.acp 2012, Über die pca.acp Gesellschaft).

1989 wurde das Ausbildungsinstitut GfK (Gesprächspsychotherapie, Focusing, Klientenzentrierte Körpertherapie) gegründet das sich 1998 mit der SGfK, (Schweizer Gesellschaft für körper- und klientenzentrierte Theorie und Praxis) auf Verbandsebene neben der SGGT für die Klientenzentrierte Psychotherapie in der Schweiz engagiert. Zur berufsrechtlichen Situation der Psychotherapeuten in der Schweiz ist zu sagen, dass dort hauptsächlich nicht nach bestimmten Verfahren unterschieden wird, sondern die

„Qualifikation des Therapeuten und der Besitz einer kantonalen Praxisbewilligung (entscheidend ist). Zugelassen sind psychotherapeutisch ausgebildete Ärzte, die ihrerseits nicht ärztliche Psychotherapeuten (psychotherapeutisch ausgebildete Psychologen, Human- oder Sozialwissenschaftler) anstellen können. (...) Die Zulassung von Therapiemethoden erfolgt durch die Schweizer CHARTA für Psychotherapie, den Schweizerischen Berufsverband für angewandte Psychologie (SBAP), den Assoziation Schweizer PsychotherapeutInnen (ASP) sowie die Föderation Schweizerischer Psychologen (FSP)“ (Wikipedia 2012, Psychotherapie).

5. Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland

Nach der lediglich überblicksartigen Beschreibung der Entwicklung der Klientenzentrierten Psychotherapie in Europa, soll in diesem Kapitel nun der Frage nachgegangen werden, wie die Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland verlief. Zuvor wird im Folgenden kurz zusammengefasst, unter welchen Aspekten die Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland innerhalb dieser Arbeit genauer betrachtet werden soll. Dabei wird, wie angekündigt, von einzelnen Aspekten innerhalb der *indikatorisch-merkmalstheoretischen Professionalisierungsposition* nach Thomas Kurtz (2008) ausgegangen, welche im folgenden Kapitel noch genauer beschrieben werden.

Unter folgenden typischen, einen Professionalisierungsvorgang charakterisierenden Merkmalen wird die Professionalisierung der Gesprächspsychotherapie untersucht:

- Die Professionstätigkeit ist durch eine besondere Wissensbasis gekennzeichnet.
- Der Berufsverband stellt [berufsständische Normen] und Verhaltensregeln in Form einer Berufsethik (code of ethics, code of conduct) auf, an die die Professionellen in ihrer Praxis gebunden sind.
- Der Tätigkeitsbereich besteht aus gemeinnützigen Funktionen und Aufgaben von grundlegender Bedeutung (Kurtz, 2008, S.35).

Die Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie, die hier als Teil der Professionalisierung verstanden wird, wird ebenfalls an typischen Merkmalen zur Bewertung der Professionalisierung eines Berufes nach einer indikatorisch-merkmalstheoretischen Position (Kurtz, 2008) überprüft:

- Hochschulausbilder sind ebenfalls Mitglieder der Profession, der rekrutierte Professionsnachwuchs zumeist in einem zweiphasigen Ausbildungsmodell-Hochschule/professionelle Organisation (en) –schon während der Ausbildung in die Profession hinein sozialisiert.

- Die Berufsangehörigen sind in einem selbstverwalteten Berufsverband organisiert (Kurtz, 2008, S.36).

Zusätzlich wird die Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Weiterem auch in Bezug auf ihre Entwicklung innerhalb des praktischen Berufsfeldes, sowie auf ihren Anteil an Ausbildung und Lehre am Fachhochschul- und Universitätsbereich hin untersucht. Hierbei werden sowohl Professionalisierung als auch Institutionalisierung in Abhängigkeit und unter dem Einfluss von sich in einem geschichtlichen Verlauf verändernden sozialpolitischen Bedingungen beschrieben werden.

Die Gesprächspsychotherapie und deren ganz eigener Entwicklungsverlauf in Deutschland, um den es hier gehen soll, unterscheidet sich aufgrund von Interessenspolitik einerseits, sowie der speziellen sozialpolitischen Regelung innerhalb der Psychotherapeutischen Versorgung andererseits, signifikant von der weitgehend freien Entwicklung der Gesprächspsychotherapie im deutschsprachigen Ausland (Thorne & Lambers, 1998).

5.1. Sozialpolitische Rahmenbedingungen (1960-87)

Um die deutschlandspezifische Entwicklung der Gesprächspsychotherapie nachvollziehen zu können, ist es erst einmal wichtig, sich die Entwicklung der sozialpolitischen Regelung der staatlich finanzierten psychotherapeutischen Versorgung ab 1960 in Deutschland zu vergegenwärtigen, um im Rahmen dessen, die Situation und Stellung der Gesprächspsychotherapie in diesem Versorgungssystem besser ausmachen und einschätzen zu können. Bevor eine kurze chronologische Dokumentation einige entscheidende Entwicklungen bezüglich der sozialpolitischen Rahmenbedingungen der Psychotherapie zwischen 1960 und 1987 veranschaulichen soll, werden zum besseren Verständnis vorab noch einige grundlegende Bedingungen und Begriffe den aktuellen sozialpolitischen Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland betreffend, geklärt.

Der gesundheitspolitische Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland wird heute durch Gesetze des Bundestages vorgegeben, deren Umsetzung bis 2004 vom

Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkasse (BAÄK), sowie ab 2004 dann von seinem Rechtsnachfolger, dem *Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)*, als Beschlussgremium der Selbstverwaltung von Leistungsträgern und Leistungserbringern übernommen wurde. Themenspezifische Unterausschüsse des BAÄK bzw. später dann des G-BA legten und legen u.a. die *Psychotherapie Richtlinie (PT-RL)* fest, die den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherungen im Bereich Psychotherapeutische Versorgung bestimmen. Die Psychotherapie Richtlinie basiert auf dem fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V), hat den Charakter untergesetzlicher Normen, wodurch sie für alle Beteiligten der Gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtend ist und soll gewährleisten, dass staatlich Versicherte qualifiziert und hinreichend von psychotherapeutischen Verfahren versorgt werden, die auch wirtschaftlich sind (Frohburg, 2007, S.15 ff.).

Die Aufnahme eines psychotherapeutischen Verfahrens in die *Psychotherapeutischen Richtlinienverfahren* (Tiefenpsychologische und Analytische Verfahren, ab 1987 auch Verhaltenstherapie) und damit in die staatlich getragene psychotherapeutische Versorgung, ist seit 1967 von der Erfüllung der Kriterien der Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) abhängig. Ist diese erfüllt, ist ein psychotherapeutisches Verfahren *sozialrechtlich anerkannt* und gehört dem staatlichen Versorgungspool an. Seit dem *Inkrafttreten des auf Bundesebene verabschiedeten Psychotherapeutengesetz (PsychThG)* 1999, braucht ein psychotherapeutisches Verfahren vor der sozialrechtlichen Anerkennung auf der Basis der PT-RL, die *wissenschaftliche Anerkennung*, womit das *Berufsrecht* (staatliche Ausbildungserlaubnis) einhergeht. Die wissenschaftliche Anerkennung wird auf der Basis des PsychThG vom *Wissenschaftlichen Beirat (WBP)*, der sich aus Vertretern der Medizin und Psychotherapie zusammensetzt, bestätigt. Das *Bundesministerium für Gesundheit (BMG)* ist als einzige Institution grundsätzlich legitimiert, die die PT-RL betreffenden Beschlüsse des BAÄKs bzw. des G-BAs zu beanstanden (Frohburg, 2007).

Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) heißt vollständig „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten [Behandlung von Erwachsenen ab dem 21. Lebensjahr] und des Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten“ und legt die Ausübung von Psychotherapie ausschließlich anhand der anerkannten Psychotherapeutischen Richtlinienverfahren gesetzlich fest. *Psychologischer Psychotherapeut, bzw. Kinder- und*

Jugendlichen Psychotherapeut, darf sich nur nennen, wer die Ausbildung in einem Richtlinienverfahren staatlich abgeschlossen (approbiert) hat“ (Gesetze im Internet 2011, Psychotherapeutengesetz).

Für die Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. zum Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten gibt es wiederum jeweils eine eigene *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung* des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Für Psychologische Psychotherapeuten ist das die PsychTh.APrV vom 18.12.1998, bzw. die KJPsychTh-APrV für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten ebenfalls vom 18.12.1998 (Frohburg, 2007, S.7).

Beruflich in einem Berufsverband organisiert, sind Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten im *Verband Psychologischer Psychotherapeuten (VPP)* dessen Dachverband der Bund deutscher PsychologInnen (BdP) ist, sowie im *Berufsverband der Kinder- und Jugendlichen PsychotherapeutInnen (bkj)*. Darüberhinaus sind rund 8800 psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland Mitglied in der *Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (dptv)*, dem größten Berufsverband für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, der deren Interessen „gegenüber Institutionen, Behörden, Krankenkassen und in allen Gremien der Selbstverwaltung der psychotherapeutischen Berufe“ (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung 2012, Der Verband stellt sich vor) vertritt.

Darüberhinaus werden Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten auf Landesebene von insgesamt 12 *psychotherapeutischen Landeskammern (PTK)*, sowie auf Bundesebene seit 2003 von der *Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)* vertreten. Die Psychotherapeutische Ausbildung ist wie erwähnt, Bundessache; die *Psychotherapeutische Weiterbildung* jedoch wird z.B. durch die psychotherapeutischen Landeskammern auf Länderebene geregelt (BPtK 2012, Die Bundespsychotherapeutenkammer).

Nach diesem kurzen Überblick über einige wichtige Aspekte der sozialpolitischen Rahmenbedingungen des psychotherapeutischen Versorgungssystems in Deutschland, soll

im Folgenden die zeitgeschichtliche Entwicklung dieser sozialpolitischen Rahmenbedingungen zwischen 1960 und 1987, und damit dem Jahr, der ersten Antragsstellung der Gesprächspsychotherapie auf sozialrechtliche Anerkennung, anhand von einigen wichtigen Stationen dieser Entwicklung, in zwei Etappen dargestellt werden. Zwischen 1960 und 1970 ereignete sich in Bezug auf die staatliche kassenfinanzierte psychotherapeutische Versorgung in Deutschland u.a. Folgendes:

- 1963 wurden Nicht-Ärzte und Nicht-Vertragsärzte noch von den Leistungen der Krankenkassen ausgeschlossen
- 1963 wurde die *Sektion Klinischer Psychologie* mit methodenübergreifender psychotherapeutischer Orientierung im Berufsverband Deutscher Psychologen (BdP) gegründet
- 1964 werden nach dem *Neurosen-Urteil* des Bundessozialgerichts, Störungen oder Hemmungen, die der Patient aus eigenem Willen nicht überwinden kann, erstmals offiziell als Krankheit gewertet, wodurch diese von da an kassenärztlich abgerechnet werden konnten
- 1967 werden erstmalig *Psychotherapie-Richtlinien* festgelegt, wodurch die Richtlinienverfahren; die Tiefenpsychologie und die Psychoanalyse fortan über die Kassen abgerechnet werden konnten
- Ebenfalls 1967 wird die erste *Berufsordnung für PsychologInnen* vom BdP festgelegt
- 1968 wird die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) gegründet
- Zwei Jahre später; 1970 folgt die Gründung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (Dipl.-psych. Dr.-phil. Sponsel R. 2011; Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie).

Hierbei wird deutlich, dass sich Psychotherapie als anerkannte kassenärztliche Versorgungsleistung in Deutschland erst langsam ab 1967 entwickelte und, wie im Folgenden dargestellt wird, noch bis zur Einrichtung des *Delegationsverfahrens* 1972, psychologischen Psychotherapeuten versagt und lediglich ärztlichen Psychotherapeuten vorbehalten war. Wie entwickelte sich also die sozialpolitische Situation der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland nun bis 1987 weiter?

- 1971 beauftragte der Bundestag die Regierung mit der *Psychiatrie- Enquete*, in der in Hinblick auf die psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung gefordert wurde, die Psychotherapeutischen Richtlinien (PT-RL) so zu gestalten, dass auch Verhaltenstherapeuten und Gesprächspsychotherapeuten sozialrechtlich anerkannt werden
- 1972 werden die ersten PT- RL von 1967 geändert, und das sogenannte *Delegationsverfahren* für die bisher sozialrechtlich anerkannten Psychotherapierichtungen eingerichtet. Das hieß, dass diese, durchgeführt von Psychologen nur dann über die Kassen abgerechnet werden konnten, wenn die Patienten von einem ärztlichen Psychotherapeuten zugewiesen wurden. (Das Krankenversicherte sich ihren Psychotherapeuten selbst aussuchen können und die Wahl zwischen einem ärztlichen und einem nicht-ärztlichen Psychotherapeuten treffen können, ist erst ab 1999 mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes möglich.)
- 1976 wurden die Psychotherapie-Richtlinien neugefasst und das "allgemeine" Delegationsverfahren eingeführt
- 1978 gab es bereits einen Referentenentwurf für ein Psychotherapiegesetz, in dem die Gesprächspsychotherapie zu den „anerkannten psychotherapeutischen Richtungen“ (Frohborg 2007, S.17) zählt
- 1979 verneint das Bundessozialgericht eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gegenüber nicht ärztlichen Psychotherapeuten oder Heilpraktikern
- 1982 entscheidet das Bundessozialgericht (BSG), dass die Krankenkassen psychotherapeutische Leistung durch Diplom-Psychologen erstatten müssen, wenn eine Kassenleistung nicht verfügbar ist (Dipl.-psych. Dr.-phil. Sponsel R. 2011, Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie).
- 1986 Titelschutz für „Diplom-Psychologen“ (BdP, der Berufsverband deutscher Psychologen und Psychologinnen e.V.).
- 1987 werden die Psychotherapie Richtlinien neu gefasst und die Verhaltenstherapie in die Richtlinien aufgenommen (Dipl.-psych. Dr.-phil. Sponsel R. 2011, Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie).

Psychotherapeutische Ansätze, die über die staatlich geregelte psychotherapeutische Versorgung bezogen werden wollen, müssen in Deutschland wie gesagt den, sog. psychotherapeutischen Richtlinienverfahren unterstehen, denen seit ihrer Gründung 1967 tiefenpsychologische und analytische Verfahren, sowie seit 1987 auch die verhaltenstherapeutische Verfahren angehören, wobei die Gesprächspsychotherapie (GT) nicht aufgenommen wurde (Frohburg, 2007).

Frohburg (2007) schreibt hierzu, dass es abgesehen von der Nichtaufnahme der GT in die Richtlinienverfahren von staatlicher Seite, auch unter den Gesprächspsychotherapeuten Uneinigkeiten darüber gab, ob es sinnvoll wäre, sich dem vorhandenen Versorgungssystem anzuschließen, da es dann z.B. für Psychotherapeuten die ausbildungsbedingte Zulassungsbeschränkung auf Personen mit klinisch-psychologischer Universitätsausbildung geben würde (Frohburg, 2007).

1987 beantragten auch die Gesprächspsychotherapeuten die sozialrechtliche Anerkennung, worauf nach einer kurzen Beschreibung der Anfänge der Professionalisierung und Institutionalisierung dieses Psychotherapeutischen Ansatzes in Deutschland, als einem maßgeblichen Einflussfaktor auf die Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie zurückgekommen wird.

5.1.1. Anfänge und Wegbereiter

Die genauere Betrachtung der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland einleitend, soll in diesem Kapitel erörtert werden; wann und wie die Gesprächspsychotherapie erstmals nach Deutschland kam?

Prof. Dr. Annemarie und Prof. Dr. Reinhard Tausch waren seit den 60er Jahren mit Carl Rogers und seiner Frau, Helene Rogers befreundet und waren diejenigen, die die Klientenzentrierte, non-direktive therapeutische Richtung nach Deutschland brachten. Sie führten die Klientenzentrierte Psychotherapie im Zuge dessen unter dem, häufig als missverständliche kritisierten Begriff „Gesprächspsychotherapie“ ein, der suggeriert, hier

würde „nur“ gesprochen oder es würde nur ums Gespräch gehen (Schmidt & Keil in Frenzel et al., 2001).

„ Im deutschen Sprachraum wurde die Arbeit von Carl Rogers zunächst vor allem von dem Ehepaar Tausch für die Kinderpsychotherapie (1956) und dann mit der Methodenbezeichnung Gesprächspsychotherapie (1960) als eigenständige Schule der Psychotherapie eingeführt“ (Hockel, 1999, S. 24).

Das Ehepaar engagierte sich vor allem für die Einführung und Verbreitung von Encounter Gruppen und initiierte eine umfangreiche empirische Therapieforschung (Schmid & Keil in Frenzel et al., 2001).

Zu Beginn der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland zwischen 1960 und 1987 fand eine stetige Weiterentwicklung des Ansatzes statt. Prof. Reinhard Tausch, der 1965 Lehrstuhlinhaber der klinischen Psychologie an der Universität Hamburg wurde, integrierte nicht nur Psychotherapie als solche in die Lehrinhalte innerhalb der klinischen Psychologie, sondern bot auch erstmals und erfolgreich, eine praktische Ausbildung in Gesprächspsychotherapeutischen Grundlagen in drei aufeinander aufbauenden Seminaren für Studenten an der Universität an. Den dritten Teil konnten die Studierenden an der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf absolvieren. Ebenfalls in den Lehrstuhl integriert war eine Beratungsstelle und der Fachbereich Medizin richtete 1971 eine Psychotherapiestation ein, auf der Patienten entweder gesprächspsychotherapeutisch oder psychoanalytisch behandelt wurden (Frohbürg, 2011).

Zu den weiteren Verdiensten von Reinhard Tausch (aber auch vielen anderen, wie Minsel, Grunwald, Pavel, Bommert, Dahlhoff, Zielke, Bastin, Schwab, Biermann-Ratjen, Eckert, Frohbürg u.v.a.) gehören vielfältige Publikationen im Bereich Gesprächspsychotherapie (GT), sowie Forschungsprojekte, bei denen es sich vorwiegend um Untersuchungen zu Wirkungsbedingungen der GT handelte, wurden vor allem zwischen 1969 und 1992 unter der Leitung von Tausch in Zusammenarbeit mit seinem Team realisiert. Seit 1969 wurden regelmäßig Dissertationen in Gesprächspsychotherapie geschrieben. 1970 wurde zudem von einer Ausbildungsgruppe am Psychologischen Institut Hamburg der

gesprächspsychotherapeutische Fachverband die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) gegründet, in welcher von da an die geschäftspsychotherapeutischen Ausbildungen stattfanden (Frohburg, 2011).

In einer Festschrift von Prof. Dr. Inghard Langer zum 80. Geburtstag von Reinhart Tausch sind z.B. Kurzfassungen von 28 Untersuchungen enthalten, die von 1969- 1992 in verschiedenen Fachzeitschriften publiziert wurden. Neben seiner Forschungstätigkeit, brachte Reinhart Tausch seine Erkenntnisse auch an die Öffentlichkeit und unter Volk, in dem er z.B. eine Fernsehreihe mit dem Titel „ Psychotreff“ ins Leben rief, die zwischen 1978 und 1980 ausgestrahlt wurde und insgesamt 15 Videos aus der geschäftspsychotherapeutischen Gruppenarbeit zeigen (Frohburg, 2011).

Kritisiert wurde Reinhart Tausch mitunter dafür, dass er die Gesprächspsychotherapie nicht immer ausreichend darstellte und sich auch für die Weiterentwicklung der Gesprächspsychotherapie durch die Verbindung mit verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen aussprach (Schmid & Keil in Frenzel et al., 2001).

Interessant hierbei ist vielleicht noch, dass die erste Veranstaltung jedoch, bei der Carl Rogers persönlich in Deutschland war, verhältnismäßig spät, erst 1981 in Bonn-Königswinter stattfand, da Rogers den ersten *Europäischen Kongress für Gesprächspsychotherapie* 1974 in Würzburg aus gesundheitlichen Gründen absagen musste. Im Sommer 1982 war Rogers dann das zweite und letzte Mal in Deutschland, wo er im Audimax der Universität Hamburg, sowie im Kongress- Zentrum Hamburg eine Rede mit dem Titel „ Gedanken eines amerikanischen Psychologen über den Atomkrieg“ hielt (Groddeck, 2002).

5.1.2. Professionalisierung

Nach der Beschreibung der Anfänge der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland, soll in diesem Kapitel nun auf die in Kapitel 2.1. genannten Aspekte der *Professionalisierung* unter einem *indikatorisch-merkmalstheoretischen* Blickwinkel

(Kurtz, 2008) eingegangen werden. Die hierzu herangezogenen Merkmale wurde ja bereits vorgestellt und sollen nun bezüglich der Professionalisierung der GT in Deutschland näher ausgeführt werden. Thomas Kurtz (2008) betont, dass Professionalisierungstheorien innerhalb der *indikatorisch-merkmalstheoretisch* Position in der Professionssoziologie eine Art Merkmals Katalog aufstellen, der „die am häufigsten thematisierten Merkmale und Kriterien zur Bestimmung professioneller Berufsgruppen enthält“ (Kurtz, 2008, S.35). Im Zuge dieser Arbeit wird sich bewusst auf einige wenige, dem Thema dienliche Aspekte einer eben solchen Professionstheorie beschränkt, da alles andere den vorgegebenen Rahmen sprengen würde.

5.1.2.1. Berufsständische Normen der Psychotherapie in Deutschland

„Der Berufsverband stellt [berufsständische Normen] und Verhaltensregeln in Form einer Berufsethik (code of ethics, code of conduct) auf, an die die Professionellen in ihrer Praxis gebunden sind“ (Kurtz, 2008, S. 35).

In diesem Kapitel soll der Bereich Psychotherapie zwischen 1970 und 1987 unter vorliegendem Kriterium zum einen auf seine gesetzliche Grundlegung hin überprüft und zum anderen die Frage nach einer Berufsethik beantwortet werden.

Vorerst noch einmal kurz zu den allgemeinen sozialpolitischen Umständen der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland (vgl. Kapitel 5.1.). Der Berufsstand der Psychotherapeuten war in diesem Zeitraum noch nicht gesetzlich, wie z.B. ab 1999 in Form eines Psychotherapeutengesetzes verankert, aber bereits von der seit 1967 bestehenden *Psychotherapie Richtlinie* geprägt, welche damals bestimmte, welche psychotherapeutischen Verfahren von ärztlichen Psychotherapeuten über die staatlichen Kassen abgerechnet werden konnten.

Jeweils 1976 und 1987 wurde die seit 1967 bestehende Psychotherapie Richtlinie des Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (BAÄK), die die Richtlinienverfahren festlegte und den sozialpolitischen Rahmen der Psychotherapie absteckte, verändert, wobei 1987 schließlich auch die Verhaltenstherapie Eingang in die Richtlinienverfahren und

damit in die staatlich geregelte psychotherapeutische Versorgung fand. Diese ersten Fassungen der mittlerweile seit über 40 Jahren bestehenden Psychotherapie Richtlinien des Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (BAÄK), stellen die Grundlage der Entwicklung des heute staatlich getragenen psychotherapeutischen Versorgungssystems in Deutschland, also die ersten sozialrechtlichen Rahmenbedingungen in der psychotherapeutischen Versorgung dar (Ulrich Rüger 2007, Vierzig Jahre Richtlinienpsychotherapie in Deutschland).

Ärztliche Psychotherapeuten waren durch die *Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP)*, die bereits seit 1927 bestand, jedoch 1948 nach dem zweiten Weltkrieg neugegründet wurde, sowie durch die seit 1984 existierende *Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten* vertreten. Berufsverbände, sowie Interessensverbände, die Psychologische Psychotherapeuten abseits der ärztlichen Psychotherapeuten vertraten, gab es außerhalb des seit 1946 bestehenden Berufsverband deutscher Psychologen und Psychologinnen (BdP) erst nach dem in Krafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) 1999, wodurch Psychologische Psychotherapeuten erstmals Ärztlichen Psychotherapeuten gleichgestellt waren.

Erst 1983/84 wurde jedoch die *Sektion Psychotherapie* im Bund deutscher PsychologInnen (BdP) gegründet, davor, ab 1963 waren als Psychotherapeuten arbeitende Diplompsychologen in der Sektion *Klinische Psychologie* des BdP vertreten (Raber R. & Drewe H. W. (2000-20005), Geschichte des BdP).

Ab 1972 konnten Psychologische Psychotherapeuten ihre Leistung teilweise durch das sogenannte *Delegationsverfahren*⁵ über die staatlichen Krankenkassen abrechnen. Dies war auch den Gesprächspsychotherapeuten möglich, die damals obwohl sie nicht zu den Richtlinienverfahren gehörten einen Großteil der außervertraglichen psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ausmachten (Hentze, 2011, S.12).

⁵ Das *Delegationsverfahren* wurde 1972 zu einer Zeit eingeführt, als es noch das ärztliche Heilbehandlungsmonopol im psychotherapeutischen Bereich gab, damit ärztliche Psychotherapeuten aufgrund der Unterversorgung Patienten an nicht-ärztliche Psychotherapeuten abgeben (delegieren) konnten (Hentze, 2011, S.11)

Zwischen 1960 und 1987 gab es also zwar eine Interessensvereinigung von nicht ärztlichen Psychotherapeuten im Berufsverband deutscher Psychologen und Psychologinnen (BdP), aber noch keinen offiziellen Berufsverband für diese Berufsgruppe. Sehr wohl gab es bereits Fachverbände der einzelnen psychotherapeutischen Richtungen, wie auch den 1970 gegründeten Fachverband der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG).

Auch eine Berufsordnung, die zugleich auch die Berufsethik für Psychologische Psychotherapeuten darstellt, wurde von Seiten des Berufsverbandes deutscher Psychologen und Psychologinnen (BdP) erst mit Inkrafttreten des Psychotherapiegesetz (PsychThG) 1999 festgelegt, worauf in Kapitel 5.2.1. noch näher eingegangen wird.

5.1.2.2. Besondere Wissensbasis der Professionstätigkeit

Inwiefern ist „die Professionstätigkeit [Der Gesprächspsychotherapeuten] durch eine besondere Wissensbasis gekennzeichnet“ (Kurtz, 2008, S.35).

Unter dem Ausdruck *besondere Wissensbasis* wird hier ein eigenes Theoriegebäude verstanden, auf dem die Gesprächspsychotherapie fußen soll. Wie es damit aussieht, wird in Folgendem erörtert. Die Gesprächspsychotherapie basiert auf einem umfassenden *Theoriekonzept*, welches u.a. eine eigene *Persönlichkeitstheorie*, eine *Entwicklungslehre*, eine *Krankheitslehre* und eine *Therapietheorie* beinhaltet. Rogers *klientenzentriertes Konzept* ist systematisch aufgebaut und auf der Grundlage von genau definierten Konstrukten, wie z.B. Erfahrung, Bewusstsein oder Aktualisierungstendenz ausgeführt. Im Zuge dessen spricht Rogers in seiner Theorie grundlegend seine Ansicht gegenüber der Funktion und der Bedeutung von Paradigmen in der Wissenschaft an. Laut der *Persönlichkeitstheorie* nach Rogers, geht er vom Menschen als Organismus aus, der sich in einem beständigen wechselseitigen Austausch mit der Umwelt befindet und entwickelt. Wie das genau von Statten geht, und was er sich unter dem „Organismus“ genau vorstellt, beschreibt Rogers mit den Begriffen der „Aktualisierungstendenz, Erfahrung, Symbolisierung und Selbst“ (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger 2006). „Je nach

Angemessenheit und Funktionsfähigkeit dieser Orientierung ist der Organismus mit seinen Aktivitäten mehr oder weniger effizient, treibt seine eigene Entwicklung voran- oder ist dabei beeinträchtigt und anfällig für psychische Störungen und Erkrankungen“ (Eckert, Biermann- Ratjen, Höger, S. 37).

Das *klientenzentrierte Entwicklungskonzept* ist von Rogers vor allem in Abgrenzung von psychoanalytischen Theorien verfasst worden, wobei sie keine allgemeine Entwicklungstheorie darstellt, sondern „eine Theorie von der Entwicklung des Selbstkonzepts“ (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, 2006, S.74) ist. Hier unterscheidet Rogers die Begriffe „Selbst, Selbstkonzept“ und „Selbststruktur“. Aus klientenzentrierter Sicht ist die Art und Weise der Entwicklung des Selbst maßgeblich für alle Bereiche der psychischen Entwicklung, was vor allem anhand der Pathologie erklärt wird. Die Entwicklung des Selbst, womit verkürzt, „die Vorstellung von sich selbst und den Beziehungen zur Umwelt“ (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, 2006, S.75) gemeint ist, wird hier auch als Selbstaktualisierung verstanden, die aufgrund der Selbstaktualisierungstendenz des Organismus passiert, worunter die Tendenz, des Organismus, „alle seine Möglichkeiten und Fähigkeiten so zu entwickeln, dass sie ihn erhalten und weiterentwickeln, und alle seine Erfahrungen im Hinblick darauf zu bewerten, ob sie solche der Förderung oder Behinderung sind“ (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, 2006, S.75).

Die *Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie* fußt auf dem klientenzentrierten Entwicklungskonzept und baut sich um den Begriff der „Inkongruenz“ zwischen der Erfahrung und dem Selbstkonzept auf, womit eine Fehlanpassung im Sinne „ einer mangelhaften symbolischen Repräsentation der Erfahrung in der bewussten Selbsterfahrung und Anpassung die Entwicklung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Selbstkonzepts“ (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, 2006, S.95) gemeint ist. Die Grundlage von Kongruenz, die das Gegenteil der beschriebenen Inkongruenz darstellt und aufgrund eines störungsfrei sich entwickelnden Organismus besteht, ist das Bedürfnis nach unbedingter positiver Beachtung. Ist diese vor allem gegenwärtig in einem zu geringen Ausmaß gegeben, kann sich vorhandene Inkongruenz eines Organismus nicht verändern, sondern es wird mit Tendenzen zur Selbstverteidigung und Abwehr gegen die momentane Erfahrung reagiert, wie Rogers beobachten konnte,

weshalb er in den *notwendigen und hinreichenden Kriterien* seiner Therapietheorie „unbedingte positive Wertschätzung“ als eines von 6 Kriterien einer wirksamen therapeutischen Beziehung anführt. In neueren Abwandlungen des klientenzentrierten Konzepts haben die Krankheitslehren jeweils andere Schwerpunkte, basieren aber trotzdem alle auf dem Inkongruenzmodell von Rogers (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, 2006).

In der *klientenzentrierten Therapietheorie* nach Rogers wird vorrangig beschrieben, wie Veränderungen zustande kommen und wie die Wirkungsweise von Psychotherapie verstanden werden kann. Laut besagter Theorie kommen Veränderungen durch Psychotherapie erst zustande, wenn die in 3.4. genannten „notwendigen und hinreichenden“ Bedingungen zwischen Therapeut und Klient in einer therapeutischen Beziehung gegeben sind. Gesprächspsychotherapie wirkt empirisch nachgewiesen durch die beschriebene therapeutische Beziehung in einem voraussehbaren Prozess, der u.a. beinhaltet, dass der Klient sich immer freier verbal und nonverbal ausdrückt, immer mehr in Kontakt mit der aktuellen Realität kommt und seine Sichtweisen und Wahrnehmungen immer differenzierter und realistischer (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, 2006).

Nach einer kurzen Darstellung des Theoriegebäudes der Gesprächspsychotherapie von Rogers, kann die Eingangs gestellte Frage, nach dem Vorhandensein eines besonderen die Gesprächspsychotherapie begründenden Wissensbestand also positiv beantwortet werden.

5.1.2.3. Gemeinnützige Funktion der Gesprächspsychotherapie

„Die professionelle Arbeit ist ein Dienst an der Allgemeinheit und auf zentrale gesellschaftliche Werte wie Erziehung, Gerechtigkeit, Gesundheit, Seelenheil etc. bezogen“ (Kurtz, 2008, S.35).

Psychotherapie als Versorgungsleistung von Psychologischen Psychotherapeuten war zwischen 1960 und 1987 noch kein Bestandteil des staatlich getragenen Gesundheitsbereichs. Psychologische Psychotherapeuten hatten lediglich durch das 1972 eingeführte Delegationsverfahren, also durch die Abgabe von Klienten von ärztlichen

Psychotherapeuten, die Möglichkeit an der kassenärztlichen Versorgung Teil zu haben und ihre Leistung über die Kassen abzurechnen. Die Gesprächspsychotherapie im Speziellen, die ja, wie bereits zu Beginn des 5. Kapitels erklärt, damals auch nicht zu den Psychotherapeutischen Richtlinienverfahren und somit nicht zu den Psychotherapeutischen Verfahren gehörte, die in Deutschland kassenärztlich finanziert wurden (Froburg, 2007) erfüllt das genannte Kriterium (Kurtz, 2008) theoretisch nicht, wobei es in der Praxis der psychotherapeutischen Versorgung, wie bereits in 5.1.2.1. erwähnt, ganz anders aussah. Die Gesprächspsychotherapie hatte auch ohne den Status eines Richtlinienverfahrens bereits einen festen Platz im damaligen Gesundheitssystem inne, was u.a. eine Erhebung der KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und des Instituts für freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (1987) zeigt: „[in der Erhebung], in die die Angaben einer Stichprobe von 3635 Klinischen Psychologen eingingen, war Gesprächspsychotherapie mit 55% das am häufigsten angewendete Verfahren (Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie je 48%, Psychoanalyse 22% u.a.), und auch bei den im sog. Delegationsverfahren durchgeführten Psychotherapien erreichte sie einen (überraschend hohen) Anteil von 38% (Bieback & Schaller, 1989, 50)“ (Froburg, 2007, S. 18)

Da die Ansichten und Vorgehensweise der Gesprächspsychotherapie (GT) aber neben dem herausragenden Anteil an der außervertraglichen psychotherapeutischen Versorgung, auch damals schon im Beratungsbereich sowie im allgemeinen Sozialbereich in Deutschland zu finden waren (Eckert, Biermann-Ratjen, Höger, 2006) hatte die GT mit Sicherheit keinen geringen Einfluss auf die genannten Werte der Gesundheit und des Seelenheil, sowie auch der Erziehung der Allgemeinheit.

5.1.3. Institutionalisierung

Zum einen wird der Begriff *Institutionalisierung* in Bezug auf die Gesprächspsychotherapie (GT) laut der folgenden, zu Beginn der Arbeit festgelegten Definition verstanden:

„Eine Institution ist eine normativ geregelte, mit gesellschaftlichem Geltungsanspruch dauerhaft strukturierte und über Sinnbezüge legitimierte Wirklichkeit sozialen Handelns“ (Schäfer & Kopp, 2006, S. 112).

Zum anderen wird die Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie (GT) hier als Teilvorgang der Professionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland verstanden und deshalb auch auf der Grundlage einiger typischer Merkmale einer Professionalisierung innerhalb der *indikatorisch -merkmalstheoretischen Position* vorgenommen:

- „Hochschulausbilder sind Mitglieder der Profession, so wird der rekrutierte Professionsnachwuchs zumeist in einem zweiphasigen Ausbildungsmodell-Hochschule/professionelle Organisation (en) –schon während der Ausbildung in die Profession hinein sozialisiert.
- Die Berufsangehörigen sind in einem selbstverwalteten Berufsverband organisiert“ (Kurtz, 2008, S.35).

Beide Definitionen überschneiden sich inhaltlich, da es in ihnen in Bezug auf vorliegendes Thema grundsätzlich um die normativ geregelten und dauerhaft strukturierten Einrichtungen der Gesprächspsychotherapie (GT) geht, wobei in zweiter Definition genauer spezifiziert wird, in dem die Entwicklung von Verbänden, sowie um auf eine bestimmte Art und Weise Beschaffenheit von Ausbildungsgängen angesprochen wird. Zusätzlich wird hier die Entwicklung der Institutionalisierung der GT an Universitäten in Deutschland, in ihrem historischen Kontext eingebettet angesprochen und der Frage nachgegangen, inwiefern die Gesprächspsychotherapie eine Art von sozialem Handeln darstellt, das sich über seine gesellschaftliche Sinnhaftigkeit definiert.

Frohbürg (2011) betont, dass die Gesprächspsychotherapie sowohl in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) (1949-1990) als auch in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) ihren Weg über die Universitäten in die psychotherapeutische Versorgung fand. Im Folgenden soll dargestellt werden, wie sich die Gesprächspsychotherapie in der BRD und der DDR zu Beginn und bis ungefähr Ende der 90er Jahre im universitären und ausbildenden Bereich, sowie in Bezug auf ihre Vertretung anhand von Fachverbänden und in der Praxis entwickelte. Hierbei liegt der Hauptfokus auf

der BRD, da die weitere Entwicklung der Gesprächspsychotherapie (GT) in der wiedervereinigten Bundesrepublik von dort ausging, ohne von der gesundheitspolitischen Handhabung der GT in der DDR beeinflusst gewesen zu sein (Frohburg, 2011).

5.1.3.1. DDR

Bereits 1970 gehörte „eine Grundausbildung speziell in Gesprächspsychotherapie“ (Frohburg 2011, S. 71) in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) zu einer universitären klinisch-psychologischen Ausbildung an der Humboldt Universität zu Berlin (HU). Sie hing mit der postgradualen Ausbildung zusammen und lief nach dem *Berliner Ausbildungsprogramm für Gesprächspsychotherapie* ab, dass in den 70er Jahren ebenfalls an der Humboldt- Universität entwickelt wurde. Für Studenten die gezielteres Interesse an Gesprächspsychotherapie (GT) hatten, gab es an der Fakultät für Psychologie z. B. in Form einer 1968 von Dr. Johannes Helm und in Zusammenarbeit mit Studenten gegründeten kleinen Arbeits- und Forschungsgruppe, die Inge Frohburg nach Helms Ausscheiden 1986 bis noch 2003 weiterführte; die Möglichkeit, sich dort einzubringen. Der Umfang der Forschungsarbeiten dieser kleinen Gruppe war im Vergleich zu anderen Psychotherapeutischen Richtungen beachtlich, vor allen Dingen auch, weil am Psychologischen Institut damals die Kognitionspsychologische Grundlagenforschung dominierte. Erste Konzepte und Forschungsergebnisse wurden bereits 1970 einem breiteren Fachpublikum vorgestellt, wobei die Gruppe um Helm sehr praktisch angelegt war, so dass Forschungsarbeiten oft in Zusammenarbeit mit in der Praxis tätigen Gesprächspsychotherapeuten entstanden. Ebenfalls war Gesprächspsychotherapie in der DDR seit 1981 Bestandteil der postgradualen Weiterbildung zum Fachpsychologen der Medizin. Die Vertretung der Gesprächspsychotherapeuten in der DDR war von 1974 bis 1990 durch die Gesellschaft für Psychologie und von 1975 bis 1990 auch mit der Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie gegeben (Frohburg, 2011).

Nach der Wiedervereinigung wurde die Gesundheitsversorgung in der DDR aufgelöst, „den Gesprächspsychotherapeuten aus den nunmehr neuen Bundesländern wurde jedoch im Rahmen einer Übergangslösung angeboten, ihre Tätigkeit als tiefenpsychologisch

fundierte Psychotherapie zu deklarieren und abzurechnen (!) (Schreiben der KBV-Vertragsabteilung vom 20. August 1991 an Frau Dr. Frohburg)“ (Hentze, 2011, S. 14).

5.1.3.2. BRD

Wie verlief die Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie (GT) jetzt insgesamt von Ende der 70er bis Ende der 80er Jahre in der Bundesrepublik Deutschland (BRD)? Reinhard Tausch etablierte die Gesprächspsychotherapie in einem ersten Schritt an der Universität Hamburg (vgl. 5.1.1.), weiterhin entwickelten sich Ausbildungsmöglichkeiten, sowie zwei Fachverbände; die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) im Jahr 1970, sowie die aus der GwG hervorgehende Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) 1986, welche die GT in Deutschland fortan auf Verbandsebene vertraten (Hentze, 2011, S.15).

5.1.3.2.1. Lehre und Forschung

Wie schon in Kapitel 5.1.1. beschrieben, begann die Institutionalisierung dieses psychotherapeutischen Verfahrens 1965 an der Universität Hamburg unter Prof. Reinhard Tausch, womit auch die Frage nach der Existenz von Hochschulvertretern der Gesprächspsychotherapie positiv beantwortet werden kann.

Inge Frohburg (2011) spricht von 28 psychologischen Dissertationen in Gesprächspsychotherapie (GT), die zwischen 1969 und 1996 geschrieben wurden, wobei die Autorin betont, dass die 70er und 80er Jahre generell eine sehr produktive Zeit innerhalb der Entwicklung der GT in Wissenschaft und Praxis waren. So waren mehrere Lehrstühle, hauptsächlich im Bereich der Klinischen Psychologie in der Zeit von Gesprächspsychotherapeuten besetzt, wobei auch praktische Gesprächspsychotherapeuten; Ärzte oder Psychologen, in Forschung und Lehre mit einbezogen wurden (Frohburg, 2011).

Generell und einschränkend merkt die Autorin an, dass Gesprächspsychotherapie (GT) oft im Rahmen von Überblicksveranstaltungen, als eine psychotherapeutische Richtung unter anderen vorgestellt wurde oder sich im Vorlesungsverzeichnis hinter Titeln wie „praktisches Arbeiten“ verbarg und noch verbirgt, weswegen es schwer war und immer noch ist, Gesprächspsychotherapeutische Lehrinhalte an Universitäten auf den ersten Blick auszumachen (Frohburg, 2007).

Publikationstechnisch haben an Universitäten tätige Gesprächspsychotherapeuten vor allem viele Beiträge innerhalb von Sammelbänden geleistet, in denen es vorwiegend um unterschiedliche „theoretische und forschungsmethodische Aspekte der Gesprächspsychotherapie (wie z.B. Krankheitslehre, Indikationsfragen, Kriterien für die Wirksamkeitsnachweise), [um] das Potential der Gesprächspsychotherapie in einzelnen Teilbereichen der klinischen Psychologie (wie z.B. klinisch-psychologische Diagnostik, Gruppenpsychotherapie, [den] Umgang mit Partnerschaftsproblemen, Altern) oder auch [um] Prozess- und effektorientierte Verfahrensvergleiche“ (Frohburg, 2011, S. 72) ging.

5.1.3.2.2. Zweiphasiges Ausbildungsmodell

Die erste Ausbildungsmöglichkeit in Gesprächspsychotherapie (GT) (vgl. 5.1.1.) geht ebenfalls auf Prof. Reinhard Tausch zurück und fand an der Universität Hamburg in drei aufeinander aufbauenden Stufen statt. Im Anschluss daran, waren die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), und damit der verantwortliche Fachverband für die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie (GT) zuständig (Frohburg, 2011).

Die bei Kurtz (2008) genannte Bedingung von einer zweiphasigen Ausbildung auf akademischem Niveau und der Grundlage einer staatlichen Lizenz war in dem hier betrachteten Zeitraum bis Ende der 80er Jahre noch nicht vorhanden. Eine staatlich anerkannte Ausbildung in Gesprächspsychotherapie gab es erst 2002, mit der der GT ausgesprochenen wissenschaftlichen Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP), und dem daraufhin vom Institut für Psychotherapie (IfP) ab 2005

umgesetzten Ausbildungsgang in Gesprächspsychotherapie. Die innerhalb des Fachverbandes (GwG) angebotenen Ausbildungen in Gesprächspsychotherapie dauerten nach dem Psychologie oder Medizinstudium zwar die üblichen 5 Jahre einer staatlich anerkannten Psychotherapieausbildung, konnten aber noch nicht mit staatlicher Approbation abgeschlossen werden, da zum einen die Fachakademie der GwG, die diese Ausbildung anbot und zum anderen die Gesprächspsychotherapie nicht staatlich anerkannt war. Hochschulausbilder waren wie bereits gesagt, einmal innerhalb der Ausbildung an der Universität Hamburg und zum zweiten an Ausbildungen der GwG beteiligt, da die von der GwG angebotenen Ausbildungen bereits in Zusammenarbeit mit Akademikern geleitet und damals, wie heute Fort- und Weiterbildungen, in Kooperation mit Universitäten und Fachhochschulen durchgeführt wurden (GwG 2012, GwG Akademie für Aus-Fort- und Weiterbildungen).

5.1.3.2.3. Selbstkontrolle durch Berufs- und Fachverbände

„Berufsangehörigen sind in einem selbstverwalteten Berufsverband organisiert“ (Kurtz 2008, S.35).

Hier gilt es vorerst einmal grundsätzlich zwischen *Berufs-* und *Fachverbänden* zu unterscheiden. Unter *Berufsverbänden* versteht man Verbände, die sich innerhalb eines beruflichen Feldes für alle Vertreter dieses Feldes engagieren.

„Ein Berufsverband ist eine privatrechtliche Körperschaft, die sich die Vertretung und Förderung der Belange eines bestimmten Berufsstandes zum Ziel setzt. Der Berufsverband ist eine Form des Interessenverbandes. Größere Berufsverbände können regionale oder thematische Unterorganisationen (Sektionen, Arbeitsgemeinschaften, Arbeitsgruppen) umfassen“ (Wikipedia 2012, Berufsverband).

Im Bereich Psychotherapie gab es zwischen 1960 und 1987 jedoch noch keinen Berufsverband für Psychologische Psychotherapeuten, da die psychotherapeutische Versorgung in besagter Zeit offiziell nur ärztlichen Psychotherapeuten oblag. Berufsverbände für Psychologische Psychotherapeuten, wie die (Deutsche

Psychotherapeutenvereinigung (DPtV) oder der Verband Psychologischer Psychotherapeuten (VPP) u.a. waren erst in Folge der Gleichstellung von Psychologischen Psychotherapeuten mit ärztlichen Psychotherapeuten durch das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 entstanden.

Mit *Fachverbänden*, die ebenfalls eine Form von Interessenverbänden darstellen, sind im vorliegenden Kontext Verbände gemeint, die aus einem freiwilligen Zusammenschluss von Personen mit gleichem Interessens- in dem Fall auch Berufshintergrund entsteht, die in der Regel ehrenamtlich tätig sind und ein gemeinsames Interesse mit fachlichem Hintergrund vertreten. Oft wird eine kostenlose Verbandszeitschrift herausgegeben, sowie Fortbildung oder themenbezogene Workshops angeboten (Wikipedia 2012, Fachverband).

Vor 1987 gab es bereits diverse Fachverbände psychotherapeutischer Verfahren, und darunter zwei Fachverbände, die sich für die Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland einsetzten. Zum einen die seit 1970 bestehende *Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)* und zum anderen die *Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG)*, die 1986 aus der GwG entstand und sich im Bereich der ärztlichen Psychotherapeuten für GT stark macht (Finke, 2003).

Die GwG stand Rogers ursprünglicher Klientenzentrierten Psychotherapie jedoch auch skeptisch gegenüber und legte großen Wert darauf, das Konzept professionell weiterzuentwickeln. In den Gründerjahren der GwG gab es viel Nähe zur Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (dgvt) was Rogers, der sich grundsätzlich gegen eine Institutionalisierung seiner Methode aussprach, misstrauisch beobachtete und was ihm ausdrücklich missfiel (Thorne & Lambers, 1998).

5.1.3.2.4. Psychotherapeutische Praxis

Wie sah nun die Situation und Institutionalisierung der praktizierenden Gesprächspsychotherapeuten zwischen den 60er und 80er Jahren aus?

Gesprächspsychotherapeuten waren damals zwar keine Richtlinientherapeuten, stellten aber trotzdem eine verhältnismäßig große Psychotherapeutengruppe in Deutschland dar, die durch die allgemeine psychotherapeutische Unterversorgung mit den größten Anteil am *Delegationsverfahren* bzw. *Kostenerstattungsverfahren*⁶ hatte.

Im Rahmen des Kostenerstattungsverfahren, war die Gesprächspsychotherapie „Durch die TK-Regelung zwischen der Technikerkrankenkasse⁷ und dem BDP, „[...] von 1983 bis 1998 über 15 Jahre Bestandteil der psychotherapeutischen [Gesetzlichen Krankenversicherung] (GKV)-Versichertenversorgung“ (Frohbürg 2007, S.18).

Generell arbeiteten Gesprächspsychotherapeuten bis 1978 auf selbstständiger Basis beziehungsweise seit 1972 auch erstmals an der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, sowie in Folge an weiteren psychiatrischen Kliniken (Leipzig, Essen u.a.), an denen Gesprächspsychotherapie (GT) entweder als mehrdimensionales Basiskonzept in Kombination mit anderen Richtungen oder als ausschließlich leitendes Konzept angewandt wurde (Teusch, 2011).

Die Gesprächspsychotherapie hatte auch ohne den Status eines Richtlinienverfahrens bereits einen festen Platz im damaligen Gesundheitssystem inne, was u.a. eine Erhebung der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und des Instituts für freie Berufe an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (1987) zeigt. Die „Wasiliewski-Studie“ der Universität Nürnberg von Wasiliewski und Funk (1989) belegt, dass im Jahr 1987 mehr als ein Drittel der gesetzlich versicherten Patienten im Psychotherapeutischen Bereich, aufgrund dem großen Psychotherapeutenmangel, außerhalb der geregelten Versorgung behandelt wurden. 60% dieses Drittels war auf Empfehlung des Deutschen

⁶ Da trotz des 1972 eingeführten Delegationsverfahren, das Versorgungsdefizit nicht vermindert werden konnte, wurde zusätzlich die *außervertragliche Kostenerstattung* eingeführt, über die Psychotherapeuten durch Empfehlungsvereinbarungen des Deutschen Psychotherapeutenverbandes (DPTV) bei den Kassen um eine *Einzelfallkostenerstattung* ansuchen konnten (Hentze, 2011, S.12 ff).

⁷ Gesprächspsychotherapeuten gelang das die Abrechnung im Kostenerstattungsverfahren insbesondere innerhalb der Techniker-Kasse (Frohbürg 2007, S.18).

Psychotherapeuten Verbandes (DPV) in Behandlung von Kostenerstattungspsychotherapeuten und 40% wurden von Delegationspsychotherapeuten versorgt. Die GT deckte 38% der Behandlungen im Delegationsverfahren und 55% im Kostenerstattungsverfahren ab; übernahm insgesamt also einen Großteil der außervertraglichen Psychotherapeutischen Versorgung (Hentze, 2011, S.12 ff).

5.2. Einschnitt in die Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie durch veränderte sozialpolitische Rahmenbedingungen (1987-2008)

Im Folgenden geht es um die Haupteinflussfaktoren auf die weitere Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie (GT) in Form von sozialpolitischen Bedingungen der vertragsärztlichen⁸ psychotherapeutischen Versorgung, die zu den drei gescheiterten sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie zwischen 1987 und 2008 führten.

Eingangs des Kapitel 5 wurde bereits kurz erklärt, dass es hierbei um den Erwerb der sozialrechtlichen Anerkennung (des Sozialrechts) und damit des Richtlinienstatus der Gesprächspsychotherapie (GT) ging, wodurch sie als anerkanntes psychotherapeutisches Verfahren neben tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Verfahren sowie ab 1987 der Verhaltenstherapie, Teil der vertragsärztlichen Versorgung geworden wäre. Die Beurteilung der GT als Psychotherapeutisches Verfahren (siehe Kap.2.4.) fand ab 1999 einmal auf der Basis des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) und zum anderen aufgrund der Psychotherapie Richtlinie statt, die im Zuge des dritten Anerkennungsverfahrens der GT vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verändert wurde (Frohburg, 2007).

⁸ Die vertragsärztliche Versorgung wird von „Vertragsärzten“ geleistet, womit ins Ärztereister eingetragene Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten, sowie Psychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bezeichnet werden, die die Berechtigung haben Versicherte der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zu behandeln (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2012, Mitglieder einer KV).

Von 1987 bis 2004 wurden die Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie (GT) durch den Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (BAÄK), sowie in Folge durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und im Zusammenhang mit veränderten sozialpolitischen Bedingungen beurteilt. Die die Anerkennungsverfahren hauptsächlich beeinflussenden sozialpolitischen Bedingungen waren einmal das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) 1999 und die damit einhergehenden Forderung der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren, sowie die 2004 veränderte Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) durch den G-BA, die von nun an „Bewertungsrichtlinie für neue medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB –Richtlinie)“ (Frohburg, 2007, S. 33) hieß.

Insgesamt fanden zwischen 1987 und 2008 drei sozialrechtliche Anerkennungsverfahren statt, die jedes Mal aufs Neue von Seiten des Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen (BAÄK), bzw. ab 2004 des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als maßgeblicher Entscheidungsinstanzen, abgelehnt wurden. Verantwortlich für die mehrmalige Verweigerung der Vergabe des Sozialrechts an die Gesprächspsychotherapie (GT) war aus der Sicht der Sachverständigen und hier kurz zusammengefasst; der Nachweis zu weniger Studien über die psychotherapeutische Wirksamkeit der GT, bzw. eine sich herausstellende Wirksamkeit in einem zu kleinen Störungsspektrum des I-CD 10 (10.Version der International Classification of Diseases), eine wiederholt mangelhafte theoretische und systematische Begründung der GT in einigen Punkten ihrer Therapie Theorie und in letzter Konsequenz; die Feststellung von keinem Mehrnutzen der GT gegenüber den bereits bestehenden Richtlinienverfahren von Seiten des G-BAs auf der Grundlage der veränderten PT-RL (Frohburg, 2007).

Im Folgenden wird die Professionalisierung der Gesprächspsychotherapie (GT) zwischen 1987 und 2008 unter den genannten Merkmalen einer indikatorisch-merkmalstheoretischen Position (siehe Kap. 2.1.) (Kurtz 2008, S.35) betrachtet. Anschließend wird den genannten sozialpolitischen Hintergründen der gescheiterten sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie (GT), die die Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland bis heute entscheidend prägen, auf den Grund gegangen.

5.2.1. Berufsständische Normen der Psychotherapie versus inoffizielle Anerkennung der Gesprächspsychotherapie

„Der Berufsverband stellt [berufsständische Normen] und Verhaltensregeln in Form einer Berufsethik (code of ethics, code of conduct) auf, an die die Professionellen in ihrer Praxis gebunden sind (Kurtz, 2008, S. 35).

Dieses Merkmalskriterium entspricht in der Forderung nach berufsständischen Normen, die hier als Gesetze verstanden werden, innerhalb des betrachteten Zeitraums, zwischen 1987 und 2008; einmal dem 1999 in Deutschland in kraft getretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG), dessen vollständiger Name: „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – PsychThG“ (Wikipedia 2012, Psychotherapeutengesetz) ist und durch welches, die „Ausübung der Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten“ (Wikipedia 2012, Psychotherapeutengesetz) erstmals gesetzlich geregelt wird und zum zweiten der Psychotherapie Richtlinie (PT-RL).

Mit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) sind Psychologische Psychotherapeuten in Deutschland erstmals den ärztlichen Psychotherapeuten gleichgestellt und deren Bezeichnungen *Psychologischer Psychotherapeut* und *Kinder- und Jugendpsychotherapeut* sind geschützt. Die Psychotherapeutische Ausbildung muss mit staatlich anerkannter Approbation abgeschlossen werden, zur Ausbildung des psychologischen Psychotherapeuten sind nur Ärzte und Dipl. Psychologen mit Schwerpunkt *Klinische Psychologie* zugelassen, zum Kinder und Jugend Psychotherapeuten werden auch Sozialarbeiter oder Pädagogen zugelassen. Weiterhin ist auch der Begriff *Psychotherapeut* geschützt, der nur von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten getragen werden darf (Wikipedia 2012, Psychotherapeutengesetz).

Im Psychotherapeutengesetz (PsychThG) ist festgelegt, dass Psychotherapeuten, die innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung arbeiten wollen, dies nur auf der Grundlage einer Ausbildung in einem Richtlinienverfahren tun können, womit in Deutschland,

wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannte psychotherapeutische Verfahren gemeint sind, die sich laut Psychotherapeutengesetz (PsychThG) (bis heute) nur aus tiefenpsychologischen, analytischen und verhaltenstherapeutischen Verfahren konstituieren. Auf der Grundlage des PsychThG wird die wissenschaftliche Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat (WBP) gefordert, die, wenn erreicht, zum Berufsrecht eines psychotherapeutischen Verfahrens führt, was heißt, dass in diesem Verfahren staatlich anerkannt ausgebildet und abgeschlossen (approbiert) werden darf.

Zusätzlich zu der, einem Verfahren bescheinigten wissenschaftlichen Anerkennung, die der Gesprächspsychotherapie 2002 bestätigt wurde, wird in einem zweiten Schritt auf dem Weg zur vertragsärztlichen Versorgung, die sozialrechtliche Anerkennung benötigt, die einem psychotherapeutischen Verfahren seit 2004 durch einen Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)⁹ und auf der Basis der Psychotherapie Richtlinie, die sich wiederum auf § 92 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) beruft, verliehen wird.

Der Berufsverband deutscher Psychologen und Psychologinnen (BdP), der nach Inkrafttreten des PsychThG (1999) als Dachverband auch den Verband Psychologischer Psychotherapeuten mit vertritt, stellte 1999 zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP) die Ethischen Richtlinien¹⁰ auf, die zugleich auch als Berufsordnung des BdP verstanden werden. Hierin sind auch Psychologische Psychotherapeuten angesprochen:

„Das berufliche Handeln von Psychologen, seien sie nun wissenschaftlich in Lehre und Forschung, in der Diagnostik, Psychotherapie, Supervision, Beratung, als Experten oder in anderen Funktionen tätig, ist geprägt von der besonderen Verantwortung, die Psychologen gegenüber den Menschen tragen, mit denen sie umgehen. Um helfen zu können, benötigen sie ihr Vertrauen. Der Schutz und das Wohl der Menschen, mit denen Psychologen arbeiten, sind das primäre Ziel dieser Richtlinien“ (Berufsverband deutscher Psychologen und Psychologinnen (Bdp) 2012, Ethische Richtlinie der DGPs und des BdP).

⁹ Selbstverwaltungsorgan von Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenkassen und Patientenvertretern (G-BA 2012, Aufgaben).

¹⁰ Die Richtlinien 2 bis 15 stellen die deutsche Adaptation der auf Forschung und Publikation bezogenen ethischen Richtlinien der APA dar ("Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct", *American Psychologist*, 2002, 57, 1060-1073; dort Standards 3.10 sowie 8.01 bis 8.15) (Berufsverband Deutscher Psychologen und Psychologinnen (Bdp) 2012, Ethische Richtlinie der DGPs und des BdP).

Laut dem Inhaltsverzeichnis wird hier folgendes thematisiert:

- *A Präambel*
- *B Allgemeine Bestimmungen* (Berufsbezeichnung, Akademische Grade, Stellung zu Kollegen und anderen Berufsgruppen, Umgang mit Daten, Gutachten und Untersuchungsberichte, Werbung und Öffentlichkeit)
- *C Psychologie in Forschung und Lehre* (Wissenschaftsfreiheit und Gesellschaftliche Verantwortung, Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, Grundsätze für Forschung und Publikation, Lehre, Fort- und Weiterbildung, Supervision, Psychologie in der Anwendung, besondere Verantwortung gegenüber Klienten/ Patienten, Ausübung des Berufs in eigener Praxis) (Berufsverband deutscher Psychologen und Psychologinnen (Bdp) 2012, Ethische Richtlinie der DGPs und des BdP).

Eine Berufsethik und Berufsordnung für Psychologische Psychotherapeuten war also mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 vorhanden, wobei die Gesprächspsychotherapie (GT) diesen offiziell nicht unterstand, da sie kein Richtlinienverfahren war. Die Gesprächspsychotherapie ist weiterhin, obwohl seit 2002 offiziell wissenschaftlich anerkannt, nicht voll in die gesetzlichen Bestimmungen innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung mit eingebunden, da sie immer noch nicht zu den Richtlinienverfahren zählt (Frohburg & Eckert, 2011).

Frohburg (2007) schreibt, dass die Gesprächspsychotherapeuten sich in den 70er Jahren aber auch selbst eher unschlüssig waren, ob sie überhaupt eine sozialrechtliche Anerkennung anstreben sollen, da sie u.a. der ausbildungstechnischen Bedingung einer ausschließlich klinisch-psychologischen Vorausbildung nicht zustimmten, weil sie Sozialarbeitern oder Heilpädagogen die GT, besonders in der Arbeit mit Kindern nicht vorenthalten wollten. Trotz der offiziellen Ablehnung nahm die Gesprächspsychotherapie laut diversen Statistiken vor allem in den alten Bundesländern einen festen Platz in der psychotherapeutischen Versorgung ein (Frohburg, 2007). So zeigt wie schon erwähnt, eine Stichprobe von 3635 Klinischen Psychologen, erhoben von der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und der Friedrich-Alexander Universität, Erlangen-Nürnberg, dass im Jahr 1987, 55% der befragten Psychologen angaben, Gesprächspsychotherapie anzuwenden. Laut der Autorin, ergibt eine Umfrage in Dießen (1996), dass die

Gesprächspsychotherapie (GT) auch unter psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein das am häufigsten eingesetzte Verfahren ist und eine Untersuchung von Butollo, Piesberg & Höfling (1996) belegte ebenfalls, dass 54 % von 243 Psychologischen Psychotherapeuten in Bayern eine gesprächspsychotherapeutischen Weiterbildung machten (Frohburg, 2007).

Weiterhin weist Frohburg darauf hin, dass die Nachfrage nach GT auch in späteren Jahren bemerkenswert ist; so hat sich bei einer Analyse von Stellenangeboten im September 1999 bzw. im Juli 2001 gezeigt, dass die Arbeitgeber als Zusatzausbildungen einmal mit 10% und 17% Gesprächspsychotherapie gefordert haben, was dem 2001 geforderten Prozentanteil bei Verhaltenstherapie entsprach, wobei sich in 27% bzw. 19 % die Forderungen auf eine allgemeine, nicht näher beschriebene Psychotherapie Zusatzausbildung beziehen. Zusätzlich wurde in „der psychotherapeutischen Weiterbildung der Ärzte (...) Gesprächspsychotherapie seit 1980 von der Bundes- und fast allen Landesärztekammern als sog. Zweitverfahren und seit 2004 von der Bundesärztekammer neben den Richtlinienverfahren als sog. Hauptverfahren anerkannt“ (Frohburg, 2007, S. 19).

So zeigt sich an vorausgegangenen Fakten, dass die Gesprächspsychotherapie, obwohl zwischen 1987 und 2008 nicht den Richtlinienverfahren angehörig, zu der Zeit trotzdem sehr gefragt war.

5.2.2. Sozialrechtliche Anerkennungsverfahren zwischen 1987 und 2008

Innerhalb der in 5.1. erläuterten, sozialpolitischen Situation in Deutschland im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung, versuchte die Gesprächspsychotherapie (GT) erstmals auf gerichtlichem Wege 1987 neben den Analytischen, den Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und der Verhaltenstherapie als Richtlinien Verfahren anerkannt zu werden.

Hierüber entscheidet seit 2004 der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), beziehungsweise der Unterausschuss „Psychotherapie“ und „Methodenbewertung“ des G-

BA anhand der von ihm erstellten Psychotherapie Richtlinien (PT-RL). Die vom G-BA gestellten Aufnahme Bedingungen, aber auch die PT-RL selbst hat der G-BA während der laufenden Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie (GT) mehrmals verändert, weshalb das ursprüngliche Verfahren zwei weitere Male und jedes Mal mit großer zeitlicher Verzögerung wieder aufgenommen wurde. Die Beschlüsse und Beurteilungen des G-BA darüber, inwiefern die PT-RL von psychotherapeutischen Verfahren erfüllt wird, können nur vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), das die oberste Rechtsaufsicht in dieser Angelegenheit führt, beanstandet werden (Frohburg, 2007). Folgende „Zeittafel zu den wesentlichen Etappen des sozialrechtlichen Anerkennungsverfahrens“ (Frohburg, 2007, S. 52ff) soll einen Überblick verschaffen:

Zeittafel zu den wesentlichen Etappen des sozialrechtlichen Anerkennungsverfahrens	
1970–90	Finanzierung der Gesprächspsychotherapie über die Sozialversicherung der DDR
1972	„Psychiatrie-Enquete“ fordert sozialrechtliche Anerkennung für Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie
1978	„Forschungs-Gutachten zu Fragen eines Psychotherapie-Gesetzes“ moniert Ausschluss der Gesprächspsychotherapie aus den Psychotherapie-Richtlinien
1987	1. Antragsverfahren ➔ 1987 abgelehnt
1990	2. Antragsverfahren ➔ 1991 Anerkennung zum 31.12.1993 in Aussicht gestellt 1993, 1994 Fachtagungen der GwG zur Störungslehre der Gesprächspsychotherapie 1994 ÄGG-Kongress zu differentiellen Behandlungstechniken in der Gesprächspsychotherapie 1994 Gründung der GwG-Akademie
1995	2. Antragsverfahren (Wiederaufnahme) ➔ 1997 Ablehnung einer Beschlussempfehlung
1999	Inkrafttreten des Psychotherapeuten-Gesetzes und vorausgehend 1998 Etablierung des Wissenschaftlichen Beirates § 11 PsychThG (WBP)
1999	1998 Antrag Bayerns an WBP zur Begutachtung der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie und nachfolgend 1999 Vorlage der GwG-Dokumentation

2002	Bestätigung der wissenschaftlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch den WBP und Empfehlung zur vertieften Ausbildung
2002	Zulassung der Gesprächspsychotherapie zur vertieften Ausbildung durch den Gesundheitsberufe-Ausschuss
2002	3. Antragsverfahren (lfd.) ➔ 2006 Ablehnung als Richtlinien-Psychotherapie durch den G-BA (bislang durch das BMG nicht bestätigt)
07.2002	Antrag der PTK Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg
10.2002	Beantwortung des BAÄK-Fragenkatalogs durch GwG, DPGG und ÄGG
03.2003	Vorlage von angeforderten Ergänzungen durch GwG, DPGG und ÄGG
08.2003	Antrag der KBV
02.2004	Antrag der KV Bayern
03.2004	Beschluss des G-BA zur internen Literatur-Recherche
04.2004	Beschluss des G-BA zur Anwendung der BUB-RL
10.2004	Veröffentlichung des Beratungsthemas „Gesprächspsychotherapie“
06.2006	Beschluss des G-BA zur Änderung der PT-RL
11.2006	Beschluss des G-BA zum Ergebnis des „Bewertungsverfahrens über die Gesprächspsychotherapie bei Erwachsenen“
...	...

(Frohbürg, 2007, S.52ff)

Beiträge zum Thema fanden sich in Büchern von Inge Frohbürg (2007), Frohbürg und Eckert (2011) und Michael Curd Hockel (1999) sowie in den Berichten über einzelne Aspekte der sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie (GT) auf den Internetseiten der beteiligten GT Verbände; wie der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), der Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) oder den involvierten staatlichen Institutionen, wie der Bundespsychotherapeutenkammer, des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), sowie auch in einzelnen Artikel zum Thema in diversen Journalen aus dem Bereich; wie dem Psychotherapeutenjournal oder dem deutschen Ärzteblatt. Ansonsten war nicht viel zusammenfassende Literatur zu diesem speziellen und bereichsspezifischen Thema in Deutschland zu finden.

Was die hier vorliegende Darstellung der sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie (GT) anbelangt, stellen die genannten Beiträge die Basis des folgenden kurzen Einblicks in die chronologische Abfolge, den Verlauf und Inhalt der drei sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der GT zwischen 1987 und 2008. Davor aber

noch zu einem kurzen Überblick über die an den sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren maßgeblich beteiligten Institutionen und Instanzen.

5.2.2.1. Am Verfahren beteiligte Institutionen und ihre Aufgaben

Hier eine kurze Übersicht der wichtigsten an den Sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren beteiligten Institutionen, Instanzen und Verbände:

ÄGG	Ärztliche Gesellschaft e.V. (Essen)
DPGG	Deutsche Psychologische Gesellschaft e.V. (Hamburg)
GwG	Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V. (Köln)
BAÄK	Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (bis 2004, dann G-BA)
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BptK	Bundespsychotherapeutenkammer
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V (seit 2004, vorher (BAÄK)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung (Frohbürg 2007, S.6ff).
PTK	Psychotherapeutenkammer auf Länderebene
WBP	Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie nach § 11 PsychThG (Frohbürg, 2007, S. 6ff).

Im Folgenden sollen die Institutionen, die an den sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie hauptsächlich beteiligt waren und ihre Aufgaben genauer erklärt werden. Die beiden wichtigsten Entscheidungsträger in der Sache von *staatlicher Seite* sind seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) 1999 der *Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP)*, der die wissenschaftliche Anerkennung

eines psychotherapeutischen Verfahrens bestätigt, wodurch diesem das Berufsrecht und damit die Möglichkeit, staatlich anerkannt auszubilden zusteht. In einem zweiten Schritt kann dann um die sozialrechtliche Anerkennung angesucht werden, die einem psychotherapeutischen Verfahren vom *Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* auf der Grundlage der Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) vergeben wird, wodurch ein Verfahren dann auch Teil der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland ist. Vor dem G-BA war dies Sache des *Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK)* (Frohburg, 2007).

Der gesundheitspolitische Rahmen der medizinischen Versorgung in der BRD ist durch Gesetze des Parlaments vorgeben, wobei es im Weiteren seit 2004 die Aufgabe des *Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)* ist, diesen auszugestalten und einheitliche Vorgaben für eine praktische gesundheitspolitische Umsetzung zu sorgen (Frohburg, 2007).

Somit entscheidet er rechtsverbindlich „über den Leistungsanspruch der Solidargemeinschaft von etwa 70 Millionen in Deutschland gesetzlich krankenversicherten Menschen“ (Wikipedia 2012, Gemeinsamer Bundesausschuss). „Der G-BA ist das höchste Beschluss- Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2012). Die Rechtsgrundlage des G-BA bildet der § 92 des *Sozialgesetzbuches V (SGB V)*, das vorschreibt, dass Leistungen der GKV „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (Wikipedia 2012, Gemeinsamer Bundesausschuss) sein müssen. Sie „dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Wirtschaftlichkeitsgebot). Zudem verlangt das Gesetz, dass der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen nachgewiesen sein müssen, bevor sie Bestandteil des GKV-Leistungskataloges werden können“ (ebd.). Seit 2004 ist der G-BA Rechtsnachfolger des früheren *Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK)*; des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen, des Bundesausschusses für Fragen der Psychotherapie, des Koordinierungsausschusses und des Ausschusses Krankenhaus (Frohburg, 2007).

Der G-BA Unterausschuss für Psychotherapie und Methodenbewertung setzt sich aus 13 stimmberechtigten Mitgliedern zusammen; wobei hier 6 Vertreter der Kostenträger, also der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV), 6 Vertreter der Leistungserbringer, sowie 3

unparteiische Mitglieder beteiligt sind. Bei Ausschusssitzungen sind auch noch bis zu 5 Patientenvertreter anwesend (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2012).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist wie schon gesagt, für die Ausgestaltung und Veränderung der *Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL)* verantwortlich, die den Charakter untergesetzlicher Normen hat und für alle Beteiligten der *gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV)* bindend ist. In letzter Instanz muss sie lediglich mit dem *Bundesministerium für Gesundheit (BMG)* abgesprochen werden. Bevor der G-BA die PT-RL veränderte, wurde die sozialrechtliche Anerkennung von Psychotherapeutischen Richtungen anhand der Richtlinien des BAÄK zur *Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V* („*BUB-Richtlinie*“) in der Fassung vom 01.12.2003 bestimmt und von dem PT-RL Ausschuss des BAÄK durchgeführt (Frohburg, 2007).

Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) entscheidet auf der Grundlage des Psychotherapeutengesetzes (1999) über die wissenschaftliche Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens und setzt sich paritätisch aus je sechs Mitgliedern der Bundespsychotherapeutenkammer (Vertreter der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten) und der Bundesärztekammer, die die ärztlichen Psychologen vertritt, zusammen (Frohburg, 2007).

Weiterhin auf Bundesebene beteiligt an den Verfahren waren das *Bundesministerium für Gesundheit (BMG)* (1969-91 als Bundesministerium für Familie, Jugend und Gesundheit, seit 2002-05 als Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung), das die letzte Entscheidungsinstanz über die Gültigkeit der Beschlüsse des G-BA darstellt, die *Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)*, die die 12 Landespsychotherapeutenkammern seit 2003 vertritt, das *Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)* und die *Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)*. Auf Länderebene bringen sich die Vertreter einiger Landespsychotherapeutenkammern (PTK) ein (Frohburg, 2007).

Von Gesprächspsychotherapeutischer (GT) Seite waren bei der Antragstellung und Verteidigung der Gesprächspsychotherapie als ein kassenärztlich anerkanntes Richtlinienverfahren; die *Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V. (Essen)*

(ÄGG), die *Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V. (Hamburg) (DPGG)* und die *Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V. (Hamburg) (GwG)* (Frohburg, 2007) involviert; und jeweils durch einzelne Fachvertreter vertreten, die sich maßgeblich in den Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie (GT) engagierten (Frohburg, 2007).

Die jeweiligen Aufgaben, wie auch die spezifische Art und Weise der Beteiligung am Verfahren der einzelnen Institutionen, Verbände und Ausschüsse, wird sich in Weiterem noch etwas genauer darstellen, wobei der Leser zur Erklärung der in Folgendem verwendeten Abkürzungen der Institutionen einfach noch einmal kurz auf dieses Kapitel zurückgreifen möge.

5.2.2.2. Erstes und zweites Anerkennungsverfahren

Erstes Anerkennungsverfahren (1987-1988)¹¹

Übersichtshalber sei hier nochmal erwähnt, dass zur Zeit der ersten Beantragung der sozialrechtlichen Anerkennung, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK) über die Aufnahme einer psychotherapeutischen Richtung in die Richtlinienverfahren entschied. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hatte die Geschäftsführung des BAÄK und den Arbeitsausschuss Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) inne und schickte der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) auf ihren Antrag hin einen Fragenkatalog mit „Fragen zu bisher nicht in der kassenärztlichen Versorgung anerkannten Verfahren, deren Zulassung beantragt wurde“, in dem u.a. die Abgrenzung zur psychoanalytischen Psychotherapieverfahren und der Verhaltenstherapie, sowie die Eignung der Gesprächspsychotherapie in der psychosomatischen Grundversorgung gefordert wurde“ (Frohburg, 2007, S. 20).

¹¹ „Die erste Antragsstellung zur sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie erfolgte gemeinsam durch GwG und ÄGG 1987- zu einer Zeit des Umbruchs, in der zum einen nach dem Scheitern des Regierungsentwurfs für ein Psychotherapeutengesetz anno 1978 erneut nachdrücklich eine gesetzliche Regelung für die selbstständige Tätigkeit nicht-ärztlicher Psychotherapeuten und ihre Teilnahme an der gesetzlich garantierten Versorgung gefordert wurde und in der zum anderen zeitgleich das SGB V (Sozialgesetzbuch) vorbereitet wurde, mit dem ausdrücklich auch psychische Erkrankungen berücksichtigt werden sollten (Wissenschaftsrat 1983, 39, BDP 1994, 9 zitiert in Frohburg, 2007, S. 19-20).

Einem solchen Fragenkatalog wurde die Verhaltenstherapie, obwohl noch kein offizielles Richtlinienverfahren, nicht unterzogen, da sie bereits inoffiziell von allen Krankenkassen anerkannt war. Der Fragebogen wurde durch die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) mit entsprechenden Literaturhinweisen versehen und im Februar 1987 beantwortet, wozu dann auch eine Anhörung der Antragsteller in der Person von Dr. Jochen Finke, dem damals Vorsitzenden der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) stattfand und schließlich nachfolgend vom Arbeitsausschuss PT-RL des BÄAK mit der Begründung, „die Gesprächspsychotherapie verzichte auf eine theoretische Konzeptualisierung und auf die ätiologische Interpretation des Krankheitsgeschehens und erfülle damit nicht die Erfordernisse der PT-RL“, abgelehnt wurde (Frohburg, 2007, S. 20).

Die Kritik an dem Beschluss von Seiten der Antragsteller bezog sich auf die Tatsache, dass der Ausschuss sich bei seinem Urteil auf nicht bekannt gemachte Sachverständigenäußerungen bezog, mit dem Urteil fachlich nicht zutreffenden Aussagen traf und sich offensichtlich nicht, mit den damals schon zum Thema vorhandenen Effektivitätsstudien auseinandergesetzt hatte. Alle Bemühungen die unsachgemäßen Aussagen des Ausschusses richtigzustellen, blieben ohne Erfolg, so dass eine erneute Befassung mit dem Antrag von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nicht stattfand (Frohburg, 2007).

Zweites Anerkennungsverfahren (1990/91 – 1997)

Während die erste Ablehnung der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GT) als Richtlinienverfahren für juristische Verhältnisse, relativ schnell; nämlich innerhalb ca. eines Jahres (1988) feststand; dauerte es beim zweiten Anerkennungsverfahren, dessen Antrag 1990/91 gestellt und wieder abgelehnt wurde, mit der Wiederaufnahme des Verfahrens 1995/96 und dem Endentscheid 1997, bereits ca. 6-7 Jahre, bis zum zweiten Mal endgültig feststand, dass die GT nicht in die Richtlinien aufgenommen wird (Hockel, 1999).

Wieder war die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) der Hauptantragssteller, die diesmal eine Dokumentation mit Antworten auf einen Fragebogen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV); eine Zusammenstellung aktueller Literatur zur Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie (GT), sowie einen Kurzbericht und Publikationen über die Entwicklung und den Status der GT in den Neuen Bundesländern vorlegte.

Darüber hinaus wurde den Unterlagen zur Wirksamkeit der GT auch eine ärztliche Stellungnahme zur sozialrechtlichen Anerkennung der GT aus der Sicht der medizinischen Versorgung in der DDR und den Neuen Bundesländern beigelegt (Frohburg, 2007).

Nach längeren Verhandlungen kamen die Entscheidungsträger 1991 zu dem Zwischenergebnis, dass es ihnen wieder nicht möglich ist, die GT als eigenständiges Verfahren anzuerkennen, dies aber bei einer Wiederaufnahme des Verfahrens nach zweieinhalb Jahren, also 1993, durchaus möglich wäre, wozu allerdings diverse weitere Informationen¹² benötigt würden. In den Neuen Bundesländern hingegen gestaltete sich die Lage etwas anders, denn dort wurde das Verfahren in die bestehenden Übergangsregelungen zur Psychotherapie mit aufgenommen (Frohburg, 2007).

Wiederaufgenommen wurde das Verfahren, wie Eingangs bereits kurz erwähnt, erst 1995, anstatt bereits 1993, da das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes abgewartete wurde, welches schlussendlich 1999 in Kraft trat. Die Wiederaufnahme des Verfahrens wurde auf Seiten der Gesprächspsychotherapie (GT) wiederum von GwG, ÄGG und dem Ausbildungsinstitut für Gesprächspsychotherapie GmbH (AiG) bestritten, welche dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK), die beim zweiten Anerkennungsverfahren gewünschten Zusatzmaterialien, bzw. Informationen bzgl. einer ätiologisch orientierten Krankheitslehre der GT und Angaben zur Ausbildung von Gesprächspsychotherapeuten, vorlegten (Frohburg, 2007).

¹² „Die Darstellung einer eigenständigen ätiologisch orientierten Krankheitslehre, die abhängig von der Genese bestimmter Störungen spezifische Therapieansätze der GT erkennbar werden lässt, dezidierte Definitionen der ausbildungsbezogenen Selbsterfahrung und der Nachweis von Weiterbildungseinrichtungen für Ärzte und Diplompsychologen mit einem verfahrensbezogenen Curriculum in theoretischer Ausbildung und praktischer Krankenbehandlung“ (Frohburg, 2007, S. 22).

Frohbürg (2007) weist in ihrer Darstellung des sozialrechtlichen Anerkennungsverfahrens darauf hin, dass die Antragsteller, besonders was den Punkt der Konkretisierung und Differenzierung der Krankheitslehre betraf, gründlich vorbereitet waren, da der damalige 1. Vorsitzende der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), Dr. H. Linster bereits im Jahre 1991 Prof. Dr. J. Eckert beauftragt hatte, zu diesem Thema und zusammen mit anderen Experten der Forschungskommission des Wissenschaftlichen Beirates der GwG eine wissenschaftliche Fachtagung abzuhalten, die schließlich am 23. und 24.04.1993 in Köln stattfand. Im Zuge der verbandsexternen Forderungen und verbandsinternen Bestrebungen nach Institutionalisierung der GT-spezifischen Aus-, Fort-, und Weiterbildungsmaßnahmen wurde 1994 die GwG-Akademie gegründet (Frohbürg 2007).

Am 13.02.1994 verkündete der Arbeitsausschuss Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) erneut, dass er dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK) die Gesprächspsychotherapie (GT) nach wie vor nicht als Richtlinienverfahren empfehlen könne, wobei für eine erneute Entscheidung darüber, wiederum eine Spezifikation einiger Punkte¹³ von Seiten der GT erforderlich sei. Diese damals gestellten Forderungen gingen weit über die im vorhergehenden Schreiben geforderten Ergänzungen hinaus, wurden aber dennoch von der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) nachgereicht und am 24.11.1997 damit beantwortet, dass die Unterlagen immer noch nicht ausreichen würden, bzw. diese darüber hinaus nach Ansicht des Arbeitsausschusses PT-RL des BAÄK keine tragfähigen Argumente für die Anerkennung der GT enthalten würden (Frohbürg, 2007).

In der Zeit von 1999 bis 2002

Innerhalb dieses Zeitraums wurden die Gesetze bzgl. des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verabschiedet,

¹³ Gefordert wurden, „dass deutlich gemacht wird, inwiefern die GT ein eigenständiges von den bisher anerkannten Richtlinien-Verfahren abgegrenztes Verfahren ist, dass die Ätiologie der GT und die daraus resultierenden spezifischen Therapieansätze in Abgrenzung zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und zur Verhaltenstherapie noch deutlicher herausgearbeitet wird, dass neuere Studien zur spezifischen Effektivität der GT im Vergleich zu anderen psychotherapeutischen Verfahren vorgelegt werden und dass dargelegt wird, inwiefern die Einführung der GT eine Erweiterung oder Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet“ (Frohbürg, 2007, S. 26).

d.h. einmal die Änderung des fünften Sozialgesetzbuches im Jahre 1999 erwirkt und das neue Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) zum 01.01.1999 verabschiedet. Zusätzlich wurde die Leistungserbringerbank des BAÄK mit der Erarbeitung einer neuen Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) beauftragt, wobei letztlich die alten PT-RL aus Zeitmangel, zu einem großen Teil übernommen wurden, was zur Folge hatte, dass die Gesprächspsychotherapie weiterhin ausgeschlossen blieb. Eine weitere Änderung bestand in dem neu gebildeten Wissenschaftlichen Beirat (WBP), der in Zweifelsfällen bei der Aufnahme einer therapeutischen Richtung zu den Richtlinienverfahren seine Zustimmung bzgl. deren Wissenschaftlichkeit geben musste (Frohburg, 2007).

Im Mai 1999 legte die GwG zusammen mit der 1998 neu gegründeten Deutschen Psychologischen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) dem WBP eine umfangreiche „Dokumentation zur Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren (Mai 1999)¹⁴“ vor, die in wesentlichen Teilen auf Ausarbeitungen von Prof. Rainer Sachse (Universität Bochum) als Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der GwG beruhte“ (GwG (1999), zitiert in Frohburg, 2007, S. 27).

Daraufhin bestätigte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) mit einem Gutachten am 30.09.1999 die wissenschaftliche Anerkennung des Verfahrens und stellte fest, dass es sich bei der Gesprächspsychotherapie (GT) um ein „hinreichend fundiertes Therapieverfahren mit nachgewiesener Wirksamkeit“ (Frohburg, 2007, S. 2) handelt.

Überdies empfahl er den Länderbehörden, die GT als Vertiefungsverfahren in die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten hineinzunehmen.

Im November 2002 vereinbarte der Gesundheitsberufe-Ausschuss der Länder schließlich auch die bundeseinheitliche Anerkennung von Ausbildungsstätten der GT. Im Weiteren

¹⁴ Enthalten war hier eine zusammenfassende Ausführungen zur Definition und Charakterisierung des Verfahrens, sowie eine detaillierte Ausführungen zu einzelnen Aspekten: a) zur wissenschaftlichen Fundierung und Versorgungsrelevanz, b) zur Qualifikation und Tätigkeit von ca. 600 Gesprächspsychotherapeuten, c) zu Richtlinien und Durchführungsbestimmungen für die Ausbildung, sowie zur Verpflichtungserklärung der Ausbilder, d) zur Qualitätssicherung in der ambulanten Gesprächspsychotherapie, e) zur Zielorientierten Gesprächspsychotherapie bei psychosomatischen Magen-Darm-Erkrankungen und f) zu einem Nachweis psychologischer und somatischer Veränderungen bei Patienten und zur Reduktion der Gesundheitskosten (Frohburg, 2007, S.27).

gab es ein Missverständnis bzgl. der Beurteilung der Gesprächspsychotherapie (GT) vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP), da dieser bei der Beurteilung von psychotherapeutischen Verfahren in Anlehnung an die ICD-10 Kategorien für psychische Störungen ein System mit 12 Kriterien festgelegt hat, bei denen sich ein Verfahren in mindesten 4 Kategorien als wirksam erwiesen haben musste, um als Richtlinienverfahren anerkannt zu werden. Die Gesprächspsychotherapie wurde vom WBP in nur vier Kategorien geprüft; und zwar bezogen auf Affektive Störungen, Angststörungen, Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen. Daraus entstand später die Bemängelung, der WBP hätte die GT nur in diesen vier Bereichen anerkannt, wozu der WBP im Nachhinein aber noch einmal eindeutig und korrigierend Stellung nahm (Frohburg, 20007).

5.2.2.3. Drittes Anerkennungsverfahren

Drittes Anerkennungsverfahren (2002-2008)

Frohburg (2007) betont, dass es mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) 1999 besonders dringend wurde, die Gesprächspsychotherapie (GT) endlich in die Richtlinienverfahren aufzunehmen, da der Ausschluss dazu führte, dass die GT - Ausbildung kaum mehr gemacht wurde, weil sie schon während der Ausbildung nicht durch die Behandlung von Versicherten durch die Gesetzliche Krankenkasse (GKV) refinanziert werden konnte (Frohburg, 2007).

Frohburg (2007) weist daraufhin, dass der weitere Verfahrensweg etwas verworren war, da sich bis zur endgültigen Ablehnung 2008, noch einiges auf verschiedenen sozialrechtlichen Schauplätzen abspielte. Von Gesprächspsychotherapeutischer (GT) Seite aus wurde das Verfahren wiederum von dem Bundesgeschäftsführer der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), K.-O. Hentze und der GT-Arbeitsgruppe „Anerkennung“, der Vertreter der drei Fachgesellschaften für Gesprächspsychotherapie angehörten, systematisch vorbereitet. Innerhalb dieser dritten Wiederaufnahme des sozialrechtlichen Anerkennungsverfahrens stellten die Psychotherapeutenkammern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg den Antrag an

die Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK), die Gesprächspsychotherapie (GT) in die Richtlinienverfahren aufzunehmen und beauftragten die Fachgesellschaften der GT (ÄGG, DPGG & GwG) den Fragenkatalog des BAÄK vom 15.07.2002 auszuarbeiten. Dieser wurde dann auch am 8.10.2002 eingereicht, wobei es sich im Grunde um die wiederholte Erfüllung der Anforderungen handelte, die seit 1987 von Seiten des BAÄK, bzw. des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) immer wieder an die Gesprächspsychotherapie herangetragen wurden (Frohbürg, 2007).

Erst vierzehn Monate später, am 02.02.2004, reagierte der G-BA, der den BAÄK ablöste, darauf und forderte eine weitere Ergänzung dieser Dokumentation, sowie die Beantwortung zweier zusätzlicher Fragen; und zwar zum einen nach den durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) anerkannten Formen der GT in Deutschland und zum anderen nach relevanten Studien zur Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der GT, die den zusätzlichen Nutzen des Verfahrens im Vergleich zu den bisherigen Richtlinien-Verfahren aufzeigen (Frohbürg, 2007).

Die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), die Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG) und die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) beantworteten auch diese Fragen, obwohl nie an die ursprünglichen Richtlinienverfahren gestellt, am 08.03.2004 ausführlich, mit einer „Dokumentation der Gesprächspsychotherapie (GT) als Verfahren gemäß B I.3 der PT-RL= Antworten auf zwei ergänzende Fragen des G-BA/ UA Psychotherapie vom 02.02.2004“ (ÄGG, DPGG & GwG 2004a, zitiert in Frohbürg 2007, S. 32).

Im Weiteren hat der Arbeitsausschuss Psychotherapie (PT) des G-BA (ehemals PT-RL Ausschuss des BAÄK) am 17.03.2004 die Stabstelle Methodik, Information und Qualität im eigenen Haus mit einer eigenständigen Recherche¹⁵ zu Effektivitätsstudien zur

¹⁵ „Der G-BA hat unter Bezug auf §135 Abs. 1 SGB V mit einer Bekanntmachung vom 29.09.2004 die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie zum öffentlichen Beratungsthema ausgeschrieben, um insbesondere Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbänden von Ärztesgesellschaften und psychotherapeutischen Fachgesellschaften, sowie Spitzenverbänden der Selbsthilfegruppen und den Patientenvertretungen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Als Anerkennungskriterium werden im Ausschreibungstext der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit des Verfahrens nach dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse genannt“ (Frohbürg, 2007, S.35).

Gesprächspsychotherapie (GT) beauftragt und zwar ungeachtet der Zustimmung zur Anerkennung der GT von Seiten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) und der eingereichten Materialien der Fachgesellschaften der GT. Ohne sozialrechtliche Grundlage stellte der Unterausschuss Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) besondere Anforderungen¹⁶ an die Studie (Frohburg, 2007).

Dies entsprach laut Frohburg (2007) einer Legitimation der begrenzten Literatursauswahl, die der Unterausschuss des G-BA in seine Bewertungen einbezog, da von über 3000 wissenschaftlichen Fundstellen zur Wirksamkeit der GT, nach den festgelegten Kriterien lediglich 80 ausgewählt wurden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) forderte den G-BA am 03.02.2005 jedoch auf, die Einschränkung aufzugeben und die GT für das gesamte Indikationsspektrum zu prüfen. Bei den Studienauswertungen sollte auch ein Vertreter der Fachgesellschaften der Gesprächspsychotherapie (GT) dabei sein, wofür Prof. Dr. Jochen Eckert ausgewählt wurde, der aber bereits nach kurzer Zeit aus Protest gegenüber der Arbeitsweise des Beratergremiums am 02.04.2006 von seiner Aufgabe zurücktrat. Die Bewertungen der internen Studienrecherchen des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurden erst am 05.04.2006 abgeschlossen (Frohburg, 2007).

Laut Frohburg (2007), gab der G-BA einen Fragenkatalog zur Bewertung der GT als Richtlinienverfahren heraus, dessen Entscheidungskriterien aus Sicht der Fachgesellschaften für Gesprächspsychotherapie gesetzlich nicht haltbar sind, da z.B. nach dem Mehrnutzen der GT im Vergleich zu anderen Therapien gefragt wird, was nicht angemessen ist, da in der bisherigen Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) lediglich nach dem Nutzen einer Therapie als Krankenbehandlung gefragt wurde. Weiterhin verlangten diese Kriterien nach einer indikationsbezogenen Prüfung des Verfahrens der GT, für die es wissenschaftlich keine Grundlage gab sowie auch nach dem Qualifikationsniveau der Gesprächspsychotherapeuten. Das wurde aber aus verfassungsrechtlichen Gründen im Berufsrecht festgelegt, wodurch der G-BA nicht befugt war, hierzu eigene fachliche

¹⁶ Die Studie soll sich nur auf die vier Anwendungsbereiche beziehen, die der WBP geprüft hat, sie soll einen zusätzlichen Nutzen zu den schon vorhandenen Richtlinienverfahren ausweisen, allerdings nur im ambulanten Bereich (ohne Kinder- und Jugendpsychotherapie) und bezogen auf die Evidenz stufen I und II und soll ausschließlich durch klassische Gesprächspsychotherapie erbracht werden (Frohburg, 2007, S. 36).

Anforderungen zu stellen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) lagen damals laut Information der Autorin 78 Stellungnahmen von Fachleuten unterschiedlicher Fachrichtungen vor, von denen nur eine und zwar, die des Dachverband für Verhaltenstherapie (DTV) ablehnend ist (Frohburg, 2007.)

Wie ging es weiter?

Nach dem letzten Einreichen von Unterlagen der Gesprächspsychotherapie (GT) Fachverbände am 08.03.2004, änderte der G-BA als Nachfolger des Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK) die Prüfkriterien zur Aufnahme neuer Verfahren in die Richtlinien-Verfahren. Er legte der Prüfung neuer Anträge, damit auch dem Antrag der GT die neue, 2003 vom BAÄK gemäß § 135, Abs. 1, SGB V verfasste „Bewertungsrichtlinie für neue medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinie)¹⁷ zugrunde (Frohburg, 2007).

Weiterhin weist Frohburg darauf hin, dass „die besonderen sachbedingten Schwierigkeiten von (störungsspezifischen) Effektivitätsnachweisen im Bereich der Psychotherapie und insbesondere die Problematik, nach den Evidenz stufen „hochwertige“ RCT- Studien (Randomized Controlled Trial) mit unbehandelten Kontrollgruppen durchzuführen und dabei zu für die klinische Praxis relevanten Ergebnissen und Aussagen zu kommen“ (Frohburg 2007, S. 34), zu dem Zeitpunkt bekannt waren und sind (Frohburg, 2007).

Auch kritisiert Frohburg (2007), dass die Bewertung einer psychotherapeutischen Methode, wenn lediglich störungsbezogen vorgenommen, ihrem Gegenstand sachlich nicht angemessen ist und die Abkehr des G-BAs von den Vorgaben der Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) aus juristischer und fachlicher Sicht problematisch war und ist. Am

¹⁷ In der BUB-RL wurde lediglich von therapeutischen „Methoden“ und nicht „Verfahren“ gesprochen, worunter kurz gegriffene therapeutische Konzepte ohne ausführlichen theoretischen Hintergrund verstanden wurden, die man innerhalb anderer Verfahren lehren kann. Sie sah vor, nur dann neue Methoden in die Richtlinienverfahren aufzunehmen, wenn der G-BA deren indikationsbezogenen, d.h. störungsbezogenen Nutzen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis nachgewiesen hat. Die vorige Bewertung der Gesprächspsychotherapie wurde damit hinfällig und nun einzelne Effektivitätsstudien in einer Klassifikation nach Evidenz stufen mussten neu bewertet werden. Bei den Evidenz stufen galten z.B. Stufe Ia (systematische Übersichtsarbeiten der Evidenz stufe Ib), Ib (randomisierte, vergleichende klinische Studien) usw. Der G-BA hatte darüberhinaus die bisherige verfahrensbezogenen Eignungsprüfung durch eine diagnosebezogene Wirksamkeitsprüfung von Psychotherapieleistungen ersetzt (Frohburg, 2007, S.39 ff.).

26.06.2006 veröffentlicht der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) dann den Beschluss der Psychotherapie Richtlinie (PT-RL), so dass in Zukunft, wie schon angekündigt, nur noch Verfahren in die Richtlinienverfahren aufgenommen werden können, bei denen ein indikationsbezogener Nutzen, medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit für besonders versorgungsrelevante Störungen, d.h., für die am häufigsten auftretenden psychischen Störungen nachgewiesen werden kann. Mit besonders versorgungsrelevanten Störungen sind grundlegend affektive Störungen und Angststörungen gemeint, zusätzlich bei Erwachsenen werden noch psychosomatische Störungen mit einbezogen, sowie Verhaltens- und Emotionale Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Frohburg, 2007).

„ Psychotherapieverfahren, die nicht die geforderten Voraussetzungen erfüllen, sollen nach dieser Änderung der PT-RL bei nachgewiesenem Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit indikationsbezogen als „Methode“ oder „Technik“ im Rahmen der etablierten Richtlinien-Verfahren Anwendung finden können“ (G-BA 2006a, zitiert in Frohburg, 2007, S. 39).

Wie schon erwartet, schloss sich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der vorhandenen Kritik an dem Beschluss des G-BA an, beanstandet in einem Schreiben vom 15.08.2006 wesentliche Teile der „Änderung der Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie“ und bestätigt, dass „die laufenden Bewertung der Gesprächspsychotherapie... auf Grundlage der derzeit gültigen Psychotherapie-Richtlinien abgeschlossen werden kann“ (Schreiben des BMG vom 15.08.2006 an den G-BA zitiert in Frohburg, 2007, S.41).

Am 21.11.2006 hielt der G-BA nach Abschluss des vierjährigen Bewertungsverfahrens jedoch weiterhin daran fest, der Gesprächspsychotherapie (GT) die sozialrechtliche Anerkennung und damit den Richtlinienstatus zu verweigern. Es wurde laut dem G-BA festgestellt, dass die GT nicht die Kriterien des erweiterten therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit sowie der Wirtschaftlichkeit gegenüber den bereits bestehenden Richtlinienverfahren erfüllt, wobei nur die „klassische Form der GT“ erhoben wurde und methodische Weiterentwicklungen nicht mit einbezogen wurden (Frohburg 2007). Weiterhin wurde die Bewertung der GT nur auf die Behandlung von Erwachsenen beschränkt und nur 101 vom G-BA ausgewählte Studien verwendet, innerhalb derer sich

laut G-BA nur eine Studie befand, die maßgebliche „Aussagen zur Wirksamkeit oder zum Nutzen der Gesprächspsychotherapie zulässt“ (G-BA 2006c unter D.1, zitiert in Frohburg 2007, S.47). Der G-BA schlussfolgert; „dass die Einführung der Gesprächspsychotherapie als ein Psychotherapieverfahren, welches einen Wirksamkeitsnachweis bei nur einer psychischen Störung erbracht hat, der vertragsärztlichen Versorgung keine Erweiterung oder Verbesserung einbrächte“ (G-BA 2006c unter E.1. zitiert in Frohburg, 2007, S.48).

Zu diesem Zeitpunkt mussten sich die tiefenpsychologischen, analytischen und verhaltenstherapeutischen Verfahren ihrerseits natürlich nicht nachträglich den erweiterten Forderungen des G-BA unterziehen.

5.2.2.4. Weiterer Verlauf des Anerkennungsverfahrens

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde daraufhin vor allem vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP), der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), der World Association für Person- Centred and Experiential Psychotherapy and Counseling (WAPCEPC) und diversen Verbänden, in tragenden Punkten und dies sowohl aus fachlicher, als auch juristischer Sicht immer wieder ausdrücklich kritisiert. Eine von der BPtK bestellte Expertenkommission z.B., die aus „fünf Professoren für Klinische/ Medizinische Psychologie und Psychotherapie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie“ bestand, die alle zugleich auch als Psychotherapieforscher tätig waren und von denen vier den Richtlinien angehörten, kamen aufgrund eigener Untersuchung zu dem Ergebnis: „Somit erfüllt die Gesprächspsychotherapie alle Voraussetzungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien, um als neues Psychotherapieverfahren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen zu werden.“ (BPtK 2007, S.70 zitiert in Frohburg & Eckert, 2011, S.40).

Die Expertenkommission widersprach 2007 damit ganz klar der wiederholten Aussage des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von 2006, in der er beharrlich darauf bestand, die Gesprächspsychotherapie (GT) nicht als Richtlinienverfahren anerkennen zu können. Weiterhin stellte die Expertenkommission fest; „es stellt sich heraus, dass der G-BA

seine Beurteilung nicht auf der Grundlage des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse vorgenommen hat und so zu einem Ergebnis kommt, das weder von der Wissenschaft noch vom Berufsstand geteilt wird. Es erhebt sich der Verdacht, dass ein Interessenskonflikt vorliegt“ (Strauß et al 2010, S.160 zitiert in Frohburg & Eckert, 2011, S. 40).

Überdies stellte der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) ja schon vorher fest, dass es sich bei der Gesprächspsychotherapie um ein „eigenständiges, wissenschaftlich anerkanntes Psychotherapieverfahren mit „nachgewiesener Wirksamkeit“ in „versorgungsrelevanten“ Anwendungsbereichen handelt, dass „theoretisch ausreichend fundiert“ ist (Frohburg 2007, S. 41-42).

Wie das Anerkennungsverfahren von 2006 bis 2008 weiterging, wird in weiterem aufgrund des gut dokumentierten Verlaufs auf der GwG Homepage hier ebenfalls kurz und anhand einiger wichtiger Stationen zusammengefasst dargestellt.

Am 24.04. 2008 beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine „Neuaufgabe seines Beschlusses zur Gesprächspsychotherapie vom 21.11.2006“ (GwG 2008, Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt heute Neuaufgabe seines Beschlusses zur Gesprächspsychotherapie vom 21.11.2006).

„Mit dem heutigen Beschluss wird immerhin der Weg frei für die Fortsetzung der Rechtsverfahren, die der Gemeinsame Bundesausschuss durch Ruhens- und Aussetzungsanträge und mehrfache Verschiebungen der jeweils angekündigten Beschlussfassung zur Gesprächspsychotherapie seit Jahren behindert hat“ kommentiert dieser GwG Artikel (ebd.)

Aber schon in einem der nächsten Artikel eines GwG Autors, stellt sich dann heraus: Am 06.05.2008 hat der „Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), seit 2004 Rechtsnachfolger des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, (...) die Ablehnung der Gesprächspsychotherapie wiederholt, die er nach jahrelanger Beratung bereits im November 2006 beschlossen hatte. Die Entscheidung kommt einem Berufsverbot für approbierte Gesprächspsychotherapeuten und für die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie gleich“ (GwG 2008, Gemeinsamer Bundesausschuss lehnt Gesprächspsychotherapie erneut ab). Die Gesprächspsychotherapeuten sind hiermit nun von der

„gerichtliche(n) Durchsetzung der Verbesserung des Versorgungsangebots“ (GwG 2008, Gemeinsamer Bundesausschuss lehnt Gesprächspsychotherapie erneut ab) abhängig.

Fast parallel wurde am 2.11.2005 von einer anderen Seite auf Anerkennung der Gesprächspsychotherapie gepocht; und zwar klagte ein Kinder- und Jugendtherapeut vor dem Bundessozialgericht Baden Württemberg auf den Eintrag in das Psychotherapeutenregister aufgrund seiner Fachausbildung. Die Klage wurde erst drei Jahre später, also 2008 bearbeitet, weil der Beurteilungsprozess des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Bezug auf das Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren abgewartet werden wollte, bei dem die ursprüngliche Information von Seiten des G-BA vorlag, er würde noch 2006 darüber entschieden haben, was er dann jedoch immer wieder hinauszögerte (GwG 2008, Landessozialgericht Baden-Württemberg entscheidet am 29.10.2008 zur Klage eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten).

Am 29.10.2008 lehnte das Landessozialgericht Baden-Württemberg die Klage mit der Begründung ab, die Gesprächspsychotherapie (GT) sei immer noch kein anerkanntes Richtlinienverfahren, der diesbezügliche Beschluss des G-BA sei rechtmäßig zustande gekommen und der Senat sehe sich zu einer Richtigkeitskontrolle dieser Entscheidung nicht im Stande (GwG 2008, LSG Baden-Württemberg beurteilt G-BA Ablehnungsbeschluss als rechtskonform).

Am 28.10.2008 rief der G-BA dann nach 18 Monaten Aufschub der Angelegenheit eine Arbeitsgruppe ins Leben, die sich dem „Gleichbehandlungsvorwurf“ von Seiten der Gesprächspsychotherapie annehmen sollte. Hierbei ging es darum, dass die Gesprächspsychotherapie aufgrund der vom G-BA veränderten Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) nach anderen Kriterien im Bezug auf eine Eignung als Richtlinienverfahren getestet wurde, als dies der Fall bei den schon vorhandenen Richtlinienverfahren der Fall ist. Der G-BA wurde daraufhin durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) dazu angehalten, wenn schon, dann alle drei Richtlinienverfahren (Analytische, Tiefenpsychologische und Verhaltenstherapeutische Verfahren) nach den neuen PT-RL zu bewerten (GwG 2009, Zur Gleichbehandlung von Richtlinienverfahren und Gesprächspsychotherapie).

Die Hauptkritikpunkte von Gesprächspsychotherapeutischer Seite hierzu waren zusammengefasst folgende:

- von der Prüfung des G-BA waren Sachverständige und neutrale Experten ausgeschlossen.
- eine Gleichbehandlung der Richtlinienverfahren mit der GT fand in sofern nicht statt, als dass bereits niedergelassenen Psychotherapeuten nicht einfach aus der GKV verwiesen werden konnten und Ausbildungsinstituten vom G-BA nicht die Lehrerlaubnis genommen werden konnte.
- der G-BA kann Psychotherapeutische Verfahren nur deswegen nach eigenem Belieben bewerten, weil es kein einheitliches anerkanntes wissenschaftliches Bewertungssystem gibt.
- Auch verbessert es die Lage der GT grundsätzlich nicht, wenn andere Verfahren genau so ungenügend und aufgrund einer wissenschaftlich nicht haltbaren Grundlage geprüft werden (GwG 2009, Zur Gleichbehandlung von Richtlinienverfahren und Gesprächspsychotherapie).

Die spezifischen Kritikpunkte, die von Seiten der Gesprächspsychotherapeuten am Verfahren bestanden, werden auch noch einmal ausführlicher im nächsten Kapitel behandelt.

Noch einmal abschließend zusammengefasst, ist also festzuhalten, dass die Gesprächspsychotherapie (GT) vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in einem dritten Anerkennungsverfahren 2008 endgültig für nicht sozialrechtlich anerkannt befunden wurde, da sie den Ansprüchen der vom G-BA eigenhändig veränderten PT-RL nicht ausreichend entsprach.

5.2.3. Hauptkritikpunkte am Anerkennungsverfahren

Mit der abgelehnten Klage vor dem Bundesverfassungsgericht war der juristische Weg des Anerkennungsverfahrens erst einmal beendet, weshalb ich zum Abschluss einerseits die wichtigsten Kritikpunkte an dem über 20 Jahre währendem sozialrechtlichen

Anerkennungsprozess noch einmal im Überblick darstellen möchte, abschließend aber auch noch ein paar Kritikpunkte auf Gesprächstherapeutischer Seite nennen werde.

5.2.3.1. Kritik am Vorgehen des Gemeinsamen Bundesausschuss

Im Mittelpunkt stehen hier u.a. die eigenhändigen Änderungen der Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), welche kurz gefasst, u.a. folgende fachliche und juristische Probleme bergen:

- die veränderten PT-RL lösen die Psychotherapeutischen Methoden aus ihrem theoretischen Begründungszusammenhang, was absurd ist, da alle Methoden nicht nur einen eigenen theoretischen, sondern vor allem paradigmatischen Hintergrund haben und nicht so einfach kombinierbar sind.
- Konkrete Konsequenzen für den Ausbildungsbereich werden nicht angesprochen.
- Die Frage hier ist, warum die Gesprächspsychotherapie (GT) ein Teil andere Therapien werden soll, aber nicht eigenständig praktiziert werden darf.
- Eine indikationsbezogene Einschränkung psychotherapeutischer Tätigkeit ist gesetzlich nicht vorgesehen, da die für die berufliche Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten maßgebende Fachkunde gesetzlich vorgeschrieben ist.
- Die Autorin weist abschließend darauf hin, dass der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Änderung der Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) unter den gegebenen Umständen nur als eine nicht rechtskräftige Empfehlung verstanden werden kann (Frohburg, 2007).

Die Hauptkritikpunkte finden sich in übersichtlicher Fassung in einem offenen Brief des wissenschaftlichen Beirates der GwG vom 26.03.2008 an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und werden hier stichpunktartig zusammengefasst:

- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) lässt, wie schon seine Vorgängerinstitution grundsätzlich keine neue Psychotherapierichtung zu den Richtlinienverfahren zu.
- Die vom G-BA zur Erklärung der Ablehnung genannten Gründe sind nicht sachgerecht und sein Verhalten hat lediglich den Zweck der Konkurrenzabwehr.
- Dem G-BA geht es in erster Linie darum, das Monopol der Richtlinienverfahren zu bewahren.
- In dem immer wieder vorsätzlich hinausgeschobenen Anerkennungsverfahren, fand der G-BA bei jeder Einreichung jeweils wieder neue Gründe und Kriterien, warum die eingereichten Unterlagen von gesprächspsychotherapeutischer Seite zum x-ten Mal nicht ausreichend sind.
- Bedeutende wissenschaftliche Bescheinigungen und Gutachten, die u.a. die Wirksamkeit der GT belegten wurden schlichtweg ignoriert.
- Das 2002 wiederaufgenommene Verfahren und dessen ganze nachfolgende Handhabung des G-BAs sind durch Willkür und „fachlich nicht haltbaren Prämissen und Entscheidungen“ (GwG 2008, Offener Brief des wissenschaftlichen Beirats der GwG, S.2), (z.B. die ganz eigene Definition der GT durch den G-BA, die die Weiterentwicklung der Richtung völlig ignoriert) geprägt.
- Die Endgültige Ablehnung des 3. Antragsverfahrens, mit der seit Anbeginn des Verfahrens bestehenden Begründung; die GT erfülle die Voraussetzungen der Psychotherapierichtlinien nicht; ist wissenschaftlich nicht haltbar und widerspricht Expertenmeinungen, sowie der weitgehend eindeutigen Resolution von Universitätsprofessoren Innen und der eindeutigen Bewertung der Psychotherapeuten Kammern der Länder und des Bundes. (Aus 424 empirischen, durch Fachzeitschriften, Promotions- und Habilitationskommissionen oder Drittmittelgeber geprüfte Wirksamkeitsstudien zur Gesprächspsychotherapie (GT), wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) aufgrund von „fachlich fragwürdiger Auslegung der Unterlagen“ und der „einschränkenden Eigendefinition“ (GwG 2008, Offener Brief des wissenschaftlichen Beirats der GwG, S.2) der GT nur eine als nützlich erachtet.
- Der G-BA Beschluss stößt in Fachkreisen im In- und Ausland auf großes Unverständnis.

- Die Prüfungskommission des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) besteht aus Nicht-Wissenschaftlern, die sich mit ihrer Beurteilung in einem nicht haltbaren Widerspruch mit Ansichten der Wissenschaft und Fachwelt befinden.
- GwG prangert an: „Wir sehen in dieser Missachtung sachlich gerechtfertigter zugunsten willkürlich zurechtgelegter Gründe, einen interessengeleiteten Machtmissbrauch“ (GwG 2008, Offener Brief des wissenschaftlichen Beirats der GwG, S.3).
- G-BA revidiert seinen Beschluss der Ablehnung von 2006 auch nicht und beschließt einfach die Psychotherapierichtlinien zu ändern, als die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) aufgrund eigener sehr strenger Prüfung feststellt, dass die GT alle Kriterien der Richtlinienverfahren erfüllt und das BMG fordert, die GT solle lediglich nach den bestehenden Psychotherapie- Richtlinien geprüft werden (GwG 2008, Offener Brief des wissenschaftlichen Beirats der GwG).

Über die genannten Hauptkritikpunkte hinaus, die in erster Linie das nicht sachgerechte Vorgehen des G-BA deutlich machen; prangert die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) an, dass den Klienten eine größere Auswahl an Therapien verweigert würde, wobei Untersuchungen zeigen, dass keine Psychotherapeutische Richtung alleine allen Patienten mit einem Krankheitsbild am besten dient. Zudem ist bekannt, dass „30- 45 % aller Klienten in ambulanter Psychotherapie, bei einer erneuten Behandlung das Verfahren und/oder den Therapeuten wechselten“ (GwG 2008, Offener Brief des wissenschaftlichen Beirats der GwG, S. 3) und einem großen Teil derer, die mit den Richtlinienverfahren nicht erfolgreich behandelt werden konnten, dann mit Gesprächspsychotherapie geholfen werden konnte. (ebd.)

Der Autor des Schreibens, Prof. Jürgen Kriz fasst zusammen: „Das eklatante Missverhältnis von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit der GT einerseits und der Blockade des G-BA andererseits mündet daher nicht nur in ein Behandlungs- und Ausbildungsmonopol der Richtlinien-Verfahren, sondern gereicht auch vielen Patienten in Deutschland zum Schaden“ (GwG 2008, Offener Brief des wissenschaftlichen Beirats der GwG).

Die Kritik im Einzelnen ist unter den jeweiligen Anerkennungsverfahren, genau ausgeführt bei Frohburg (2007) noch einmal nachzulesen.

5.2.3.2. Kritik an der Strategie der Gesprächspsychotherapeuten

Hockel (1999) sieht hier vor allem Schwächen in „der Abgrenzung, der Öffentlichkeitsarbeit und einer übergreifenden Strategie der Interessensvertretung“ (Hockel, 1999, S.61). Weiterhin bemängelt er u.a., dass Gesprächspsychotherapie (GT) nicht genügend von Gesprächsführung als solche abgegrenzt wurde, was zur Folge hatte, dass viele Laien, die kurz in das „aktiven Zuhörens „ eingeführt wurden, und damit in Gesprächen auch Erfolg hatten, nach außen den Eindruck erweckten, das könne jeder lernen. Dadurch verlor die GT nach außen an Professionalität und wurde vorrangig als Methode betrachtet, die jeder mal eben schnell erlernen und einsetzen kann (Hockel, 1999).

Der Autor weist auch darauf hin, dass sich die Gesprächspsychotherapeuten aufgrund ihrer Bereitschaft zur Solidarität mit allen effektiven Theorien und Methoden zur Behandlung seelischer Störungen, zu wenig von anderen Berufsgruppen abgegrenzt haben.

Berufspraktiker hatten meist nicht die Möglichkeit sich auch noch in der Gesprächspsychotherapeutischen Forschung zu betätigen, da sie aufgrund der nicht gewährleisteten sozialrechtlichen Anerkennung schon kaum etwas mit ihrem Beruf verdienen konnten. Generell wurde die Weiterentwicklung in der Praxis der GT zu wenig dokumentiert. Als letzten Kritikpunkt nennt Michael Curd Hockel (1999) neben einer Verabsäumung der Verrechtlichung der gesprächspsychotherapeutischen Berufspraxis auch eine „gesundheitspolitische Rahmendebatte und Programmatik voranzubringen“ (ebd., S.63), wodurch sich die Gesprächspsychotherapeuten selbst behinderten (ebd.).

Frohbürg kritisiert indirekter ausgedrückt, diverse Strategiefehler in den eigenen Reihen, die sie neben dem gescheiterten sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren auch für den Positionsverlust der Gesprächspsychotherapie an den Universitäten verantwortlich macht. Sie hätte mehr Kooperation der Gesprächstherapeuten unter einander und zur klinischen Praxis für wichtig befunden. Auch fehlten aus ihrer Sicht stabilere Beziehungen der Gesprächspsychotherapeuten zu Fach- und Berufsgesellschaften (Frohbürg & Eckert, 2011).

5.3. Folgen der Nicht- Anerkennung auf die Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie

Das insgesamt knapp über 20 Jahre dauernde sozialrechtliche Anerkennungsverfahren, bzw. zugespitzter formuliert, die wiederholte Ablehnung der Gesprächspsychotherapie (GT) als Richtlinienverfahren, hat der Professionalisierung und Institutionalisierung dieses psychotherapeutischen Ansatzes nachhaltig geschadet. Das Anfangs große Interesse an der Richtung, welches sich u.a. z.B. an zahlreichen Diplomarbeiten und Dissertationen zur Gesprächspsychotherapie oder auch an der hohen Mitgliederzahl der GwG (damals ca. 9000) kurz nach deren Gründung zeigte, wurde mit den Jahren schleichend weniger (heute nur noch ca. 3000 Mitglieder); genauso wie die Gesprächspsychotherapie mit der Zeit langsam aus den universitären Lehrstühlen und Ausbildungsinstituten verschwand (Frohburg & Eckert, 2011).

Die Konsequenzen der wiederholten Ablehnung der GT als Richtlinienverfahren lasten folgeschwer auf allen beruflichen Ebenen dieses psychotherapeutischen Verfahrens. Die verwehrte sozialrechtliche Anerkennung stellt eindeutig den Entwicklungsfaktor dar, der sich seit 1987 bezogen auf den Standort Deutschland am stärksten auf die Weiterentwicklung dieses therapeutischen Ansatzes und zwar in einer entwicklungshemmenden bis unterbindenden Art und Weise auswirkte und immer noch auswirkt. Der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland steht ja, wie bereits erklärt das sogenannte Berufsrecht schon seit 2002 zu, da ihr vom Wissenschaftlichen Beirat (WBP) die wissenschaftliche Anerkennung zugesprochen wurde, was heißt, dass in dieser psychotherapeutischen Richtung ausgebildet werden darf. Durch das ihr jedoch aberkannte Sozialrecht durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), wird ihr verwehrt, ihre therapeutische Dienstleistungen über die Kassen abzurechnen, weswegen das Berufsrecht ohne das Sozialrecht; finanziell und damit praktisch in der Realität nicht ausgelebt werden kann.

Inwiefern das der GT verwehrte Sozialrecht, die Entwicklung dieser therapeutischen Richtung auf allen Ebenen einschränkt und blockiert, soll in Folgendem etwas genauer, anhand eines Einblicks in die Präsenz der GT an Universitäten und Fachhochschulen, in Wissenschaft und Forschung, in die konkrete Praxis, sowie auf Verbandsebene im Vergleich zu ihren Anfängen dargestellt werden.

5.3.1. Rückgang der Professionalisierung

Die Entwicklung der Professionalisierung der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland als solcher ist wie in Kapitel 5.2.1. ausgeführt wurde, vor allem durch das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz (PsychThG) vorangeschritten und zwar in einer Art und Weise, die dem Berufsstand der Psychologischen Psychotherapeuten erstmals zu einer gesetzlichen Verankerung und dadurch zu einer klaren Abgrenzung als offizielle Dienstleistung im Gesundheitsbereich verholfen hat. Durch die im Psychotherapeutengesetz klar festgeschriebenen Richtlinienverfahren, war es psychotherapeutischen Verfahren außerhalb der Richtlinienverfahren erschwert worden, an der allgemeinen kassenärztlichen Versorgung teilzuhaben, da sich die Kassen nun am Psychotherapeutengesetz orientierten. Innerhalb dieses Entwicklungsprozesses der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland hat die Gesprächspsychotherapie zwar mit ihrer wissenschaftlichen Anerkennung 2002 einen kleinen offiziellen Erfolg auf ihrer Seite verbuchen können, hat aber, wie im vorhergehenden Kapitel erläutert, was die sozialrechtliche Anerkennung betrifft, insgesamt einen harten Rückschlag erlitten, der sich am sichtbarsten an dem Verlauf der Institutionalisierung zeigt.

Was die Professionalisierung auf die Eingangs genannten Kriterien nach Thomas Kurtz (2008) betrifft, so waren die Auswirkungen der gescheiterten Anerkennungsverfahren auf den theoretischen Fach- und Wissensbestand der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland in dem Sinne positiv, als dass im Zuge der Anerkennungsverfahren immer wieder eine genaue Abgrenzung der GT zu anderen psychotherapeutischen Verfahren, sowie Spezifizierungen bezogen auf einige Aspekte von Rogers Theorie, wie einer Ätiologie oder einer Krankheitslehre eingefordert wurden (Frohburg, 2007), wodurch die Deutschen Vertreter Rogers Theorie, diese nochmal klarer aufstellen bzw. präsentieren mussten.

Die theoretische Gemeinnützige Funktion der GT bleibt weiterhin beschaffen wie in 5.1.2. dargelegt, die praktische Gemeinnützige Funktion wurde im Laufe der gescheiterten Anerkennungsverfahren hingegen vehement eingeschränkt, wie sich an der Institutionalisierung der GT im betrachteten Zeitraum zeigen wird.

5.3.2. Institutionalisation

Im Folgenden geht es nun um die mehrfach angekündigten schädigenden Auswirkungen der beschriebenen gescheiterten sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren auf die Institutionalisation der Gesprächspsychotherapie (GT). Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetz 1999 wurde der GT mit der Forderung des Nachweises einer wissenschaftlichen Anerkennung, neben der Forderung nach der sozialrechtlichen Anerkennung eine weitere Hürde gestellt, welche sie jedoch 2002 vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) bescheinigt bekam (Frohburg, 2007).

Insgesamt und zusammenfassend soll hier verdeutlicht werden, dass die Gesprächspsychotherapie durch die ihr seit Jahren fehlende sozialrechtliche Anerkennung sei es an Universitäten, in Form umfassender Forschung, einer Etablierung von Ausbildungsmöglichkeiten oder den Arbeitsbedingungen in der Praxis von Gesprächspsychotherapeuten jegliche Weiterentwicklung einschränken musste und noch immer muss. Entwicklungsmöglichkeiten im weiter gefassten Bereich Gesprächspsychotherapie liegen jedoch noch ganz klar im Weiterbildungsbereich, sowie im allgemeinen Sozialbereich, z.B. in Form von Klientenzentrierter Beratung die im Rahmen sozialer Institutionen angeboten wird oder auch personenzentrierte Spieltherapie, die als heilpädagogische Maßnahme in Anspruch genommen und dadurch über die staatlichen Kassen abgerechnet werden kann.

5.3.2.1. Rückgang von Lehre und Forschung

Bis Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts war die Gesprächspsychotherapie (GT) ein fester Bestandteil der universitären Lehre und Forschung in Deutschland. An über der Hälfte aller klinisch-psychologischen Lehrstühle waren Lehrbeauftragte eingestellt, die Gesprächspsychotherapie vertraten, zu denen sowohl Universitätsangehörige als auch externe Lehrkräfte zählten und die fast alle über praktische klinische Erfahrung auch in GT verfügten. Davon waren 85 % von der Gesellschaft für wissenschaftliche

Gesprächspsychotherapie (GwG) als Klientenzentrierte Psychotherapeuten und 80 % als Ausbilder anerkannt (Frohburg, 2007).

Diese Situation änderte sich allerdings relativ abrupt mit der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes, mit dem Ausscheiden vieler alter Lehrstuhlinhaber aus dem Universitätsbetrieb, die Gesprächspsychotherapie (GT) vertreten haben, aber hauptsächlich durch das schon seit 1987 langwierige und erfolglose sozialrechtliche Anerkennungsverfahren (Frohburg, 2007).

Die Situation der Gesprächspsychotherapie an Fachhochschulen ist, wenn man von der Menge der theoretischen Veranstaltungen zu Inhalten der Gesprächspsychotherapie die angeboten werden, ausgeht, gar nicht so schlecht, resümiert Mark Helle (2011). Leider fehlt aber der praktische Bezug der Studenten zur Methode, weswegen die eigentliche Qualität der Gesprächspsychotherapie, nicht in ihrem ursprünglichen Sinne vermittelt werden kann (Helle, 2011).

An Universitäten

Inge Frohburg zur Situation der Gesprächspsychotherapie an deutschen Universitäten heute:

„ Realität im Hier und Jetzt heißt: „ Gesprächspsychotherapie an den Universitäten in Deutschland ist Vergangenheit.“ Eine der Hauptströmungen der Psychotherapie, ein traditionsreiches und mit großer internationaler Reputation ausgestattetes Psychotherapieverfahren wird gegenwärtig an den Universitäten in Deutschland nicht mehr von den Protagonisten dieses Verfahrens, von seinen Kennern und Könnern vertreten“ (Frohburg & Eckert 2011, S. 90).

Die Autoren eines Reviews von 2004; Schwab et al. zu Forschungsarbeiten aus den 90er Jahren, stellen rückblickend fest, dass „ die Verbreitung des Verfahrens (der GT) und seine Rezeption an den Universitäten verglichen mit den 70er Jahren deutlich zurückgegangen sind“ (Frohburg & Eckert, 2011, S. 85).

Was zum Teil aber auch daran liegen mag, schreibt Frohburg (2011), dass sich die Gesprächspsychotherapie (GT) nicht uneingeschränkt dem empirisch-

naturwissenschaftlichen Paradigma zugeordnet hat. Inzwischen kommt noch hinzu, dass die meisten ehemaligen Lehrstuhlinhaber oder wissenschaftlichen Mitarbeiter, welche die Gesprächspsychotherapie fachlich vertreten haben, wie schon gesagt pensioniert, berentet oder emeritiert sind und die frei gewordenen Stellen fast ausschließlich an verhaltenstherapeutisch orientierte Professoren abgegeben wurden, so dass mittlerweile fast 80% aller klinisch-psychologischen Lehrstühle von Verhaltenstherapeuten besetzt sind (Frohburg & Eckert, 2011).

Aktive Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), die noch an Universitäten tätig sind, sind derzeit nur Prof. Dr. Anna Auckenthaler im Fachbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Freien Universität Berlin und Prof. Dr. Herbert Götze am Sonderpädagogischen Institut Potsdam (Frohburg & Eckert, 2011).

Besonders hervorzuheben ist hier, dass Prof Dr. Michael Behr, der an der Pädagogischen Hochschule in Schwäbisch Gmünd u.a. innerhalb des Fachbereichs Pädagogische Psychologie tätig ist; für Studenten eine von der GwG zertifizierte gesprächspsychotherapeutische Weiterbildung mit dem Titel „Personenzentrierter pädagogischer und therapeutischer Arbeit /Beratung mit Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen/Grundstufe“ anbietet (Behr Michael 2012, GwG Curriculum).

Wenn bis Mitte der 90er Jahre noch an fast $\frac{3}{4}$ aller psychologischen Instituten Gesprächspsychotherapie (GT) in der Lehre angeboten wird, was mehr als bei psychoanalytischen oder tiefenpsychologischen Therapien und fast genauso viel wie bei verhaltenstherapeutischen Verfahren ist, so ist dieses Ausmaß vollständig zurückgegangen. Lehrveranstaltungen zur GT wurden einst in Form von Vorlesungen, Seminaren oder Ausbildungskursen angeboten, wobei das oft nicht explizit in den Lehrveranstaltungstiteln im Vorlesungsverzeichnis ersichtlich war. An fast 60 % aller Institute wurden gesprächspsychotherapeutische Basiskompetenzen in praktischen Seminaren vermittelt. Einige Institute bildeten Gesprächspsychotherapeuten nach den Richtlinien der GwG aus, ein Institut bot eine vollständige Grundausbildung zur GT an und andere boten konkrete Kurse zur „Klientenzentrierten Gesprächsführung“ u.ä. an. Aber schon im Jahr 2000 zeichnet sich folgendes ab:

„Eine neuere Umfrage, die im Auftrag der Gesellschaft für Psychologie von Kröner-Herwig et al. (2000) an allen deutschen universitären Einrichtungen für Klinische Psychologie zu den Ausbildungsinhalten im Diplomstudiengang Psychologie durchgeführt wurde, ordnete dem Bereich Verhaltenstherapie 66 % der Lehre, jedoch nur noch 18 % der Gesprächspsychotherapie und je 7 % der Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse zu“ (Frohburg & Eckert, 2011, S. 84).

Heute hingegen kommen im Vergleich dazu, Lehrinhalte zur Gesprächspsychotherapie vorwiegend theoretisch und fast nur noch in Überblicksveranstaltungen zur Psychotherapie vor (Frohburg, 2007).

Sehr bedauernswert ist diese Entwicklung an den Universitäten, „wenn man bedenkt, dass Gesprächspsychotherapie dasjenige Verfahren war, das historisch gesehen, Psychotherapie als Fachgebiet überhaupt erst für die akademische Psychologie legalisiert hat, Wegbereiter für die empirische Psychotherapieforschung war und mit ihrer empirischen Programmatik Vorbild beispielsweise auch für die verhaltenstherapeutische Forschung war (Berkalot zit. in Baier 1991)“ (Frohburg & Eckert, 2011, S. 88).

Auf Gesprächspsychotherapie bezogene Forschung ging Anfang des 20. Jahrhunderts genauso allmählich zurück, wie Publikationen in dem Bereich. Heute, bedauern Müller & Wienand-Kranz (2011); wurden in letzter Zeit nur noch am „Psychologischen Institut Hamburg unter der Leitung von Prof. Dr. Eckert zwei größere Wirksamkeitsstudien zur Gesprächspsychotherapie (...) zu Patienten mit Anpassungsstörungen (Altenhöfer et al., 2007) und Bulimie (Schützmann et al., 2010)“ (Müller & Wienand-Kranz, 2011, S. 166) durchgeführt.

Ähnlich rückläufig verhält es sich in Folge auch mit Diplomarbeiten, Dissertationen oder Habilitationen zur Gesprächspsychotherapie (GT). Bis ca. 2006 wurde jedoch immer noch an knapp der Hälfte aller psychologischen Institute hierzu geforscht, sowie Diplomarbeiten zum Thema geschrieben, die auch oft in Forschungsprojekte mit eingebunden waren. An jedem Dritten Institut gab es bis dahin auch noch Promotionen oder Habilitationen zur Gesprächspsychotherapie. Thematisch fanden Forschungsprojekte in dieser Zeit vor allem zu folgenden Themenaspekten der GT statt; Beiträge zur Entwicklung einer „verfahrensspezifische Störungslehre“, Untersuchungen zur „Differentiellen Indikation bzw. Effektivität von Gesprächspsychotherapie“, oder Untersuchungen zur „differentiellen

Gestaltung gesprächspsychotherapeutischer Prozesse“ und zur „Ausbildungsforschung“ u.a. (Frohburg, 2007).

Dadurch, dass es aber insgesamt kaum Nachwuchs in Forschung und Praxis gibt, „ ist (auch) das Interesse an und das Angebot von gesprächspsychotherapeutischen Themen und Fachtagungen und allgemeinen Fortbildungsveranstaltungen“ (Müller & Wienand-Kranz, 2011, S. 165) geringer geworden.

Insgesamt war die über Jahrzehnte nicht gewährleistete sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GT) der Hauptgrund, weshalb die GT an den Universitäten derart zurückging. Mit der Zeit wurden die finanziellen Mittel, wie zum Beispiel Drittmittelgeber immer weniger; denn warum in eine therapeutische Methode investieren, bei der man zum einen nicht sicher sein kann, ob sie qualitativ so hochwertig wie die anderen Richtlinienverfahren ist und man zum anderen nicht voraussagen kann, ob sie den je anerkannt werden wird (Frohburg, 2011).

Zusätzlich konnten Forschungsergebnisse mit Sicherheit zu wenig aus einer breiten vorhandenen Praxis gewonnen werden, bzw. auch nicht in eine florierende Praxis rückgeführt werden. Wozu also diverse Einführungs-, Selbsterfahrungs- und Praxisseminare zur GT anbieten, wenn die Studenten im Anschluss nicht die Möglichkeit haben, sich hierin ausbilden zu lassen, da dies abgesehen von der finanziell nicht tragbaren beruflichen Situation, wie schon gesagt, bereits während der Ausbildung nicht leistbar ist.

An Fachhochschulen

Laut dem Autor Mark Helle (2011) gibt es in Deutschland insgesamt 203 Fachhochschulen, wovon 67 auch über einen Fachbereich verfügen, der innerhalb der Sozialwissenschaften, Humanwissenschaften oder Gesundheitswissenschaften anzusiedeln ist. Bei einer Befragung per email an alle in Frage kommenden Fachhochschulen, die 16 davon beantworteten, kam heraus; dass

- an drei dieser Hochschulen innerhalb des Studiums „Soziale Arbeit“ und „Rehabilitationspsychologie“ Module angeboten werden, die klientenzentriert ausgerichtet sind,
- an 12 von 16 Hochschulen einzelne Lehrveranstaltungen mit klientenzentrierten Inhalten angeboten werden,
- an zwei Hochschulen Module mit ausschließlich klientenzentrierten Inhalten innerhalb des Masters gehalten werden
- an sechs von 16 Hochschulen 12 Dozenten und Dozentinnen mit gesprächspsychotherapeutischer Ausbildung und an 4 Hochschulen 9 Dozenten und Dozentinnen mit einer Ausbildung zum klientenzentrierten Berater beschäftigt sind.
- eine der 16 Hochschulen in Zukunft eine Professur in Beratungspsychologie anbieten möchte (Helle, 2011).

Wie schon einführend kurz erwähnt, bedauert Mark Helle (2011) neben einem präsenten Angebot an theoretischen Inhalten zur Gesprächspsychotherapie (GT), das Fehlen der praktischen Vermittlung des klientenzentrierten Ansatzes. Hierzu führt er ein Beispiel aus Weiterbildungen von Verhaltenstherapeuten an, bei denen er regelmäßig die Erfahrung gemacht hat, dass die Leute anfangs noch glauben, bereits zu wissen, wie sich das therapeutische Gespräch gestaltet und meinen sich auszukennen; dann aber nach der therapeutischen Übungserfahrung ihre anfängliche Äußerung zurücknehmen und darüber erstaunt, sind, wie viel komplexer sich der Ansatz doch in der Praxis gestaltet (Helle, 2011).

Wie auch schon kurz zu den Universitäten angeführt, betont Helle (2011) die Überzahl der verhaltenstherapeutischen Dozenten auch im Bereich der Fachhochschulen, welche in Zukunft wohl eher noch mehr werden und somit die Perspektive für die Gesprächspsychotherapie auch an Fachhochschulen eher düster aussieht (Helle, 2011).

Aktuell tätige Dozenten, die auch Mitglied des wissenschaftlichen Beirates der GwG sind, wären zum Beispiel u.a. der eben zitierte Prof. Dr. Mark Helle im Fachbereich Klinische Psychologie an der Hochschule Magdeburg- Stendal (FH), Prof. Dr. Silke Brigitta Gahleitner an der Alice- Salomon Fachhochschule Berlin im Bereich Klinische Psychologie und Sozialarbeit oder Prof. Dr. Klaus Fröhlich-Gildhoff, der neben anderen

Tätigkeiten auch innerhalb der Klinischen Psychologie und Entwicklungspsychologie der evangelischen Fachhochschule Freiburg lehrt.

5.3.2.2. Ausbildungsgänge eingestellt

Ganz allgemein konnten größere eigenständige Ausbildungsinstitute, ausschließlich für Gesprächspsychotherapie (GT) nicht gegründet werden, bzw. mussten Ausbildungsangebote an Psychologischen Instituten weitgehend wieder eingestellt werden, da bis heute das sozialrechtliche „ok“ ausblieb. Die letzten beiden Institute, an denen innerhalb des Psychologischen Psychotherapeuten mit Schwerpunkt GT ausgebildet wird, sind derzeit das Institut für Psychotherapie (IfP) in Hamburg und die Hessische Akademie für Personenzentrierte Psychotherapie, Beratung und Supervision, wobei hier aufgrund der sozialrechtlichen Situation derzeit keinen neuen PIAs aufgenommen werden. Am Institut für Psychologische Therapie (IPT) in Leipzig kann man Gesprächspsychotherapie als einen Schwerpunkt innerhalb der postgradualen Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten nehmen, approbiert wird allerdings in Verhaltenstherapie. Der Abschluss der Ausbildung an den beiden ersten genannten Instituten ist für die sich noch in Ausbildung befindenden PiAs wegen der fehlenden sozialrechtlichen Anerkennung schon seit Jahren praktisch kaum möglich, weshalb im Moment eben keine neuen Ausbildungsgänge mehr angeboten werden (Wiesmüller B. & Reinhaus D. 2012, Blicken Sie noch durch? Ausbildung und Weiterbildung in Personenzentrierter Psychotherapie).

Um einen konkreteren Einblick zu geben, wird in Folgendem die Situation am IfP in Hamburg ein bisschen näher ausgeführt. Das universitäre Institut für Psychotherapie Hamburg (IfP) hatte nach der Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GT) durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) ab 2005/06 erstmalig die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Gesprächspsychotherapie angeboten, konnte diese aber aufgrund der erneuten Ablehnung der sozialrechtlichen Anerkennung der GT durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 2008 ab dem folgenden Wintersemester nicht aufrechterhalten. Viele Auszubildende entschieden sich hier deshalb noch während der Ausbildung dafür, den Schwerpunkt auf eines der

Richtlinienverfahren zu verlegen und darin zu approbieren, wobei sich trotzdem 14 der insgesamt 45 Auszubildenden dafür entschieden, in Gesprächspsychotherapie (GT) abzuschließen. Das große Problem hier ist jedoch, dass bis heute noch niemand der verbliebenen Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs) abgeschlossen hat, da sie aufgrund der Tatsache, dass Klienten die Psychotherapie selbst zahlen müssen, ihre Lehrstunden nicht zusammenbekommen, da Interessenten sich natürlich zuerst immer an die kostengünstigeren Richtlinienverfahren wenden. Damit sind die PiAs am IfP in Deutschland im Moment der einzige Nachwuchs, der sich noch in einer laufenden GT Ausbildung befindet. Ansonsten können Auszubildende im Bereich Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie nur noch als Methode innerhalb der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten belegen, darin aber nicht abschließen (Müller & Wienand-Kranz, 2011).

Daneben sieht die momentane Ausbildungslandschaft so aus, dass einerseits die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) selbst diverse mehrjährige, berufsbegleitende Fort- und Weiterbildungen im Bereich Gesprächspsychotherapie anbietet, indem sie als Fachgesellschaft für Fort- und Weiterbildung die GwG Akademie betreibt, welche u.a. die bundesweiten berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildungen durchführt und selbst auch Qualitätsmanagement betreibt, in dem sie diese evaluiert. Erwähnenswert ist hier auch, dass sie in Kooperation mit der Evangelischen Fachhochschule Bochum den weiterbildenden Master- Studiengang „Personzentrierte Beratung: Master of Counselling“ durchführte (GwG, der Personzentrierte Ansatz, S. 6-7).

Andererseits leiten auch kleinere Institute, wie das Institut für Gesprächspsychotherapie (IGT) in München oder Einzelanbieter, wie Michael Curd Hockel; diverse Fort- und Weiterbildungen für Psychologische Psychotherapeuten, sowie im Bereich Kinder- und Jugendpsychotherapie nach GwG Richtlinien und in Anlehnung an das Psychotherapeutengesetz (GwG 2012, Weiterbildung).

Birgit Wiesmüller und David Reinhaus (2012) erwähnen in ihrem GwG- Artikel auch noch, dass in Kinder- und Jugendpsychotherapie im Bereich Gesprächspsychotherapie (GT), wie schon erwähnt noch nicht ausgebildet werden darf, da die GT berufsrechtlich bisher nur für Erwachsene anerkannt ist. Im Zuge der kammerrechtlichen Weiterbildung ist

es für approbierte Psychologische Psychotherapeuten jedoch mittlerweile möglich, GT als Zweitverfahren im Weiterbildungsmodus dazu zu nehmen. Dies wird bisher von der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und Hessen angeboten (Wiesmüller B. & Reinhaus D., 2012, Blicken Sie noch durch? Ausbildung und Weiterbildung in Personenzentrierter Psychotherapie).

Darüberhinaus gibt es auch noch einige kleinere private Akademien oder Heilpraktikerschulen, die berufsbegleitende Fortbildungen mit Schwerpunkt; personenzentrierte Gesprächsführung anbieten, wie z.B. die Heilpraktikerschule Catrin Wehlend oder die Psiam Akademie, da man mit der Heilpraktiker Prüfung, (dem kleinen Heilpraktiker) eine eingeschränkte Heilerlaubnis hat und sich in eigener Praxis niederlassen darf. Die Bezeichnung wäre hier „Heilpraktiker/ in (Psychotherapie), wobei das auch in dem Fall keine Approbation oder Kassenzulassung miteinschließt.

Einige Fachvertreter der Gesprächspsychotherapie in Deutschland betätigen sich mittlerweile auch vermehrt an Aus- und Weiterbildungsangeboten zum Thema im Ausland, wie z.B. der gesprächspsychotherapeutische Kinder- und Jugendpsychotherapeut Prof. Michael Behr, der mittlerweile schon seit einigen Jahren ein Seminar zur Kinderspieltherapie innerhalb dem Studium der Bildungswissenschaft und dort im Zuge des Schwerpunktes „Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie“ an der Universität Wien hält.

5.3.2.3. Verbandsarbeit reduziert

Zu den Fachverbänden im Bereich Gesprächspsychotherapie kam im Laufe der Jahre noch ein weiterer dazu, so dass sich heute neben der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) und der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (ÄGG), seit 1998 auch die Deutsche psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) ganz gezielt für die Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland einsetzt. Darüberhinaus schlossen sich seit 2001, 10 verschiedene Verbände innerhalb der Humanistischen Psychotherapie, darunter auch die GwG und die

DPGG zu der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) zusammen, um die „Humanistische Orientierung der Psychotherapie zu stärken und zu verbreiten“ (AGHPT 2012, Kongress Humanistische Psychotherapie- Einheit und Vielfalt).

Die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) ist neben ihren Aus- und Fortbildungstätigkeiten auch die wissenschaftliche Fachgesellschaft, die damals wie heute neben Fachhochschulen auch mit Universitäten kooperiert, immer noch wissenschaftliche Kongresse und Fachtagungen organisiert und u.a. wissenschaftliche Publikationen zum Klientenzentrierten Ansatz über den *GwG- Verlag* herausgibt. Dieser publiziert die vierteljährlich erscheinende Zeitschrift „ Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung“, ist seit 2006 auch Mitherausgeber der Fachzeitschrift „ Person“ und gibt diverse Bücher sowie Informationsmaterial über die Tätigkeiten und Geschichte des Vereins, sowie über die Entwicklung des Klientenzentrierten Ansatzes heraus. Der Verband betreibt eine Homepage, die über all ihre laufenden Weiter- und Fortbildungsmöglichkeiten, sowie den Verlauf des sozialrechtlichen Anerkennungsverfahrens informiert und dabei den Mitgliedern verschiedene Foren zum Austausch zur Verfügung stellt. Weiterhin nimmt der Verband auch in Pressemitteilungen zu gesellschaftspolitischen Themen und Entwicklungen Stellung und unterstützt Mitglieder in ihrer Außendarstellung, in dem er z.B. Medienseminare durchführt. Mittlerweile qualifiziert die GwG ihre Mitarbeiter auch in der Palliativ- und Hospizarbeit, hat eine Personzentrierte Elternschule entwickelt und unterhält eine Arbeitsgruppe „ Personzentrierte Schule“ (GwG, der Personzentrierte Ansatz, S. 6-7).

Heute bietet die GwG aufgrund der gescheiterten sozialrechtlichen Anerkennung allerdings keine vollständige Ausbildung in Gesprächspsychotherapie mehr an, dafür aber noch neun unterschiedliche berufsbegleitende Fort- und Weiterbildungskonzepte für alle beraterischen und psychotherapeutischen Arbeitsfelder; z.B. Personzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (Dauer: 5 Jahre), Klientenzentrierte Psychotherapie-Gesprächspsychotherapie (Dauer: 5 Jahre) oder Personzentrierte Beratung –Grundlagen und Aufbau (Dauer: je 2 Jahre) . „Alle Weiterbildungen der GwG werden von Dozenten/innen durchgeführt, die von der GwG in speziellen Fortbildungsprogrammen eigens dazu qualifiziert wurden. (...) Die Abschlüsse nach den Richtlinien der GwG sind in zahlreichen nationalen und internationalen Einrichtungen in

Verwaltungen und in der Wirtschaft anerkannt. Die Bildungsgänge werden bundesweit- an unterschiedlichen Orten- durchgeführt.“ (GwG, der personzentrierte Ansatz S.32)

National ist sie mit der DPGG, ÄGG und den deutschen Psychotherapeutenkammern auf Landes- und Bundesebene, Gesundheitsministerien und Leistungsträgern der Sozialversicherungen in Kontakt; auf internationaler Ebene ist sie auch mit diversen anderen klientenzentrierten Verbänden, u.a. z.B. mit der Österreichischen Gesellschaft für wissenschaftliche, klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung (ÖGWG), der European Association for Psychotherapy (EAP) oder der World Association für Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counseling (WAPCEPC) vernetzt (GwG, der Personzentrierte Ansatz).

Neben der GwG gründeten engagierte HochschullehrerInnen und Gesprächspsychotherapeuten 1998 die Deutsche psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG). Dies geschah einerseits aus Sorge um den Fortbestand der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland sowie dem Gedanken, der GT eine breitere Vertretungsbasis in Form eines weiteren Verbandes zu verschaffen und ihr damit auch vor allem in Sachen sozialrechtliche Anerkennung, Unterstützung an die Seite stellen zu können.

Andererseits auch aus Interessenskonflikten einiger Gründer mit der GwG, da diese sich in der Zeit wohl u.a. stärker auf den Bereich der Beratung als auf Psychotherapie konzentrierte, wodurch sich einige Psychologen von der GwG damals nicht genügend vertreten fühlten. Nach dem letzten und wieder gescheiterten Anerkennungsverfahren 2008, löste sich die DPGG 2009 auf, da sie vorübergehend keine Einflussmöglichkeiten mehr im Hinblick auf eine sozialrechtliche Anerkennung der GT sah und nahm ihre Verbandsarbeit jedoch mit einem neu besetzten Vorstand im November 2010 wieder auf, als sich eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes in Verbindung mit dem AOLG – Beschluss anbahnte, in dem die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesbehörden im Zuge der Novellierung eine Zusammenführung von Berufsrecht und Sozialrecht fordert, was die sozialrechtliche Anerkennung der GT bedeuten würde, die das Berufsrecht ja bereits haben (DPGG 2011, Neue Chancen für die Gesprächspsychotherapie-Forderung der Länder zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes).

5.3.2.4. Psychotherapeutische Praxis

Wie sieht jetzt die Situation der praktizierenden Gesprächspsychotherapeuten seit den Anerkennungsverfahren aus?

Viele Gesprächspsychotherapeuten haben sich aus ihrer Existenznot heraus für eine Nachqualifikation in einem Richtlinienverfahren entschieden, innerhalb welcher sie eine bestimmte Stundenanzahl im theoretischen und praktischen Teil der Ausbildung zu einem Richtlinienverfahren nachweisen oder auch nachholen, und so die Approbation in einem Richtlinienverfahren noch im Nachhinein erlangen konnten. Dies heißt aber konkret, dass wohl die meisten ehemaligen Gesprächspsychotherapeuten heute unter dem Deckmantel eines Richtlinienverfahrens Gesprächspsychotherapie machen, wodurch die Anzahl derer, die tatsächlich noch Gesprächspsychotherapie anbietet, schwer auszumachen ist (Hentze, 2011).

Die Gesprächspsychotherapie wird heute nicht nur oft unter dem „falschen Etikett“ (Hentze 2011, S. 18) angeboten; sie wird auch teilweise in ihren Grundlagen, bzw. einzelnen Grundsätzen von anderen therapeutischen Verfahren einfach übernommen und als deren geistiges Eigentum ausgegeben.

„Interventionsformen der Gesprächspsychotherapie, aus dem Zusammenhang gelöst und zu Techniken denaturiert, werden von anderen Verfahren, insbesondere von der Verhaltenstherapie inkorporiert, ohne jedoch das Wesentliche der Gesprächspsychotherapie zu erfassen, d.h., zentrale Elemente der Gesprächspsychotherapie werden am Leben erhalten, während sie als Ganzes erstickt wird. In deutlichen Worten: Die Gesprächspsychotherapie wird ausgeraubt, während ihr von den Räubern die Existenzberechtigung bestritten wird“ (Hentze, 2011, S. 18).

Ein Beispiel, das Hentze (2011) hierzu nennt, ist die Definition der Verhaltenstherapie, wie sie die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), im Zuge der Prüfung der Verhaltenstherapie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vertreten hat:

„Voraussetzung dafür, dass der Patient von den skizzierten Verfahren profitieren kann, ist der Aufbau einer vertrauensvollen Patienten- Therapeut-Beziehung“ (Hentze 2011, S. 19). Der Autor weist darauf hin, dass sich die Verhaltenstherapie im Zuge ihrer Ablösung von dem Reiz-Reaktionsmodell und damit von ihrer ursprünglichen Herangehensweise an den

Menschen, in viele Subrichtungen ausdifferenziert hat, wobei sie sich dabei vorwiegend an Inhalten anderer Therapeutischer Verfahren und Methoden bedient hat (Hentze, 2011).

Eine bei Kriz (2011) zitierte Studie und repräsentative Befragung (Schindler u.v. Schlippe, 2006) von 384 (von insgesamt 11.000) kassenzugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, darüber, worin sie ausgebildet sind und welche Verfahren sie in der Praxis wirklich anwenden, zeigt, dass auch noch lange nach dem Eintreten des Psychotherapeutengesetzes von approbierten Praktikern eine Vielfalt von Verfahrenskonzepten außerhalb der Richtlinienverfahren angewendet wird. Das macht sich u.a. daran fest, dass sich laut Befragung sogar ein überwiegender Anteil an approbierten Therapeuten mit Verfahren identifiziert, die nicht zu den Richtlinien zugelassen sind (Hentze, 2011).

Und dies, obwohl sie laut Psychotherapie Richtlinie des G-BA § 17 nur therapeutische Methoden anwenden dürfen, die sowohl vom G-BA als auch vom Wissenschaftlichen Beirat (WBP) anerkannt werden (G-BA (2011): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Durchführung von Psychotherapie).

Darüber hinaus ergibt sich in besagter Studie ebenfalls folgendes Ergebnis:

„Nur 21 % der Befragten kreuzen an, „Ich tue, wofür ich eine Zulassung habe“, 54 % geben an, integrativ zu arbeiten, 24 % eklektisch. Bei denen, die eine verhaltenstherapeutische Ausbildung haben, tun sogar nur 16 % das, wofür sie eine Zulassung haben, 58 % arbeiten integrativ, 26 % eklektisch“ (Kriz, 2011, S.47).

Neben den Gesprächspsychotherapeuten, die ihre Ausbildung in früheren Zeiten bei der GwG absolvierten, kamen noch keine weiteren „neuen Gesprächspsychotherapeuten“ nach, da es in den letzten Jahren, die einzige Möglichkeit in Gesprächspsychotherapie (GT) zu approbieren im Zeitraum 2005/06-2008 am IfP in Hamburg gab, die aufgrund der sozialrechtlichen Situation der GT enorme Schwierigkeiten haben, ihre Ausbildung zu Ende zu bringen (Frohbürg & Eckert, 2011).

Die konkrete Praxis der Gesprächspsychotherapeuten im Psychotherapeutischen Bereich ist im Moment also definitiv vom Aussterben bedroht und die Gesprächspsychotherapie als

therapeutisches Verfahren in Deutschland hoffentlich nur vorübergehend administrativ entsorgt (Kriz, 2011).

Neben der Gesprächspsychotherapie als Psychotherapeutisches Verfahren, werden klientenzentrierte Inhalte und Vorgehensweisen auch in Form von Weiter- und Fortbildungen weitergegeben, wodurch sie in einem breiten Spektrum des psychosozialen und medizinischen Bereichs, z.B. als klientenzentrierte Beratung oder Spieltherapie vorkommt. Neben dem Psychotherapeutischen Bereich wird sie in vielen Lebensbereichen angewendet; unter anderem in fast allen „quasitherapeutischen Situationen wie Beratung, Krisenintervention oder Selbsterfahrung, des weiteren Sozialtherapie, Supervision, Medizin, Sozialarbeit, Sterbebegleitung, Seelsorge, Verwaltung, Strafvollzug, Publizistik, Sport, Psychologie, Politikwissenschaft, Migrationsforschung, Organisationspsychologie, Personalentwicklung, Wirtschaft, Philosophie, Theologie, Wissenschaftstheorie, Forschung, Ökologie, Ethik, Kunst, Ästhetik usw.“ (Keil et al., 2001, S.27).

5.4. Methodische Weiterentwicklung

Swildens (1992) weist hierzu z.B. durch eine Parabel darauf hin, dass Rogers in seiner Arbeit selbst drei Hauptrichtungen innerhalb der klientenzentrierten Therapie eingeschlagen hat. Hierbei vergleicht er Rogers mit dem Vater dreier Töchter, die er aus drei verschiedenen Ehen erhielt. Die erste Ehe schloss Rogers mit dem Mädchen Counseling, also der amerikanischen psychologischen Beratungsbewegung. Die zweite, kurze und unglückliche Ehe, schloss er mit Frau Psychiatrie. Das ins Waisenhaus gegebenen Kind wurde später von amerikanischen und europäischen Enkeln aus der ersten Ehe aufgenommen und „experiential Psychotherapy“ oder prozessorientierte Gesprächspsychotherapie genannt. Aus der Ehe des schon älteren Rogers mit der Dame „Humanismus“ entstand ein „verwöhntes und blasiertes Mädchen“ mit dem Namen Personenzentrierter Ansatz (Swildens in Stipsits & Hutterer, 1992).

Der Entwicklung der klientenzentrierten Psychotherapie in verschiedene Praxisformen liegt auch eine Weiterentwicklung der Basistheorie an sich zu Grunde. „ In Übereinstimmung mit einigen bereits erwähnten Charakteristika des Ansatzes und seiner Geschichte lassen sich folgende Abschnitte in der Ausformung der Personzentrierten Psychotherapie zusammenfassen:“ (Keil & Stumm, 2002, S.4)

- Die „*nicht-direktive Phase*“ (ca. 1940-1950): in dieser ersten Phase ist sie eher negativ definiert, d.h. es wird genau herausgestellt, was sie nicht ist, bzw. nicht sein will und zu Behaviorismus und klassischer Psychoanalyse abgegrenzt. Techniken sind hier u.a.: „*clarification of feelings*“ (Klarstellung), Rapport (Akzeptierung), Katharsis und Einsicht in Bezug auf das Selbst auf der Basis von Gefühlen sowie Interpretationen, die der Klient sich zu eigen macht“ (ebd., S.6).
- Die „*Klientenzentrierte Phase*“ (ca. 1950- 1960): in der zweiten Phase liegt der Fokus auf der Selbstexploration, hauptsächlich dem Selbstkonzept und den Bedeutungen, die der Klient seinen Gefühlen beimisst. Der Psychotherapeut nimmt die Stellung des Begleiters und Beraters ein. Psychologische Diagnostik und das Übertragungskonzept werden abgelehnt und es wächst langsam eine in sich konsistente Therapietheorie heran.
- Die „*erlebnisorientierte Phase*“ (ca. ab 1960): Im Mittelpunkt steht hier einen vergrößerter methodische Flexibilität und ein „erweitertes Repertoire an Interventionen zur Realisierung der Grundhaltungen (...) (z.B. Nachfragen, Spiegeln, Ausdruck eigener Gefühle, nichtverbale Kommunikation)“ (Keil & Stumm, 2002, S.7). „Sich selbst einbringen, ohne sich aufzuerlegen“, heißt das Motto für den Psychotherapeuten (siehe Van Balen, 1992)“ (Keil & Stumm, 2002, S.7). Der Personzentrierte Ansatz hat den Anspruch, eine Kommunikationstheorie für den ganzen sozialen Bereich anzubieten, wobei Psychotherapie nur als ein kleiner Aspekt betrachtet wird.
- Die „*Phase der Diversifikation*“ (ca. ab 1980): Nach der Phase der inneren Weiterentwicklung des klassischen Konzepts, fängt nun die konkrete Entstehung sich voneinander abgrenzender Richtungen innerhalb des Personzentrierten Ansatzes an. Eine solche Auffächerung findet und fand jedoch in allen Psychotherapeutischen Richtungen statt. In welche Hauptrichtungen sich der

Personenzentrierte Ansatz weiterentwickelte, wird im Folgenden noch genauer ausgeführt (Keil & Stumm, 2002).

Wie und wodurch entwickeln sich jetzt verschiedene Richtungen innerhalb, oder auf der Basis einer psychotherapeutischen Theorie?

Frohburg erklärt dieses Phänomen einmal mit der Differenzierung innerhalb der eigenen Richtung, in dem z.B. ein bestimmter Schwerpunkt herausgearbeitet wird, aber auch durch die Kombination mit Aspekten anderer Methoden.

Bei diesen beiden Entwicklungswegen, aber auch dem generellen Trend zur Weiterentwicklung der einzelnen Methoden in der Psychotherapie geht es darum, diese besser an unterschiedliche Patientengruppen und Behandlungsbedingungen anzupassen. Dadurch soll wiederum der therapeutische Einflussbereich, sowie die therapeutische Effizienz erweitert und der einzelne individueller betreut werden. Dies erreicht man durch sogenannte *Adaptive Interventionsstrategien*, womit ganz allgemein ein therapeutisches Vorgehen gemeint ist, dass sich an bestimmte Behandlungsbedingungen anpasst, bei welchem die Kriterien unterschiedlich und aufgrund von Konditionalregeln festgelegt werden können. Dabei bedient sich der Therapeut impliziter oder expliziter Entscheidungsheuristiken; z.B.: „wenn Bedingung X gegeben ist oder eintritt, ist das Therapeutenverhalten in Richtung Y zu verändern“ (Frohburg in Sachse et al., 1992, S. 68).

Diese *Adaptiven Interventionsstrategien* „lassen sich auf unterschiedliche Art und Weise entwickeln und realisieren: einmal *konzeptübergreifend* durch Integration und Kombination unterschiedlicher Therapiemethoden oder Methodenelemente und zum anderen *konzeptintern* durch bedingungsabhängige Differenzierung einzelner Methoden“ (Frohburg in Sachse et al., 1992, S. 69).

Bei den *konzeptübergreifenden Adaptionsansätzen* unterscheidet die Autorin in *Methoden-Integration* und *Methodenkombination*. Bei der *Methodenintegration* geht es zusammengefasst um die Unterordnung therapeutischer Interventionen unter ein übergeordnetes theoretisches Veränderungsmodell. Bei der *Methodenkombination* geht es um einen Ansatz, bei dem auf ein methodenübergreifendes Modell verzichtet wird und ein Behandlungsprogramm auf der Basis der vorhandenen Theorien zusammengestellt wird.

Bei den *Konzeptinternen Adaptionsansätzen* unterscheidet Inge Frohburg in die *Differenzielle Psychotherapie*, womit gemeint ist, dass sich ein Therapiekonzept an „unterschiedliche Ausgangs-, Situations- und Prozessbedingungen“ (Frohburg in Sachse et al. 1992, S.74) anzupassen versucht und in die *Methoden- Erweiterung*, bei der nur einzelne Elemente einer oder mehrerer Methoden übernommen werden.

Als Beispiel nennt Frohburg die gesprächspsychotherapeutischen Basisvariablen, die schon oft differenziert und je nach Bedarf in ihrer Bedeutung hervorgehoben und verstärkt oder hinter eine andere zurückgesetzt wurden. Ein Beispiel hierzu wäre das Focusing von Gendlin (Frohburg in Sachse et al., 1992).

Generell differenzieren Autoren in Bezug auf Weiterentwicklungen innerhalb der Gesprächspsychotherapie anhand unterschiedlicher Ausgangskriterien. Die Einteilung und Bezeichnung der drei im Folgenden kurz vorgestellten Weiterentwicklungen innerhalb der Gesprächspsychotherapie bei Frohburg (2007) als: *Erlebniszentrierte Methoden*, *Differentielle Methoden* und *Erfahrungsaktivierende Methoden* wurde von einer Arbeitsgruppe aus Vertretern der GwG, DPGG und ÄGG 2004 erarbeitet (Frohburg 2007).

Inge Frohburg (2007) erklärt hierzu, dass in verschiedenen Bereichen der Krankenbehandlung im ambulanten und stationären Sektor, in der Einzel-, Gruppen- und Paartherapie sowie bei Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen spezifische Ausprägungsformen der Behandlungsmethodik, die bestimmte Aspekte der Gesprächspsychotherapie hervorheben zu Anwendung kommen, welche in der Praxis manchmal schwer von einander abzugrenzen sind und in der klinischen Praxis oft miteinander verbunden eingesetzt werden (Frohburg, 2007, S. 99).

Der Personzentrierte Weltverband (WAPCCP 1977) nennt folgende Prinzipien, die als minimal Konsens allen Weiterentwicklungen gemein sein müssen um:

- „Eine Verpflichtung darauf, der Beziehung zwischen Therapeut und Klient in der Psychotherapie grundlegende Bedeutung beizumessen
- Ein wesentliches Vertrauen in den aktualisierenden Prozess des Klienten und die zentrale Bedeutung seiner phänomenologischen Welt für das therapeutische Unterfangen

- Die Verkörperung jener Bedingungen und Haltungen, die für den therapeutischen Prozess förderlich sind, wie sie zuerst von Carl Rogers formuliert wurden
- Die Verpflichtung dazu, sowohl den Klienten wie den Therapeuten als Personen zu verstehen, die ebenso als Individuen wie in ihren Beziehungen zu anderen und ihren verschiedenen Umwelten und Kulturen gesehen werden müssen
- Eine Offenheit für die Ausarbeitung und Weiterentwicklung personzentrierter und experienzieller Theorie im Lichte gegenwärtiger und zukünftiger Praxis und Forschung“ (Keil et al., 2001, S.25).

5.4.1. Erlebniszentrierte Methoden

Mit erlebniszentrierten Methoden ist einmal das *Focusing* von Eugen Gendlin und die *Prozess- Erlebniszentrierte Psychotherapie* gemeint. Der Begriff Erlebniszentriert geht dabei auf Gendlin, einen ehemaligen Mitarbeiter von Rogers zurück, der mit „Experiencing“ einen grundlegenden Wirkfaktor im therapeutischen Prozess beschreibt. Das *Focusing* wird in der Literatur auch noch mit „Focusing-orientierted Therapy“, „Experiential Psychotherapy“ bzw. „Prozessexperienzielle Psychotherapie“ und „Emotionsfokussierte Psychotherapie“ betitelt (van Balen 2002, Wlitschko 2003 zitiert in Frohburg, 2007, S.100).

Zuerst zum *Focusing*; die Methode wurde in den 60 er Jahren in den USA entwickelt und verbreitete sich schnell international. Dadurch, dass Gendlins Schriften relativ bald ins Deutsche übersetzt wurden, wurde der Ansatz auch in Deutschland in Kliniken angewendet und fand empirisches Forschungsinteresse. Im Mittelpunkt dieser Therapie steht das gegenwärtige, unmittelbare Erleben des Patienten, welches erforscht werden soll. Dabei lässt der Klient sich auf seine Gefühle ein, die oftmals zu Beginn eher vage und diffus sind, und erst durch eine besondere, systematisch zugeteilte Aufmerksamkeit beginnen, sich zu entfalten und besser wahrgenommen werden können. Wenn ein sogenannter „Felt Sense“, also eine gefühlte Bedeutung wahrgenommen wurde, lässt sich daraus eine explizite Bedeutung erschließen, die wenn sie sprachlich zum Ausdruck gebracht wurde, gesprächstherapeutisch bearbeitet werden kann (Frohburg, 2007).

Bei der *Prozess-Erlebniszentrierten Psychotherapie* handelt es sich um eine Entwicklung, basierend auf der klientenzentrierten Therapie und verschiedenen Formen der humanistischen Psychotherapie, die ursprünglich aus Kanada und den USA kommt. Hier wird ausgehend von dem gesprächstherapeutischen Beziehungsangebot aufgabenorientiert, wobei vor allem die emotionale Erfahrung des Patienten im Vordergrund steht (Frohburg, 2007, S.101).

5.4.2. Differentielle Methoden

Zu den differentiellen Methoden zählen gleich vier inhaltlich unterscheidbare Richtungen; die Zielorientierte Gesprächspsychotherapie, die Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie, die Störungsbezogenen Gesprächspsychotherapie und die Differentiellen inkongruenzbezogenen Methoden. In Deutschland wurden diese Methoden hauptsächlich in den letzten 15 Jahren entwickelt und empirisch auf ihre Wirksamkeit beforscht. Grundsätzlich gehen alle auf einen Schüler Rogers, C. Truax 1966 zurück, der entdeckte, dass Rogers in verschiedenen Therapiephasen unterschiedlich mit dem Verhalten der Klienten umging (Frohburg, 2007).

Inge Frohburg (2007) erklärt genauer; „Differentielle Methoden der Gesprächspsychotherapie sind durch das Konzeptualisieren von Therapietechniken gekennzeichnet, die über die klassische Standardmethode hinausgehend eine differenzierte Ausformulierung des therapeutischen Handelns bis hin zur Entwicklung von Therapiemanualen vornehmen. Dieses Vorgehen unterstellt prinzipiell eine Zweck-Mittel-Relation und lässt sich von der Frage leiten, durch welche therapeutischen Handlungsmuster bzw. Techniken welche Ziele zu erreichen sind.“ (Frohburg, 2007, S. 101).

Dabei werden übergeordnete Therapieziele auf der Basis der Gesprächspsychotherapie festgelegt und daraus je nach dem um welches Verfahren es sich handelt, konkrete untergeordnete Ziele abgeleitet. Diese untergeordneten Ziele werden sehr auf den

individuellen Prozess, die Situation sowie aufgrund von persönlichkeits- und störungsspezifischen Merkmalen festgelegt. Damit erhält der Klient ein auf den individuellen Patienten abgestimmtes Beziehungsangebot, aufgrund dessen sich das augenblickliche Bezugssystem erweitern und dem Patienten mehr Erfahrungsoffenheit zuteilwerden soll (Frohburg, 2007).

Zu den Differenziellen Methoden gehören ebenfalls:

- die *Zielorientierte/Klärungsorientierte Gesprächspsychotherapie* nach Rainer Sachse
- die *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie* nach Hans Swildens
- die *Störungsbezogene Gesprächspsychotherapie* von Jobst Finke und Ludwig Teusch und
- die *Differentielle inkongruenzbezogene Methode* nach Gert- Walter Speierer (Frohburg, 2007).

5.4.3. Erfahrungsaktivierende Methoden

Als letzten Punkt der Weiterentwicklung innerhalb der Gesprächspsychotherapie geht es um erfahrungsaktivierende Methoden, bei welchen kreative und imaginäre Interventionstechniken mit Gesprächspsychotherapie kombiniert werden. Esser, Sander und Terjung (1996) stellen diverse Ansätze in Deutschland zusammenfassend vor. Es geht hier darum, die für die Gesprächspsychotherapie wesentliche bewusste Symbolisierung von Erfahrungen, durch nicht- sprachliche Mittel zu erreichen. Der Klient soll durch verschiedene Ausdrucks-, Erlebens- und Imaginations- Modalitäten besseren Zugang zu sich selbst finden und dabei lernen seine Aufmerksamkeit auf innerpsychische Prozesse, aber auch auf seine Haltung, seinen Ton oder die eigene Atmung zu richten um seine innere Vorgänge dann z.B. über Malen, Gestalten oder szenische Darstellung ausdrücken zu können. Dies kann in mehreren Formen geschehen und zwar durch Einbeziehung:

- „von Körperarbeit (Gendlin 1987, Heinerth 1996, Wethkamp 1997, Korbei & Teichmann-Wirth 2002, Teichmann 2003)
- von Traumanalysen (Gendlin 1987, Lemke 2000, Keil 2002, Finke 2003) und
- durch Elemente aus der Expressiven Kunsttherapie (also malerische, formende, musikalische- und tänzerisch-darstellerische Prozesse) (vgl. Groddeck 1989, N. Rogers 1993, 2002, Nölke & Willis 2002, Welka 2003)
- oder vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendlichen Therapie von klientenzentrierter Spieltherapie (Axline 1972, Goetze 1981, 2002 Schmidtchen 1974, 1991, Boeck-Singelmann u.a. 1996, 2003, Weinberger 2001)“ (Frohbürg, 2007, S. 105-106).

Die unterschiedlichen Methodischen Weiterentwicklungen werden nicht nur von verschiedenen Autoren unterschiedlich kategorisiert und benannt, sondern auch in unterschiedlichem Maße als fruchtbare, teilweise auch notwendige Weiterentwicklung oder als Eklektizismus, Qualitätsverlust und Identitätsproblem des Ansatzes gesehen.

Abschließend betonen Schmidt und Keil (2001) hierzu; „Viele Dimensionen des Paradigmenwechsels durch einen personenzentrierten Zugang zum Menschen sind noch nicht einmal ganz ausgelotet; vieles davon ist, vor allem auch in der Praxis, erst noch einzulösen (Schmid 1997)“ (ebd., S.27).

5.5. Aktuelle sozialpolitische Rahmenbedingungen (2010-2012)

Die sozialpolitischen Rahmenbedingungen im Bereich Psychotherapie seit 2008 sind bis heute unverändert. Die Interessen von 34.000 Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind nach wie vor auf Länderebene von den Psychotherapeutischen Landeskammern, sowie auf Bundesebene seit 2003 von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vertreten (BPtK 2012, Die Bundespsychotherapeutenkammer).

Das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz (PsychThG) und der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) einerseits, sowie die 2006 geänderte Psychotherapie Richtlinie (PT-RL) des G-BA andererseits, entscheiden über die psychotherapeutische Landschaft der Richtlinienverfahren und damit über die kassenfinanzierten Verfahren. Dabei ist auch weiterhin das Berufsrecht, resultierend aus wissenschaftlicher Anerkennung nach dem Psychotherapeutengesetz und dem Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP), mit dem in einem therapeutischen Verfahren ausgebildet und mit staatlicher Approbation abgeschlossen werden kann, vom ebenfalls in Bezug auf den Bereich Psychotherapie geltenden Sozialrecht getrennt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) einem psychotherapeutischen Verfahren auf der Basis der Psychotherapie Richtlinie (PR-RL) ausspricht (Hentze 2011). Dadurch zeigt sich die staatlich finanzierte psychotherapeutische Versorgung in Deutschland mit dem Angebot von lediglich drei Richtlinienverfahren seit 1987, im europäischen Vergleich als eher undifferenziert.

Im Zuge des Bologna Prozess und auf der Grundlage des 16. Psychotherapeutentages, der im Mai 2010 stattfand, beauftragte die Delegiertenversammlung den Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemeinsam mit „Berufs- und Fachverbänden, Hochschulvertretern, Ausbildungsinstituten und Vertretern von Ausbildungsteilnehmern“ (Fydrich T. & Unger T., 2011) einen Reformvorschlag des Psychotherapeutengesetzes auszuarbeiten.

Zur Diskussion stehen u.a. die Veränderung der konkreten Form der Psychotherapeutischen Ausbildung, die Zusammenlegung der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und der zum Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zu einem einheitlichen Beruf mit der Bezeichnung „Psychotherapeut“, sowie eine Veränderung der Zulassungsbestimmungen, die einen Bachelor und Master mit Schwerpunkt „Klinische Psychologie“ fordern (BPtK 2010, Reform der Ausbildung von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen).

Im Zuge der bevorstehenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes, dessen Endgültiges Inkrafttreten noch nicht absehbar ist, ist derzeit auch der AOLG-Beschluss der Obersten Landesgerichtsbehörden im Gespräch, der auf die dringende Notwendigkeit einer Zusammenführung des Berufs- und Sozialrechts im Bereich Psychotherapie hinweist. Dies

ist nun aktuell eine Möglichkeit für die bereits wissenschaftlich anerkannten Psychotherapeutischen Verfahren, wie die Gesprächspsychotherapie und die Systemische Psychotherapie, evnt. doch noch Zugang zu den Richtlinienverfahren zu erlangen, falls der AOLG-Beschluss angenommen wird (GwG 2011, Neue Chancen (...) durch Novellierung des Psychotherapeutengesetzes).

Bevor es im Weiteren genauer um den AOLG-Beschluss im Bezug auf die Gesprächspsychotherapie geht, vorerst noch einige Fakten zum aktuellen gesundheitspolitischen Stand in Deutschland.

5.5.1. Aktuelle gesundheitspolitische Situation der Psychotherapie

In Deutschland sieht es laut Jürgen Kriz (2011) im Moment so aus, dass der errechnete Psychotherapiebedarf pro Jahr siebenfach so groß, wie die Anzahl der derzeit vorhandenen stationären und ambulanten Therapieplätze ist. Das wären 5 Millionen Patienten pro Jahr, die auf insgesamt 700.000 ambulante und stationäre Kassenplätze kämen, wenn man davon ausgeht, dass laut den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys (2004) jeder dritte Erwachsene im Laufe seines Lebens und damit über 16 Millionen Menschen zwischen 18 und 65 Jahren pro Jahr, einmal an einer psychischen Störung erkrankt, und sich bei entsprechender Erkennung und Beratung in therapeutische Behandlung begeben würde (Kriz, 2011).

„ Es gibt (...) pro Jahr nur etwa 300.000 ambulante plus 400.000 stationäre Behandlungsplätze. Ambulant werden diese von 12.000 Psychologischen Psychotherapeuten (davon 2.300 weiblich) und 3.500 ärztlichen Psychotherapeuten (davon 8.000 weiblich) versorgt. Hinzu kommen ca. 2.500 Kinder-und Jugendlichen Psychotherapeuten (davon 1.800 weiblich), die jährlich rund 160.000 Kinder und Jugendliche versorgen. Die stationären Behandlungsplätze werden in knapp 400 Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie sowie circa 80 Krankenhäuser für Psychosomatik und Psychotherapie bereitgestellt. In der stationären Kinder- und

Jugendpsychiatrie stehen in Deutschland ca. 110 Krankenhausabteilungen bereit, die rund 30.000 Patienten behandeln“ (Kriz, 2011, S. 41).

Der Autor betont, dass der sehr hohe Bedarf an Psychotherapie natürlich auch mehr Kosten würde als bisher, wobei er darauf hinweist, dass eine gezielte Psychotherapie immer noch deutlich günstiger wäre, als wenn bei Patienten aufgrund einer Fehldiagnose des Arztes und daraus folgenden langjährigen ärztlichen Interventionen, z.B. bei einer sich herausstellender psychosomatischen Ursache, für den Einzelnen über viele Jahre hinweg eine Unmenge an Geld umsonst ausgegeben wird (ebd.).

Jürgen Kriz (2011) betont weiterhin, dass es zum Sachverhalt zahlreiche Studien gibt, die die Krankheitskosten „vor einer Psychotherapie“ 1:6 mit denen „nach einer Psychotherapie“ 1:3,7 (Meichinger et al. 2003, Zielke u. Limbacher 2004) vergleichen und zu dem klaren Ergebnis kommen, dass durch rechtzeitige Psychotherapie insgesamt erheblich Kosten eingespart werden können (ebd.).

Grundsätzlich wäre es für das deutsche Gesundheitssystem, wie hier gerade durch ein kurzes Beispiel dargestellt wurde, versorgungstechnisch aber vor allem vor dem Hintergrund eines erheblich geringeren Kostenfaktors, von nicht geringem Vorteil, eine breiter aufgestellte Psychotherapeutische Versorgung einerseits, wie auch ein differenzierteres Angebot an Psychotherapie andererseits offerieren zu können. Warum wäre es aber für eine insgesamt effizientere gesundheitliche Versorgung in Deutschland von ebenso großer Relevanz nicht nur mehr Kassenplätze und damit Psychotherapie sondern auch unbedingt ein breiteres Angebot an psychotherapeutischen Verfahren anzubieten?

Die Richtlinienverfahren für mehrere unterschiedliche therapeutische Verfahren zu öffnen, würde auch bedeutet; der Verschiedenheit der Menschen „ der Vielfalt der Lebensgeschichten, Werte, Ziele, Bedürfnisse etc. in einer pluralistischen Gesellschaft wir der BRD“ (Kriz, 2011, S. 42) realistisch Rechnung zu tragen zu können. Dies wurde seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 und damit der offiziellen Festlegung der Richtlinienverfahren fast gänzlich verhindert, da die Kassen von da an ihre bisherige Offenheit der GT gegenüber merklich zurücknahmen, was sich z.B. dadurch ausdrückte, dass die Gesprächspsychotherapie (GT) fast nicht mehr über das

Kostenerstattungsverfahren abrechnen konnte und auch Sonderregelungen, wie die der Technikerkasse mit der Zeit ganz wegfielen (Kriz, 2011).

Jürgen Kriz spricht auch von einer alarmierend hohen Fehlindikation im Bereich Psychotherapie, innerhalb derer es bei einem großen Teil die „Passung“ ist, die oftmals nicht stimmt, womit er ein Psychotherapeutisches Verfahren oder Modell meint, dass für jemanden nicht passt; wodurch der Betreffende in Folge oft sogar mehrmals den Therapeuten und oder das Verfahren wechselt. Bei der Auswahl zwischen nur drei therapeutischen Modellen in Deutschland kann das für den Einzelnen unnötig problematischen ausgehen. Hierzu zitiert er die Grawe Studie (1994) die bis zu aktuellen Ergebnissen hin zeigt, dass immerhin zwischen „30 % und 45 % aller Patienten in ambulanter Psychotherapie, eine oder mehrere psychotherapeutische Behandlungen in der Vorgeschichte hatten und dann den Therapeuten und/oder das Therapieverfahren wechselten“, was ohne Frage einen beachtlichen Anteil darstellt (Kriz, 2011, S.43).

Der Autor führt weiter aus, dass es zum Thema „Passung“ ebenfalls eine Reihe von Untersuchungen (z.B. Frohburg 2003, Eckert, Frohburg u. Kriz 2004) gibt, die besagen, dass Klienten, die mit anderen therapeutischen Richtungen gescheitert sind, sich bei der Gesprächspsychotherapie gut aufgehoben gefühlt haben, genauso wie es auch das umgekehrte Phänomen gibt, was ganz offensichtlich schlicht und einfach dagegen spricht, „dass es „das“ einzige, allen anderen überlegene Therapieverfahren gibt“ (Kriz, 2011, S.44).

Ein weiterer Punkt, weswegen es sinnvoll wäre, mehrere verschiedene Psychotherapeutische Verfahren zur Psychotherapeutischen Versorgung zuzulassen, ist der, dass unterschiedliche Verfahren meistens auch unterschiedliche Stärken haben. So hat sich die Gesprächspsychotherapie (GT) in Studien bei einer allgemein nicht weniger hohen Wirksamkeit, als die Richtlinienverfahren, laut dem WBP (2002) besonders im Bereich; Affektive Störungen, Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen und Angststörungen als wirksam erwiesen, auch wenn Sie vom G-BA im Jahr 2006 nach dessen neuer indikationsbezogenen Prüfung und dem sehr eingeschränkten Pool an Studien, derer er sich dabei bediente, nur im Bereich Depression als wirksam erachtet wurde (Frohburg, 2007).

5.5.2. Gesetzesnovellierung des Psychotherapeutengesetz und der AOLG-Beschluss

Die für die Psychotherapieausbildung zuständige Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) schlug am 18./19. November 2010 im Rahmen der Gesetzes Novellierung die Aufhebung der Diskrepanz zwischen *Sozial- und Berufsrecht* in der Psychotherapie vor und erhält dabei viel Unterstützung von verschiedenen Psychotherapieverbänden; „In den letzten Monaten wurde die BPtK u. a. von 19 Psychotherapieverbänden in einer Resolution vom 05.03.2011 aufgefordert, die Initiative der Länder aufzugreifen und ihre dem BMG übermittelten Novellierungsvorschläge im Sinne des AOLG-Beschlusses zu ergänzen“ (Frohburg I. 2011, Die AOLG-Initiative zur Vermeidung der Diskrepanz von Berufs- und Sozialrecht im Bereich der Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 3/2011).

In erster Linie geht es dabei aktuell um die Aufnahme der bereits wissenschaftlich anerkannten Psychotherapie Verfahren der Gesprächspsychotherapie (GT) und der Systemischen Therapie, wobei es wichtig sei mit dieser Initiative ein generelles Zeichen für die weitere Entwicklung der Psychotherapeutischen Landschaft in Deutschland zu setzen, äußert sich hierzu Eva Schweitzer-Köhn, Bundesvorsitzende des Verbandes Psychologischer Psychotherapeuten (VPP) im Berufsverband deutscher Psychologen und Psychologinnen (BDP) (Frohburg I. 2011, Die AOLG-Initiative zur Vermeidung der Diskrepanz von Berufs- und Sozialrecht im Bereich der Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 3/2011).

„Mitglieder dieser AOLG sind die Leiterinnen/Leiter der Ministerien bzw. Senatsverwaltungen aller Länder. Auf ihren zweimal jährlich stattfindenden Tagungen beraten sie gesundheitspolitisch relevante Themen und bereiten die kontinuierlich durchgeführten Gesundheitsministerkonferenzen (GMK) vor. Auf ihrer 26. Tagung am 18./19.11.2010 hat die AOLG (einstimmig) einen Beschluss gefasst, der sich inhaltlich auf die anstehende Novellierung des seit 1999 gültigen Psychotherapeuten-Gesetzes (PsychThG) bezieht und dessen Umsetzung letztendlich von weit reichender Bedeutung für die gesamte Profession der Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen sein wird“ (Frohburg I. 2011, Die AOLG-Initiative zur Vermeidung der Diskrepanz von Berufs- und Sozialrecht im Bereich der Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 3/2011).

Das heißt im Fall der GT konkret, dass die AOLG fordert; wenn die GT, bzw. ein Psychotherapeutisches Verfahren im allgemeinen, schon wissenschaftlich anerkannt ist, seine breite Wirksamkeit in der Praxis beweisen konnte und somit als Ausbildung mit Approbation angeboten werden kann; insgesamt also berufsrechtlich anerkannt ist; sie in Folge auch dringend sozialrechtlich anerkannt sein muss, da ansonsten weder die Ausbildung noch die berufliche Situation als Nicht-Richtlinientherapeut leistbar ist, wie man in Kapitel 5.2.4.2.2. an der Darstellung der Ausbildungssituation am IfP in Hamburg sehen kann (Frohburg, 2011).

Trotzdessen, dass die Aufnahme der Gesprächspsychotherapie (GT) „offensichtlich an Wettbewerbs-Interessen zur Privilegierung der Richtlinienverfahren und damit an machtpolitischen Widerständen gescheitert ist“ (Frohburg & Eckert 2011, S.26), sehen es die Gesprächspsychotherapeuten selbstverständlich und mit vollem Einsatz der Fachverbände weiterhin als Herausforderung, sich mit ihrem „salutogenetischen, ressourcenorientierten Ansatz“ neben den anerkannten medizinisch- und „symptomorientierten Ansätzen“ am „fachlichen, Berufs- und gesundheitspolitischen Diskurs über die Entwicklung der Psychotherapie in Deutschland zu beteiligen und zugleich den Anspruch aufrecht zu erhalten, mit ihrem Verfahren einen wichtigen und notwendigen Beitrag zu einer patientengerechten psychotherapeutischen Versorgung leisten zu wollen“ (Frohburg & Eckert, 2011, S.26).

Mit dem Ansuchen des AOLG-Beschlusses nach der Zusammenführung von Berufs- und Sozialrecht hat sich jedenfalls nun auch die zwischenzeitliche Überlegung erledigt, für die Gesprächspsychotherapie eine Weiterbildung nach Kammerrecht zu erhalten, wodurch sie überdies endgültig ihren Status als Ausbildungsverfahren und damit die Möglichkeit ein Richtlinienverfahren zu werden verloren hätte und stattdessen einfach innerhalb der Richtlinienverfahren als Methode angeboten worden (DPGG 2011, Die BPtK und der AOLG-Beschluss, ein Missverständnis).

Für das Gesundheitssystem käme es durch mehrere Richtlinienverfahren zu keinen weiteren Kosten, da die Erweiterung des Richtlinienspektrums nicht von der Schaffung weiterer Kassenplätze abhängt, sondern in erster Linie für mehr Konkurrenz und somit in Folge dessen eventuell auch für mehr Qualität unter den Richtlinienverfahren sorgt,

weswegen laut Birgit Wiesmüller von der GwG eine realistische Chance besteht, dass das Ansuchen der AOLG tatsächlich gesetzlich berücksichtigt wird.

Die Aufnahme von diversen weiteren psychotherapeutischen Verfahren in die Richtlinienverfahren ist jedoch auch von unterschiedlichen an der Sache beteiligten Interessen abhängig und zöge auf lange Sicht mit Sicherheit eine Reihe von strukturellen Veränderungen im psychotherapeutischen Versorgungssystem in Deutschland nach sich, wie z.B. eine Aufstockung der vorhandenen Kassenplätze.

Die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) schreibt hierzu u.a.; dass durch den schon seit vielen Jahren erhöhten Bedarf an Psychotherapie aufgrund von vor allem des Anstieges an älteren Leuten, sowie Kindern in schwierigen familiären Situationen, es ein breites Interesse daran geben könnte, weitere Psychotherapeutische Verfahren zu den Richtlinien zuzulassen, um der Situation mit einem größeren Angebot besser gerecht zu werden (Reinhaus D., 2011, GwG im Gespräch mit Landes- und Bundespolitikern).

Der dringende Bedarf an nicht nur einem Mehr an Psychotherapeutischer Versorgung auch an einem breiter gefächerten Angebot an Psychotherapeutischen Verfahren hat zudem Jürgen Kriz (2011) (siehe Kapitel 5.3.1.) ausführlich dargelegt.

5.5.3. Verbände und deren aktueller Einsatz für die Gesprächspsychotherapie

Der größte Gesprächspsychotherapeutische Verband in Deutschland ist die 1970 gegründete und mittlerweile seit über 40 Jahren bestehende Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), deren Mitgliederschaft, wie Eingangs dieses Kapitels bereits kurz erwähnt, mit den Jahren und auch vor allem im Zuge des gescheiterten sozialrechtlichen Anerkennungsverfahrens um ca. zweidrittel (von 9000 auf 3000) zurückgegangen ist. Der Verband bietet weiterhin diverse Weiter- und Fortbildungen im Bereich Gesprächspsychotherapie an, gibt die GwG Zeitschrift „Personzentrierte Psychotherapie und Beratung aktuell“ heraus, ist mittlerweile auch

Mitherausgeber der internationalen Fachzeitschrift „Person“ und engagiert sich seit Anbeginn federführend in der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie. Gerade ist der Verband aufgrund der bevorstehenden Gesetzesnovellierung des Psychotherapeutengesetzes, durch die es zu einer Aufnahme der Gesprächspsychotherapie in die Richtlinienverfahren kommen könnte; bemüht mit allen Beteiligten in Kontakt zutreten und vor allem mit allen „zuständigen Landes und Bundespolitikern, sowie Vertretern der zuständigen Ministerien und Gremien“ (GwG, Reinhaus D. 2011, GwG im Gespräch mit Landes- und Bundespolitikern) ins Gespräch zu kommen. Weiterhin beteiligt sich die GwG aktiv durch Veränderungsvorschläge an einigen Paragrafen des SGB V, wobei es vor allem auch darum geht, die Entscheidungskraft des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf ihren Platz zu verweisen, der sich aus Sicht der GwG in Zukunft an das Ausbildungsrecht und zwar analog dem ärztlichen Weiterbildungsrecht halten soll:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere zur Durchführung dieser Verfahren (Gutachterverfahren, Stundenkontingente usw.), ist aber nicht ermächtigt, nach eigenem Ermessen über die „Anerkennung“ dieser Verfahren zu befinden. Die neue Regelung vermeidet Wertungswidersprüche zwischen der Eignung von Psychotherapieverfahren zur praktischen Psychotherapeutenausbildung und der Eignung zur Krankenbehandlung. Sie konkretisiert den Grundsatz, dass das Sozialrecht die berufsrechtlichen Ausbildungsregelungen anerkennt, und gewährleistet eine hohe Qualität der psychotherapeutischen Versorgung“ (Halhuber-Ahlmann M. 2010, Reform der Psychotherapeutenausbildung, S.4).

„Nur Verfahren mit wissenschaftlich nachgewiesener Wirksamkeit und therapeutischer Relevanz in der Behandlungspraxis für ein breites Spektrum psychischer Krankheit sind für die vertiefte Ausbildung zulassungsfähig (vgl. BVerwG, 30.4.2009)“ (ebd.). Weiterhin veranstaltete die GwG im April 2011 einen Kammertag, bei dem es schwerpunktmäßig um die bevorstehende Gesetzesnovellierung ging, auf dem hierzu u.a. beschlossen wurde, dass sich je Bundesland ein Ansprechpartner um Gespräche mit Landespolitikern bemüht. Engagiert und vertreten ist die GwG auch in der im September 2010 gegründeten Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) (GwG 2011, Kammertag).

Ebenfalls in Sachen sozialrechtlicher Anerkennung der GT engagiert ist auch die 1998 gegründete Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V. (DPGG), deren erste Vorsitzende derzeit Doris Müller ist. Ende des Jahres 2010 hatte die DPGG beschlossen ihre Tätigkeiten als Verein einzustellen, da vorerst keinerlei Aussicht mehr auf eine sozialrechtliche Anerkennung der GT vorhanden war. Im Mai 2005 wurden die Vereinstätigkeiten wegen der bevorstehenden Psychotherapeuten Gesetzes Novellierung verbunden mit der Forderung der AOLG, das Berufs- und Sozialrecht endlich gleichzustellen; offiziell aber wiederaufgenommen (DPGG 2011, In eigener Sache).

Auf der Homepage und hier vor allem in den seit 2011 herausgegebenen neun Newslettern der DPGG kann man folgendes zur Aktivität bezüglich der bevorstehenden Gesetzesnovellierung des Psychotherapeutengesetzes entnehmen:

- Sie macht viel Lobbyarbeit, und setzt sich mit den zuständigen Politikern im Gesundheitsbereich auf Bundes- und Länderebene, besonders aber mit dem derzeitigen Gesundheitsminister Daniel Bahr in Verbindung.
- Darüber hinaus hat die DPGG auch konkrete Vorschläge zu einer Gesetzesveränderung gemacht.
- Sie versucht weiterhin die Bundespsychotherapeutenkammer und hier vor allem den Vorsitzenden Rainer Richter, von einer einheitlichen Zusammenarbeit im Sinne des AOLG Beschlusses zu überzeugen, da dessen Hauptbefürchtung die ist, dass eine Zusammenführung von Berufs- und Sozialrecht eine Direktausbildung im Bereich Psychotherapie begünstigen und von den zuständigen Politikern zu viele Veränderungen im Bereich Psychotherapie einfordern würde.
- Seit 2011 engagiert sie sich in der AGHPT (Arbeitsgemeinschaft für Humanistische Psychotherapie), die wie schon genannt, die in Deutschland vorhandenen Humanistischen Psychotherapeutischen Richtungen in sich vereint und als dritte große therapeutische Richtung neben den Tiefenpsychologischen Verfahren und der Verhaltenstherapie Eingang in die Richtlinienverfahren finden möchte.
- Die DPGG ist gegen den Vorschlag, die GT auf in der Weiterbildung der Psychotherapeutenkammern anzubieten, da dies erst einmal den Status der Gesprächspsychotherapie von einem Verfahren auf eine Methode herabsetzen würde und es für die verantwortlichen Politiker mit dieser Einrichtung keinen Grund mehr geben würde, die GT als Richtlinienverfahren anzuerkennen, da sie ja

theoretisch einen festen Platz in der Weiterbildungsordnung hätte. Aus diesem Grund hat ist sie in dieser Sache nicht aktiv mitbeteiligt.

- DPGG, GwG und VPP (Verband Psychologischer Psychotherapeuten) planen in naher Zukunft gemeinsam einen Informationsfolder ihr Anliegen betreffend herauszugeben, um den verantwortlichen Politikern einen kurzen aber prägnanten Einblick in die Thematik an die Hand geben zu können (DPGG 2012, Wie viele Wege führen nach Rom?).

Neben der GwG, der DPGG und dem VPP setzt sich, wie schon kurz erwähnt auch die AGHPT für den AOLG-Beschluss ein, so dass insgesamt jetzt noch zu hoffen bleibt, dass sich dem in naher Zukunft auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtk) anschließt, um den Politikern zu verdeutlichen, dass es sich bei dem AOLG Beschluss um ein gemeinsames Interesse des Berufsstandes der Psychotherapeuten handelt.

5.5.4. Fortbestand der Gesprächspsychotherapie als Verfahren

Sollte das Ansuchen um die Zusammenführung des Berufs- und Sozialrechts in Form des AOLG-Beschlusses abgelehnt werden und die Gesprächspsychotherapie weiterhin wissenschaftlich anerkannt aber von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sein, läuft sie Gefahr als psychotherapeutisches Verfahren in Deutschland auszusterben, da es derzeit keine nachkommenden Ausbilder oder staatlich anerkannte Ausbildungsmöglichkeiten gibt, die zur Approbation führen. Die 14 derzeit ihre Ausbildung abschließenden Psychotherapeuten des IfP in Hamburg wären der letzte approbierte gesprächspsychotherapeutische Nachwuchs, ansonsten gibt es noch die Möglichkeit eine Ausbildung in Gesprächspsychotherapie bei der GwG zu absolvieren, die jedoch nicht staatlich anerkannt ist. Einen Mangel an Nachwuchs gibt es in Folge sowohl in Wissenschaft und Forschung als auch in der Praxis, was hier sowohl die ambulanten Praxen als auch Gesprächspsychotherapeuten in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken meint, „in denen eigentlich alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren angewandt werden können“ (Müller & Wienand-Kranz, 2011, S.166).

Beide Gesprächspsychotherapeutischen Verbände wollen in jedem Fall weiterhin bestehen bleiben und sich nach wie vor für die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Verfahren einsetzen. Birgit Wiesemüller von der GwG betont, dass dem G-BA nun auch internationale Wirksamkeitsstudien nachgereicht werden.

Die DPGG plant u.a. ihre Fachtagungen des Großen Forums beizubehalten, an der sich die GwG zukünftig als Mitveranstalter beteiligen soll. Es gibt Überlegungen zu verschiedenen Überlebensmodellen der Gesprächspsychotherapie, sie z.B. als Ausbildungsinhalt innerhalb der Verhaltenstherapie oder aber als Methode in der Weiterbildung anzubieten. Hierbei würde die Möglichkeit die Gesprächspsychotherapie als Verfahren anzuerkennen jedoch eher blockiert als unterstützt. In jedem Fall wird es von den Vertretern der Gesprächspsychotherapie als wichtig angesehen, sich im Fall einer Ablehnung des AOLG-Beschlusses weiterhin in den Kammern, Fachgesellschaften und Gremien für die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie zu engagieren (Müller & Wienand-Kranz 2011).

6. Beantwortung der theoretischen Forschungsfrage

In Folgendem soll die Eingangs gestellte Forschungsfrage; „Wie verlief die Institutionalisierung und Professionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland aufgrund welcher Haupteinflussfaktoren?“ auf der Basis der Ergebnisse des theoretischen Teils vorliegender Arbeit beantwortet werden, wobei in Anlehnung an den Theorieteil zuerst historisch, chronologisch vorgegangen wird.

Zu Beginn der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland zwischen 1960 und 1987, fand eine stetige Weiterentwicklung des Ansatzes statt. Frohburg (2011) spricht von den 70er und 80er Jahren als der Wachstums- und Blütezeit der Gesprächspsychotherapie (Frohburg 2011). Prof. Reinhard Tausch, der 1965 Lehrstuhlinhaber der klinischen Psychologie an der Universität Hamburg wurde, lehrte als erster nicht nur Psychotherapie innerhalb der klinischen Psychologie, sondern bot

auch erstmals und erfolgreich eine praktische Ausbildung in gesprächspsychotherapeutischen Grundlagen in drei aufeinander aufbauenden Seminaren für Studenten an der Universität an. Den dritten Teil konnten die Studierenden an der psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf absolvieren (Frohburg, 2011).

Zum Verdienst von Reinhard Tausch aber auch anderen Autoren gehören vielfältige Publikationen im Bereich Gesprächspsychotherapie, sowie erfolgreich realisierte Forschungsprojekte, vorwiegend Untersuchungen zu Wirkungsbedingungen der Gesprächspsychotherapie (GT), wurden vor allem zwischen 1969 und 1992 unter der Leitung von Tausch und in Zusammenarbeit mit seinem Team realisiert. Seit 1969 wurden regelmäßig Dissertationen in Gesprächspsychotherapie geschrieben und bereits 1970 von einer Ausbildungsgruppe am Psychologischen Institut Hamburg die Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) gegründet, an der von da an Gesprächspsychotherapeutische Ausbildungen stattfanden und welche in ihrer Hochzeit mit über 8000 Mitgliedern nicht nur die größte therapeutische Gemeinschaft in Deutschland, sondern weltweit darstellte (Höhner 1989, Frielingsdorf-Appelt 1990 zit. in Frohburg, 2011).

Die Frage nach den Haupteinflussfaktoren der weiteren Entwicklung der Gesprächspsychotherapie (GT) nach diesem vielversprechenden Beginn, lässt sich im Weiteren ab 1987 mit verschiedenen sozialpolitischen Bedingungen beantworten, die die sozialrechtliche Anerkennung der GT in drei gescheiterten Anerkennungsverfahren verhinderten und bis heute verhindern, wodurch die GT aus der allgemeinen kassenärztlichen Versorgung ausgeschlossen blieb und es zu einem Abbau, sowie einer bis heute bestehenden Blockade der Entwicklung der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland kam. Folgende sozialpolitisch bedingte Haupteinflussfaktoren auf diese Entwicklung der GT konnten gefunden werden und werden in Folgendem noch einmal zusammengefasst dargestellt:

- Die Ablehnung der sozialrechtlichen Anerkennung der GT in zwei Anerkennungsverfahren zwischen 1987 und 1997 aus Gründen der inhaltlichen Nichterfüllung der Anforderungen der Psychotherapie Richtlinie.
- Das verabschiedete Psychotherapeutengesetz (PsychThG) 1999, welches die GT wiederum nicht zu den Richtlinien zählte.

- Das Erlangen der wissenschaftlichen Anerkennung nach dem PsychThG durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP), kann als einzige positive Errungenschaften der Gesprächspsychotherapie (GT) innerhalb der Anerkennungsproblematik angeführt werden.
- Schließlich ist hier die Änderung der Psychotherapie Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu nennen, wodurch 2008 auch das dritte und letzte Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie (GT) scheiterte.

Trotz der beiden gescheiterten Anerkennungsverfahren 1987 und 1997, die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK) inhaltlich begründet wurden, war Die GT bereits Ende der 80er und in den 90er Jahren fester Bestandteil an Universitäten in Deutschland, was eine Studie von Anna Auckenthaler (1996) zeigt, in der auf Gesprächspsychotherapie bezogene Lehre an ca. 75% aller deutschen Psychologischen Institute angeboten wurde, und damit wesentlich häufiger vorkamen als alle Richtlinienverfahren, außer der Verhaltenstherapie, die mit (84%) vertreten war. So wurde an 2/3 der Institute zur GT geforscht, an jedem dritten promoviert/habilitiert und an drei Instituten umfangreiche Forschungsprojekte zur GT realisiert (Frohburg 2011). Praktische Psychotherapeuten konnten in der Zeit noch über das Kostenerstattungsverfahren abrechnen und Ausbildungen in Gesprächspsychotherapie wurden von der GwG durchgeführt.

Mit dem 1999 In kraftgetretenen Psychotherapeutengesetz (PsychThG) und der damit verbundenen Notwendigkeit des Nachweises der wissenschaftlichen Anerkennung, um nach dem Psychotherapeutengesetz das Berufsrecht und damit die staatlich anerkannte Ausbildungsberechtigung zu erhalten, gab es neben den beiden bisher gescheiterten Anerkennungsverfahren einen noch entscheidenderen Einschnitt in die Professionalisierung und Institutionalisierung, da die Gesprächspsychotherapie von da an gesetzlich festgelegt nicht zu den Richtlinienverfahren gehörte. In Folge ließ sich ein Großteil der Gesprächspsychotherapeuten in einem Richtlinienverfahren nachqualifizieren, da die Abrechnung über das Kostenerstattungsverfahren fast nicht mehr möglich war, da sich die Kassen am Psychotherapeutengesetz orientierten, so dass Gesprächspsychotherapie vorwiegend unter dem Deckmantel eines Richtlinienverfahrens angeboten wurde und die übrig gebliebenen Gesprächspsychotherapeuten in eigener Praxis fast vollständig von der offiziellen Bildfläche verschwanden (Hentze, 2011).

Ebenfalls mit in diesen Zeitraum fiel die „altersbedingte Ausscheidung vieler Lehrstuhlinhaber, die das Verfahren an den Universitäten vertreten haben“ (Frohbürg, 2011, S.83).

Die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GT) von Seiten des Wissenschaftlichen Beirats (WBP) im Jahr 2002 wird hier als die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie positiv beeinflussender Hauptfaktor angenommen, da diese die Gesprächspsychotherapeutische Gemeinschaft ermutigte und davon ausgehen ließ, in Folge auch die Sozialrechtliche Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf der Basis der Psychotherapierichtlinie zu erhalten.

Das dritte und letzte sozialrechtliche Anerkennungsverfahren wurde somit ebenfalls 2002 wiederaufgenommen, zog sich jedoch durch mehrfache Aufschiebungen, mehrfach veränderte Forderungen durch den Bundeauschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAÄK) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), sowie letztlich durch eine in Eigenregie veränderte Psychotherapie Richtlinie durch den G-BA bis 2008 hin und wurde auf Gesprächspsychotherapeutischer Seite wiederum verloren. Besonders dieses letzte gescheiterte Anerkennungsverfahren ist von unübersehbaren „rechtlichen, fachlichen und berufspolitischen Fragwürdigkeiten“ (Hentze, 2011, S.22) gekennzeichnet. Die Folgen für die Gesprächspsychotherapie waren u.a. insofern verheerend, als dass, z.B. das einzige Ausbildungsinstitut in GT; das Institut für Psychotherapie (IfP) seinen erst 2005 eröffneten Ausbildungsbetrieb 2008 wieder einstellen musste. Die derzeitigen Ausbildungskandidaten leiden aufgrund der sozialrechtlichen Stellung der GT unter einem Klienten mangel, wodurch sie Schwierigkeiten haben, ihre Ausbildung zu beenden. Die Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) löste sich auf und es stand zum ersten Mal das Überleben der Gesprächspsychotherapie als Verfahren in Deutschland ernsthaft in Frage.

Aufgrund der genannten und vor allem negativ sich auf die Professionalisierung und Institutionalisierung der GT auswirkenden Einflussfaktoren; ausschließlich sozialpolitischen Charakters, ist die Gesprächspsychotherapie heute an deutschen Universitäten Vergangenheit. In Fachhochschulen ist sie noch am Rande vertreten, als Verfahren nicht mehr erlernbar, in der Praxis kaum noch anzutreffen und vorwiegend in Form von Fort- und Weiterbildungen, im Beratungsbereich oder in Form der

personenzentrierten Spieltherapie anzutreffen. Derzeit tritt die GT aktuell durch den AOLG Beschluss im Zuge der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes noch einmal auf die Bühne des sozialpolitischen Geschehens in der Hoffnung auf einen Platz in der kassenärztlichen Versorgung.

III Methodische Vorgehensweise

7. Forschungsdesign und Forschungsprozess

Die Forschungsfrage dieser Arbeit, die vorwiegend im theoretischen Teil herauszuarbeiten versucht wurde, beschäftigt sich, wie in der Einleitung näher ausgeführt, mit den maßgeblichen Einflussfaktoren und ihren Auswirkungen auf die Institutionalisierung und Professionalisierung der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland. Da es sich hierbei, wie im theoretischen Teil zu sehen ist, um ein aktuelles Thema mit konkret davon betroffenen Berufstätigen handelt, wird im empirischen Teil, wie Eingangs bereits erwähnt, eine zusätzliche untergeordnete Forschungsfrage innerhalb des thematischen Kontextes bearbeitet. Genauer untersucht werden soll in Folgendem:

- Wie nehmen Berufstätige aus unterschiedlichen Bereichen innerhalb der Gesprächspsychotherapie als Verfahren; die gegenwärtige bzw. mögliche zukünftige sozialrechtliche Situation der GT wahr und inwiefern sind sie beruflich von ihr betroffen?

Das Ziel vorliegender Untersuchung ist es; einen Einblick in die berufliche Situation von Menschen, die innerhalb dem Kontext der Gesprächspsychotherapie (GT) arbeiten, sowie deren individueller Wahrnehmung ihrer Situation bezogen auf die GT und die Lage der GT an sich, zu bekommen. Erreicht werden soll dies mit einem qualitativen Forschungsdesign. In Folgendem werden die einzelnen Schritte innerhalb des hierbei durchgeführten Forschungsprozesses der Reihe nach dargestellt und erläutert.

7.1. Methodischer Vorgang zur Erhebung und Auswertung

Bei der Frage nach der Vorgehensweise, wurde sich ganz klar für eine qualitative und nicht für eine quantitative Forschungsmethode innerhalb der empirischen Sozialforschung¹⁸ entschieden, da es beim vorliegenden Untersuchungsgegenstand sowohl bei der Erhebung als auch bei der Auswertung in erster Linie darauf ankommt, die individuellen Wahrnehmungen auf und Bezüge zur Gesprächspsychotherapie herauszustellen.

Genauer gesagt, sind die meist „aus der Theorie abgeleitete Kategorien und vorwiegend standardisierende Verfahren“ (Gläser & Laudel, S.27, 2009) der quantitativen Methoden in diesem Fall ungeeignet, um die individuelle Perspektive der Befragten auf die Gesprächspsychotherapie, bzw. auf ihre individuelle berufliche Situation innerhalb dieser therapeutischen Richtung zu erheben, auch wenn es bekannter Weise der Sache nicht mehr gerecht wird, qualitative und quantitative Forschung als sich gegenseitig ausschließend zu betrachten, da sie sehr wohl Gemeinsamkeiten und Überschneidungen aufweisen, und sich z.B. anhand von „Mixed Methods“ gut kombinieren lassen (Diversified topics 2012, Mixed Methods Research).

Nachdem fest stand, dass es am sinnvollsten ist, die Diplomarbeit qualitativ anzulegen, wurde in einem weiteren Schritt entschieden, welche qualitative Erhebungs- und Auswertungsmethode inhaltlich am geeignetsten ist.

Als Erhebungsmethode wurde das Problemzentrierte Interview nach Witzel (2000) eingesetzt, wobei 6 sechs Personen, die sich in einem jeweils individuellen beruflichen Bezug zur Gesprächspsychotherapie befinden, befragt wurden. Ausgewertet wurde nach der Technik der Inhaltlichen Strukturierung auf der Basis der Qualitativen Inhaltsanalyse

¹⁸ „ Als empirische Sozialforschung bezeichnen wir Untersuchungen, die einen bestimmten Ausschnitt der sozialen Welt beobachten, um mit diesen Beobachtungen zu Weiterentwicklung von Theorien beizutragen. (...) Die empirische Sozialforschung wird im Allgemeinen in quantitative und qualitative Sozialforschung unterteilt, die als grundverschiedene Typen von Forschung gelten. Die quantitative Sozialforschung wird auch als einem, nomothetisch-deduktiven Paradigma verpflichtet oder als theorietestende Forschung bezeichnet, die qualitative dagegen als, einem induktiven Paradigma verpflichtet oder als theoriegenerierende Forschung“ (Gläser&Laudel, S. 24, 2009)

von Mayring. Im Folgenden wird nun zuerst das methodische Vorgehen der Erhebung näher erläutert und in einem zweiten Schritt auf die Auswertung und deren Ergebnisse eingegangen, um ein klares, regelgeleitetes Vorgehen, sowie eine genaue Dokumentation des Ablaufs des gesamten qualitativen Forschungsprozesses zu gewährleisten.

7.2. Die Erhebungsmethode

Als Erhebungsmethode der qualitativen Sozialforschung, in welcher „der verbale Zugang, das Gespräch eine besondere Rolle spielt“ (Mayring, S.66, 2002) wurde eine Methode auf sprachlicher Basis, das problemzentrierte Interview nach Witzel (2002) gewählt.

Neben problemzentrierten Interviews gibt es noch eine Reihe anderer Interviewformen, wie z.B. das fokussierte Interview oder das narrative Interview; wobei sich das problemzentrierte Interview am besten für die vorliegende Untersuchung eignet, da es sich hierbei um eine offene, halbstrukturierte Interviewform handelt. Damit ist gemeint, dass der Interviewer sich zwar mit Vorwissen ausgestattet einen auf die Forschungsfrage zentrierten Interview Leitfaden erstellt, diesen jedoch aus vorwiegend offenen Fragen aufbaut, wodurch sowohl ihm selbst auch dem Befragten, insofern ein Spielraum in ihrem Fragen und Antworten gelassen wird, als sich während dem Interview auch immer wieder ein kurzer Dialog entwickeln kann, wodurch Themenaspekte aufkommen können, mit denen der Interviewer vielleicht doch nicht gerechnet hat. In Bezug auf die hier vorliegende Forschungsfrage, erwies sich das problemzentrierte Interview auch aus dem Grund als am zielführendsten, da die Befragten in subjektiver Weise von ihrer Sicht und ihrer Erfahrung mit vorliegender Thematik erzählen sollen (Mayring, 2002).

Die hier behandelte Forschungsfrage wird vor allem in dem Sinne als problemzentriert verstanden, als es sich bei der aktuellen sozialrechtlichen Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, um ein konkretes, in einen sozialrechtlichen Kontext eingebundenes Thema handelt.

7.2.1. Das problemzentrierte Interview

In diesem Kapitel wird die Interviewform des Problemzentrierten Interviews näher beschrieben und erklärt. Unter dem Problemzentrierten Interview nach Witzel (1982, 1985) werden zum einen alle Formen der offenen, halbstrukturierten Befragung verstanden, zum anderen definiert Witzel selbst „das Problemzentrierte Interview als eine Methodenkombination bzw.- integration von qualitativem Interview, Fallanalyse, biographischer Methode, Gruppendiskussion und Inhaltsanalyse“ (Mayring, 2002, S.68). Innerhalb dieser Arbeit wurde lediglich die Form des Problemzentrierten Interviews angewandt, weshalb sich die folgende Beschreibung auch lediglich auf diese bezieht.

Vor dem Führen eines problemzentrierten Interviews hat sich der Forscher bereits ein theoretisch- wissenschaftliches Vorwissen über den zu bearbeitenden Themenbereich angeeignet und dabei, die ihm als relevant erscheinenden Aspekten des fokussierten Problembereichs einer sozialen Realität zu einem theoretischen Konzept verdichtet, dass er daraufhin mit dem problemzentrierten Interview auf der Basis von offenen Fragen erforschen möchte. Begründet wird das damit, dass der Forscher eben nicht eine „Tabula rasa sein kann, dass er sich nicht völlig theorie- und konzeptionslos in das soziale Feld begibt und er immer schon entsprechende theoretische Ideen und Gedanken (mindestens) implizit entwickelt hat“ (Lamnek, 2005, S. 364).

Auf die vorliegende Arbeit bezogen, ist der soziale Gegenstand oder das soziale Feld (vgl. (Lamnek, 2005, S.365); das berufliche Feld der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, in das sich theoretisch bereits vor den Interviews eingearbeitet wurde.

Die Grundgedanken des Problemzentrierten Interviews, die bei Witzel ausgeführt werden, sind drei Merkmale oder Prinzipien, die diese Interviewform noch einmal dezidiert als der qualitativen Sozialforschung zugehörig ausweisen.

- „Die *Problemzentrierung* meint, dass an gesellschaftlichen Problemstellungen angesetzt werden soll, deren wesentliche objektive Aspekte der Forscher sich vor der Interviewphase erarbeitet.
- Die *Gegenstandsorientierung* des Verfahrens meint, dass seine konkrete Gestaltung auf den spezifischen Gegenstand bezogen sein muss und nicht in der Übernahme fertiger Instrumente bestehen kann.

- Bei der *Prozessorientierung* geht es schließlich „um die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei Zusammenhang und Beschaffenheit der einzelnen Elemente sich erst langsam und in ständigem reflexiven Bezug auf die dabei verwandten Methoden herauschälen“ (Witzel 1982, S.72)“ (Mayring, 2002, S.68).

Nachdem jetzt überblicksartig die wichtigsten Prinzipien und Merkmale des Problemzentrierten Interviews genannt wurden, soll nun die konkrete Umsetzung, sowie der Ablauf eines solchen Interviews dargestellt werden. Wie wird nun also praktisch vorgegangen und worauf ist zu achten?

Die Form des problemzentrierten Interviews lässt dem Befragten durch ihre offenen Fragen einerseits den Raum, sich aus ihrem subjektiven Kontext und zum Thema möglichst frei zu äußern, ist aber andererseits klar auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, auf die durch die Möglichkeit des freien Fragens des Interviewers auch immer wieder zurück gekommen wird. Mayring (2002) betont, dass es sich bei diesem Interview um eine halbstandardisierte Form handelt, in dem zumindest die gleichen, wenn auch sehr offenen Fragen geführt werden, wodurch die Interviews untereinander vergleichbar sind.

Auch die Haltung des Interviewers im Kontext der offenen Fragen ist sehr wichtig, um eine vertrauliche Atmosphäre zu schaffen, da „die Konstruktionsprinzipien des problemzentrierten Interview (PZI) (WITZEL 1982, 1985) (...) auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität [zielen]“. (Witzel, A. 2002, Das problemzentrierte Interview).

Der Befragte muss das Gefühl haben sich auch wirklich aus seinem persönlichen Bezugsrahmen heraus zum Thema äußern zu können.

Das vollständige Interview wird vom Interviewer dann anhand von vier ihm zur Verfügung stehenden Instrumenten und zwar;

- dem *Kurzfragebogen*,
- dem *Leitfaden*,
- dem *Postskriptum*

- sowie der *Tonbandaufzeichnung* durchgeführt, welche hier alle etwas näher ausgeführt werden, da sie bei der Erhebung der Forschungsfrage angewandt wurden.

Der *Kurzfragebogen* enthält demographische Fragen zum Befragten, wie z.B. über sein Alter, Ausbildung, Wohnort, Geschlecht, Beruf, etc. Dies kann dem Interviewer im Nachhinein die Interpretation seiner Daten erleichtern, bzw. ihm unter Umständen auch beim bilden seiner Auswertungskategorien behilflich sein, liefert aber vor allem grundlegende Informationen über den Befragten. Besagter Kurzfragebogen kann je nach Belieben vor oder nach dem Interview durchgegangen werden und vor dem Interview durchaus auch eine gesprächseinstiegserleichternde Qualität haben. Der *Leitfaden* stellt den Gesprächsrahmen des Interviews dar, anhand dessen sich der Interviewer einen groben Rahmen durch Fragen vorgibt, die er so offen wie möglich formuliert, um innerhalb der Fragen Raum zur individuellen Beantwortung zu gewährleisten. Im Idealfall wird der Leitfaden aber nicht direkt angewendet, sondern innerhalb des sich ergebenden Gesprächs lediglich dazu verwendet, zu überprüfen, ob die wichtigsten Aspekte des Themas angesprochen wurden. Mit dem *Postskriptum* nach Witzel strukturiert der Interviewer das Interview direkt nach dem Gespräch, in dem er sich Inhalte und notiert, die ihm aufgefallen sind, oder auch bereits Ideen für mögliche Auswertungskategorien anmerkt (Lamnek 2005). Postskripte „enthalten eine Skizze zu den Gesprächsinhalten, Anmerkungen zu den o.g. situativen und nonverbalen Aspekten sowie zu Schwerpunktsetzungen des Interviewpartners. Außerdem werden spontane thematische Auffälligkeiten und Interpretationsideen notiert, die Anregungen für die Auswertung geben können“ (Witzel, A. 2002, Das problemzentrierte Interview)

Die *Tonbandaufzeichnung* ermöglicht es schließlich, das geführte Interview zu transkribieren und es damit für den nächsten Schritt der Auswertung vorzubereiten. Hierbei müssen festgelegte Transkriptionsregeln¹⁹ eingehalten werden, die da besagen, dass in gewöhnlichem Schriftdeutsch transkribiert werden soll, Dialekt bereinigt und Satzbaufehler behoben werden sollen. Des Weiteren werden kurze Gesprächspausen in der

¹⁹ die Transkriptionsregeln befinden sich vollständig im Anhang

Verschriftlichung durch ... festgehalten, längere Pausen werden durch (Pause) gekennzeichnet und Gefühlsäußerungen, wie lachen oder Geräusche während des Interviews, wie Telefonläuten oder ähnliches, werden ebenfalls in Klammern gesetzt festgehalten (Mayring, 2002, S.91).

Zum Schluss sei zusammenfassend noch einmal darauf hingewiesen, dass sich das Problemzentrierte Interview hervorragend überall dort anbietet, wo theoriegeleitet geforscht wird, Vorwissen über den Gegenstand bereits vorhanden ist und spezifischere Fragestellungen im Vordergrund stehen. Zudem ist eine Vergleichbarkeit der geführten Interviews durch die vorhandene teilweise Standardisierung aufgrund des Leitfadens gegeben (Mayring, 2002).

7.2.2. Entwicklung und Erstellung des Interviewleitfadens

Bei einem Interviewleitfaden handelt es sich in erster Linie um ein Blatt Papier mit Fragen, die den inhaltlichen Rahmen in Bezug auf das vorliegende Thema abstecken. Wichtig ist hierbei vor allem die Art der gestellten Fragen (Gläser & Laudel 2009) und die grundlegende Funktion des Leitfadens, der nicht in Form von bereits vorgefertigten Fragen im Interview eingesetzt wird, sondern dem Forscher lediglich als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen dient, innerhalb dessen er während dem Interview den Überblick darüber behält, welche Themenbereiche angesprochen wurden oder noch thematisiert werden müssen. Dies ist auch deshalb so wichtig, da es sich aufgrund der gewählten Interviewform um offene Fragen handelt, wodurch der Interviewer dem Prinzip der Zurückhaltung Folge zu leisten hat (Lamnek, 2005, S.363).

Wie wurde konkret vorgegangen? In Vorarbeit wurden zuerst alle Fragen, die sich dem Interviewer aufgrund der Thematik spontan auftaten, notiert und dann in einem zweiten Schritt nach inhaltlichen Kategorien geordnet. Bei den Fragen an Psychotherapeuten in Ausbildung stellten sich unter anderem z.B. Fragen wie, „Bekamen Sie regelmäßig Informationen über die sozialrechtliche Lage der Gesprächspsychotherapie (GT)“, „ Hat die sozialrechtliche Situation der GT Einfluss auf Ausbildungsinhalte genommen?“ oder „

Waren Sie in Bezug auf die GT in irgendeiner Art und Weise sozialpolitisch aktiv?“. Aus diesen Fragen u.a. wurde die Kategorie „Beeinflussung der Psychotherapeuten in Ausbildung durch die sozialrechtliche Situation der GT während ihrer Ausbildung“. Aus diesen Kategorien wiederum wurde versucht offene Fragen zu formulieren, die so konstituiert waren, dass sie schließlich als geeignete Rahmenfrage in den Leitfaden eingehen konnten. Dies war u.a. der Fall, wenn unter eine offene Rahmenfrage ein ganzer Fragenkomplex zu einem Hauptaspekt des Themas unterordnet werden konnte. Bezogen auf das genannte Beispiel entstand hieraus z.B. die folgende offene Frage im Leitfaden „Inwiefern hat die sozialrechtliche Anerkennungsproblematik der GT Sie während Ihrer Ausbildung beeinflusst?“

Aufgrund des Themas der vorliegenden Diplomarbeit, bei dem Personen unterschiedlicher beruflicher Felder und Kontexte innerhalb der Gesprächspsychotherapie befragt wurden, wurden einige Fragen des Leitfadens²⁰ festgelegt, aber ein großer Teil der Fragen, auch individuell an die jeweilige berufliche Position angepasst, weswegen der Leitfaden im Anhang dieser Arbeit eine Übersicht über alle gestellten Fragen darstellt. Grob aufgeteilt ergaben sich drei Leitfäden mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten für Lehrende und Ausbilder im Bereich GT, für Psychotherapeuten in Ausbildung und für in Verbänden engagierte Gesprächspsychotherapeuten. Alle befragten außer den Psychotherapeuten in Ausbildung sind hauptberuflich als Psychotherapeuten tätig. Allen gemeinsam war die Einstiegsfrage, die da lautete: „Aus welchem Grund haben Sie sich beruflich für die Gesprächspsychotherapie entschieden?“

Weiterhin sind alle Leitfäden nach der gleichen inhaltlichen Logik aufgebaut, in dem jeweils zuerst nach dem persönlichen Bezug zur Gesprächspsychotherapie (GT), in Folge dann nach dem Einfluss der sozialrechtlichen Lage der GT auf die jeweilige berufliche Position, nach persönlichen Erfahrungen in Ausbildung und Beruf mit der sozialrechtlichen Situation der GT, sowie abschließend nach dem Wissen um die gegenwärtige sozialrechtliche Situation der GT und der persönlichen Einschätzung der Zukunft der Gesprächspsychotherapie in Deutschland gefragt wurde.

²⁰ ein allgemeiner Leitfaden befindet sich im Anhang

7.2.3. Vorgehensweise vor und während der Interviewsituation

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte durch die Kontaktaufnahme mit diversen Ausbildungsinstituten und Verbänden der Gesprächspsychotherapie über das Internet. Die Kontaktpersonen der Verbände oder Institute wurden über vorliegendes Forschungsvorhaben informiert und mit der Bitte um Empfehlung eines Interviewpartners angeschrieben. Die Interviews wurden mit Personen aus unterschiedlichen Regionen Deutschlands teils vor Ort und teils über das Internettelefon skype geführt, wobei die Befragten jeweils vor dem Interview sowohl über den Hintergrund, und die Vorgehensweise als auch über die Auswertung und weitere Verwendung des Gesprächs informiert wurden (Lamnek, 2005, S.398 ff). Nach einer schriftlichen bzw. telefonischen Terminvereinbarung, wurde vor jedem Interview um Erlaubnis der Transkription des Interviews gefragt, sowie der Kurzfragebogen zur demographischen Information des Teilnehmers erfragt und dem zu Interviewenden absolute Vertraulichkeit und Anonymität bezüglich seiner Aussagen zugesichert (vgl. Lamnek, 2005, S. 401) weswegen die vollständig transkribierten Interviews der Diplomarbeit nicht beigelegt wurden.

Alle sechs Probanden stimmten einer Tonbandaufzeichnung zu, so dass die Interviews wie geplant teilweise am jeweiligen Ausbildungsinstitut, bei den Teilnehmern zu Hause oder am Telefon geführt werden konnten. Alle sechs geführten Interviews erfolgten in einem Zeitraum von drei Monaten (Februar-April 2012).

Im Anschluss an jedes Interview wurde das Postskriptum erstellt, in dem die, während dem Interview gewonnen Eindrücke, z.B. durch den Ausdruck in Mimik und Gestik von der befragten Person sowie Informationen, die zwischen den Zeilen wahrgenommen wurden und der inhaltlichen Schwerpunktsetzungen bzw. Besonderheiten bezüglich der Wahrnehmung der Thematik aufgenommen und bei der Interpretation verwendet wurden. Theoretisch untermauert wird der Ablauf des Interviews weiterhin von den vier bzw. fünf beschriebenen Phasen bei Lamnek (Lamnek, 2005, S.365 ff.).

Hierbei wird in *Phase null* der Kurzfragebogen ausgeteilt und anschließend in einer *Einleitung* zu Beginn des Interviews der Problembereich des im Mittelpunkt stehenden sozialen Bereichs als Thema des Gesprächs festgelegt. In einem zweiten Schritt, die Lamnek (2005) als *Allgemeine Sondierung* bezeichnet, versucht der Interviewer eine

vertrauenswürdige Gesprächsatmosphäre zu schaffen um den narrativen Erzählfluss des zu Befragenden anzuregen, in dem er einen persönlichen Zugang desjenigen zum Thema anspricht. In der dritten Phase, der *spezifischen Sondierung* versucht der Forscher die Erzähleinheiten und Darstellungsarten des Interviewteilnehmers zu verstehen, in dem er das Gesagte einerseits interpretiert wiedergibt, um dem zu Befragenden die Möglichkeit der Korrektur zu geben oder in dem er Verständnisfragen stellt und auf diese Weise überprüft, ob er den Inhalt richtig verstanden hat. Auch eine Konfrontation der zu Befragenden mit etwaigen Unstimmigkeiten oder Unklarheiten getätigten Aussagen darf stattfinden, sollte allerdings eher vorsichtig eingesetzt werden. Als Letzte Phase schlägt Lamnek (2005) sogenannte *ad hoc Fragen* vor, in der der Interviewer abschließend noch einmal direkter Fragen anbringt, die während dem Interview nicht oder nicht ausreichend angesprochen wurden (Lamnek, 2005, S.365 ff).

7.3. Die Auswertungsmethode

Bei der Auswertungsmethode wurde sich wie bereits in Kapitel 6 erwähnt ebenfalls für ein qualitatives Vorgehen und zwar die Technik der Inhaltlichen Strukturierung innerhalb der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring entschieden, „da eine inhaltliche Strukturierung Material zu bestimmten Themen, zu bestimmten Inhaltsbereichen extrahieren und zusammenfassen [will]“ (Mayring, 2010, S.94).

Laut Bortz und Döring (2006), ist es generell Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse, „die manifesten und latenten Inhalte des Materials in ihrem sozialen Kontext und Bedeutungsfeld zu interpretieren, wobei vor allem die Perspektive der Akteure herausgearbeitet wird“ (Bortz & Döring, 2006, S. 329). Besagtes Auswertungsverfahren weist es neben der Herausstellung qualitativer Interessensinhalte aber auch eine klare quantitative Komponente auf, so besteht der Unterschied zur Quantitativen Inhaltsanalyse nach dem Autor lediglich darin, dass „(die qualitative Inhaltsanalyse) nicht oder in Teilbereichen nicht quantifiziert. Ansonsten ist sie wie die quantitative Datenerhebung: Zuvor theoretisch entwickelte Analyseeinheiten, -dimensionen und –kategorien werden auf akzidentale oder systematische Dokumente angewandt“ (Bortz & Döring, S.506).

Das Verfahren der Qualitativen Inhaltsanalyse wurde hier in erster Linie aber nicht ausgewählt, weil es einem quantitativem Verfahren nahe kommt, sondern aufgrund seiner expliziten Auswertungsvorzüge in Bezug auf die qualitativ ausgerichtete hier vorliegende Forschungsfrage, innerhalb der ja, wie bereits in Kapitel 6 gesagt, genauer untersucht werden soll, wie es unterschiedlichen Personen, die sich gegenwärtig beruflich in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern der Gesprächspsychotherapie (GT) und dadurch mit unterschiedlichem Bezug zur ihr bewegen, beruflich und persönlich geht. Weiterhin auch, inwiefern die zu Befragenden direkt von der aktuellen sozialrechtlichen Situation der GT betroffen sind, wie sie diese wahrnehmen und wie sie sich die zukünftige berufliche Situation dieses psychotherapeutischen Ansatzes in Deutschland vorstellen.

Vor dem Hintergrund der Art und Weise der gestellten Forschungsfrage, in der es darum geht, einerseits subjektive Bezüge zu und Erfahrungen mit einer bestimmten sozialen Wirklichkeit, sowie andererseits subjektive Sichtweisen auf diese Wirklichkeit und deren Entwicklung herauszufinden und darzustellen; eignet sich die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ganz besonders, da sie den Auswertungsprozess u.a. auch als Erkenntnisprozess begreift, während dem erst Auswertungskategorien aus dem Material heraus generiert werden, wodurch besonders nah am Interviewmaterial gearbeitet und auf im Vorhinein festgelegte Hypothesen verzichtet wird. Das Merkmal der Offenheit ist während dem Auswertungsprozess auch dadurch gewährleistet, dass sich erst aus der Analyse Interpretationen entwickeln und sich erst aus den gewonnenen Daten und deren Interpretation Hypothesen generieren (Lamnek, 2005, 365 ff.).

7.3.1. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Wie bereits im Zuge der kurzen Vorstellung der quantitativen Qualität der Technik der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring erläutert wurde, ermöglicht diese Analysetechnik eine intersubjektive Vergleichbarkeit ihrer Ergebnisse, in dem sie systematisch auf der Grundlage feststehender Analyseschritte und nach expliziten Regeln abläuft. Darüberhinaus geht sie theoriegeleitet vor, in dem Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung analysiert wird, die im vorhergehenden Kapitel

ausführlicher genannt wurde und hier lediglich noch einmal verkürzt als „subjektive Sichtweisen und Erfahrungen der sich in einem beruflichen Kontext der Gesprächspsychotherapie in Deutschland befindenden Befragten in Bezug auf die GT“ formuliert wird. Zudem handelte es sich bei dem Material um verschriftlichte Kommunikation in Form transkribierter Interviews, die analysiert wurden (Mayring 2010). Die Technik der Inhaltlichen Strukturierung wird bei Mayring (2010) als die „wohl zentralste inhaltsanalytische Technik“ (ebd., S. 92) beschrieben, welche eine bestimmte Struktur aus dem Material herausstellen möchte.

„Diese Struktur wird in Form eines Kategoriensystems an das Material herangetragen. Alle Textbestandteile, die durch die Kategorien angesprochen werden, werden dann aus dem Material systematisch extrahiert“ (Mayring, 2010, S.92).

Bevor im nächsten Kapitel die genaue Vorgehensweise der Auswertung beschrieben wird, soll hier noch einmal darauf hingewiesen werden, dass in vorliegender Arbeit nach der inhaltlichen Strukturierung vorgegangen wird, die es zum Ziel hat, „bestimmte Themen, Inhalte oder Aspekte aus dem Material herausfiltern und zusammenzufassen“ (Mayring, 2012, S.98). Durchgeführt wird sie auf der Basis der Regeln der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse, deren einzelne Schritte im nächsten Kapitel näher beschrieben werden.

7.3.2. Beschreibung einzelner Auswertungsschritte

Die Auswertung nach dem Ablaufmodell der Zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) verläuft in folgenden 7 Schritten:

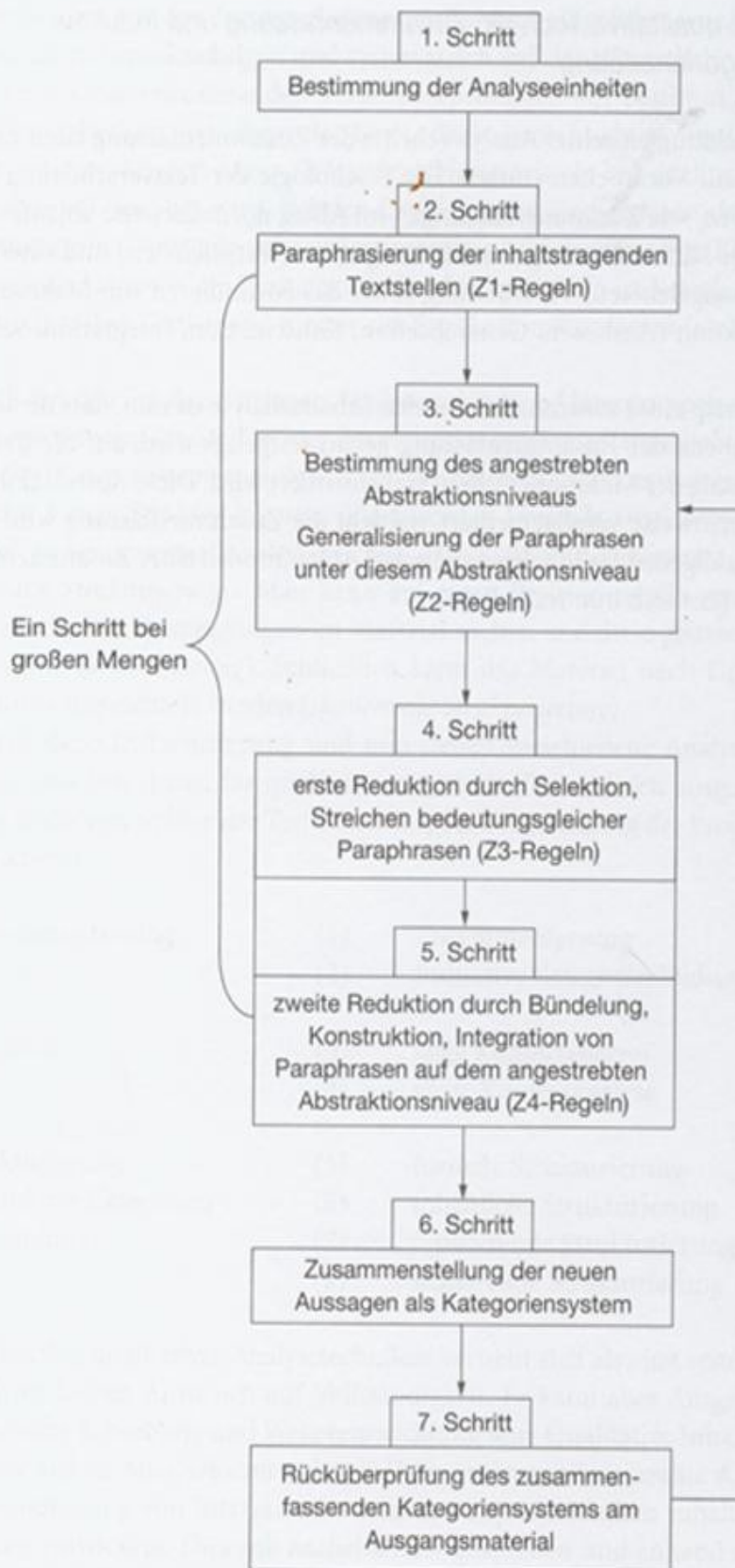


Abb. 10: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse

((dadffs

Die geführten Interviews wurden in einem ersten Schritt nach den im Anhang angegebenen Transkriptionsregeln transkribiert und dann jeweils im Zusammenhang mit dem jedem Interview vorliegendem Postskript zur Interpretation herangezogen (Mayring, 2002).

Das Interviewmaterial wurde hierbei mehrmals durchgegangen und in *Analyseeinheiten* eingeteilt, die sich hier auf Absätze beziehen. Bei einem ersten Lesen, der *Paraphrasierung*, wurden die einzelnen *Kodiereinheiten*, womit die kleinsten Textbestandteile gemeint sind, die unter eine Kategorie fallen, nur auf ihren Inhalt komprimiert und paraphrasiert. Alle nicht inhaltsrelevanten Textbestandteile wurden dabei gestrichen. Als nächstes wurden die dabei übrig gebliebenen Paraphrasen generalisiert und abstrahiert, um sie unter die induktiv, also am Material sowie deduktiv, anhand von vorhandenem theoretischen Vorwissen erstellten Kategorien subsumieren zu können. In einer *ersten Reduktion* der bearbeiteten Paraphrasen wurden bedeutungsgleiche Aussagen innerhalb von gebildeten Kategorien gestrichen, sowie zentrale, inhaltstransportierende Phrasen übernommen. In einer *zweiten und letzten Reduktion* wurden schließlich Paraphrasen mit ähnlichem Inhalt und Aussage, anhand von Konstruktion und Integration einander gegenübergestellt und gebündelt. Damit die bei dem beschriebenen Vorgang gebildeten Kategorien nicht nur induktiv am Material sondern auch theoriegeleitet entstehen konnten, wurden die Paraphrasen jeweils im Hinblick auf die vorliegenden Forschungsfrage gesammelt und aussondiert (Lamnek, 2005, S. 520 ff.).

7.4. Übersicht der Interviewpartner

Die Hauptkriterien bei der Auswahl der Interviewpartner waren; Erwachsenenalter und die berufliche Betätigung oder Ausbildung innerhalb der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, sowie Wohnsitz in Deutschland. Es wurden letztlich sechs Gesprächspartner aus jeweils sechs unterschiedlichen beruflichen Kontexten der Gesprächspsychotherapie ausgewählt, darunter sind ein männlicher und fünf weibliche zu Befragende in der Altersspanne zwischen 30 und 70 Jahren, wobei das genaue Alter oder Geschlecht in Bezug auf die Fragestellung unerheblich war.

Da die Interviews vertraulich sowie unter dem Gebot der Anonymisierung geführt wurden, ist zu den hier zur Verfügung stehenden Interviewpartnern nur noch zu sagen, dass es sich bei ihnen um zwei Psychotherapeuten in Ausbildung mit divergierender Perspektive auf die Ausbildungssituation der Gesprächspsychotherapie (GT), zwei Gesprächspsychotherapeuten, die auch Ausbilder im Bereich Gesprächspsychotherapie sind und um zuletzt zwei Vertreter, zweier Fachverbände der Gesprächspsychotherapie in Deutschland handelt, die auch Gesprächspsychotherapeuten sind. Alle Befragten außer den Psychotherapeuten in Ausbildung sind somit zugleich auch hauptberuflich als praktische Psychotherapeuten tätig

IV Ergebnisse und Ausblick

8. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Bevor im Folgenden und im Hinblick auf die Beantwortung der in Kapitel 1.1 vorgestellten zweiten Forschungsfrage nun die Ergebnisse dargestellt und diskutiert werden, sollen sie noch überblicksartig mit den aufgestellten Kategorien erklärt werden. Nach dem sich aus den im Vorfeld deduktiv gebildeten Kategorien, einige wegstreichen ließen, da sie nicht gleichmäßig in allen Interviews auffindbar waren und dadurch zu wenig Vergleichs- und Diskussionsmöglichkeiten enthielten, entstanden nach der zweiten Reduktion folgende 3 Haupt- und deren Unterkategorien:

1. Subjektive Wahrnehmung der Gesprächspsychotherapie

- Entscheidung für die Gesprächspsychotherapie aufgrund von theoretischen Inhalten und praktischer Erfahrung
- Krisenhafte Einschätzung der Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland und ihre Ursachen
- Persönliche Betroffenheit von der aktuellen Lage der GT

2. Berufliche Situation innerhalb der Gesprächspsychotherapie

- Berufliche Betroffenheit von der sozialrechtlichen Situation
- Einschätzung der aktuellen sozialpolitischen Gegebenheiten

- Aktuelles sozialpolitisches Engagement

3. Mögliche Zukunft der Gesprächspsychotherapie

Bei der ersten Hauptkategorie und ihren Unterkategorien geht es um die persönliche Perspektive der Befragten im Bezug auf die Wahl der Gesprächspsychotherapie, die Wahrnehmung der aktuellen (sozialpolitischen) Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland und um die persönliche Betroffenheit der Befragten von der Tatsache, dass ihre aus Überzeugung gewählte und aktuell praktizierte berufliche Richtung in Deutschland sozialrechtlich nicht anerkannt ist.

Innerhalb der zweiten Kategorie steht die berufliche Situation der Befragten im Vordergrund, die darüber Auskunft gibt, inwiefern die Befragten konkret von der derzeitigen beruflichen Lage der GT in Deutschland betroffen sind, inwiefern sie sich der aktuellen sozialpolitischen Geschehnisse zum Thema bewusst sind und ob sie sich in irgendeiner Weise sozialpolitische für die Gesprächspsychotherapie einsetzen.

Die dritte Kategorie behandelt die Vorstellungen der Befragten von einer möglichen Zukunft der Gesprächspsychotherapie.

Die Interviewpartner werden folgendermaßen bezeichnet:

- IP1 Ausbilder (in eigener Praxis) und Psychotherapeut
- IP2 Ausbilderin (IfP) und Psychotherapeutin
- IP3 GwG Vertreterin und Psychotherapeutin
- IP4 DPGG Vertreterin und Psychotherapeutin
- IP5 IfP Psychotherapeutin in Ausbildung (eher unzufrieden)
- IP6 IfP Psychotherapeutin in Ausbildung (eher zufrieden)

Eine Differenzierung in weiteren Merkmalsausprägungen, wie z. B. dem Alter, Geschlecht oder der Herkunft waren neben dem Hauptunterscheidungsmerkmal der unterschiedlichen beruflichen Position zur Gesprächspsychotherapie bei der Erhebung nicht von Relevanz. Ein wichtiges Unterscheidungskriterium bei den beiden Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs) war ihre grundlegende Einstellung zur sozialpolitischen Situation der GPT und deren Auswirkungen auf die Ausbildung.

8.1. Subjektive Wahrnehmung der Gesprächspsychotherapie

Die Bezeichnung der Kategorie weist bereits darauf hin, dass es hier in erster Linie um die persönliche Perspektive der Befragten zu ihrer Berufsentscheidung für die Gesprächspsychotherapie (GT), zur Wahrnehmung der Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, so wie zu der persönlichen Betroffenheit der Interviewpartner von der wahrgenommenen Situation der GT geht. Vier von sechs Interviewpartnern hatten hier ein sie persönlich stark bewegendes Erlebnis, aufgrund dessen sie sich für die Ausbildung zum Gesprächspsychotherapeuten entschieden. Die aktuelle Situation, Entwicklung der GT und deren Ursachen wird von den Befragten an sich unterschiedlich differenziert gesehen, in letzter Konsequenz jedoch von allen aufgrund der fehlenden sozialrechtlichen Anerkennung als stagnierend bzw. rückläufig empfunden. Alle sechs Interviewpartner äußern sich persönlich betroffen von der derzeitigen Lage der GT, wobei die Psychotherapeuten in Ausbildung, die auch die jüngsten Befragten darstellen sich am distanziertesten dazu äußern.

8.1.1. Entscheidung für die Gesprächspsychotherapie aufgrund von theoretischen Inhalten und praktischer Erfahrung

Im Mittelpunkt steht hier die Frage, warum Gesprächspsychotherapeuten und Gesprächspsychotherapeuten in Ausbildung, sich für die Ausbildung in GT entschieden haben. Hierbei ergibt sich, dass sich die Interviewpartner entweder durch ein für sie eindrückliches praktisches Erlebnis für die Gesprächspsychotherapieausbildung entschieden haben oder von der Erfahrung eines oder mehrerer theoretischer Aspekte der Gesprächspsychotherapie begeistert waren (IP1, IP3). Auch die Erfahrungen mit anderen psychotherapeutischen Verfahren, die als persönlich unpassend erlebt wurden, sowie die Begeisterung für Lehrende waren ausschlaggebend für eine GT Ausbildung (IP5, IP6). Bei den praktischen Erlebnissen mit Gesprächspsychotherapie erzählen vier Gesprächspsychotherapeuten (IP1, IP2, IP3, IP4, IP5), dass sie den Therapeutischen Ansatz

in Seminaren während ihres Psychologiestudiums sehr eindrucksvoll in der Praxis erlebt und vermittelt bekommen haben, was der folgende Interviewausschnitt veranschaulicht:

„ In meinem Studium an der Uni Gießen hatte ich die Gelegenheit in unterschiedliche Psychotherapieverfahren reinzuschnuppern. Am meisten beeindruckt haben mich damals die Gesprächspsychotherapie und die Systemische Therapie. Ein Schlüsselerlebnis war für mich die Teilnahme an einer Selbsterfahrungsgruppe, die von einem Gesprächspsychotherapeuten angeboten wurde, der durch seine freundliche und zugewandte Art eine vertrauensvolle Atmosphäre schuf und dadurch in kurzer Zeit viel in Bewegung brachte“ (IP3, 1/ 4-10).

Generell sind es individuell verschiedene Aspekte, die die praktische Erfahrung der Gesprächspsychotherapie für die Interviewpartner zu einem persönlichen Erlebnis machten. Die praktische Erfahrung eines Ausbilders mit GT in einem Seminar innerhalb seines Psychologiestudiums zum Beispiel, verschaffte ihm eindrücklich die Erkenntnis, dass Gefühle eine zuverlässige Wahrnehmungsebene sein können, wie er begeistert erzählt:

„der Assistent, der uns damals die Gesprächspsychotherapie eröffnete, machte mit uns so die klassische Verbalisation von Emotionen Übung und das war eine unvergleichliche und auch in gewisser Weise lebensverändernde Situation, weil da saßen sechzehn Gleichkluge wie ich im Kreis und er las was vor, was ein Klient angeblich hätte gesagt, und jeder sollte auf ein Blatt schreiben, was er meint, was er sagen würde, wenn er beschreibt, was dieser Klient gerade gefühlt hat. Und ich als Intellektueller saß da und dachte, ach du armer Dietrich Tscheulin, das wird jetzt schrecklich, jetzt musst du fünfzehn verschiedene Beschreibungen dessen, was der andere wohl gerade erlebt, erfahren. Und war wie vom Donner gerührt, als ich merkte, wir hatten zwar mit verschiedenen Worten, aber vom Inhalt her allesamt präzise wahrnehmen können, was in den Worten dieses Menschen, der sein Erleben beschreibt, an Gefühl drin war.(...) Und das hat mir, nun also, ich spitze das jetzt auf diese Pointe zu, ich bin dann auch gleich in eine Gesprächspsychotherapie gegangen, weil ich das wissen wollte, ob dass denn möglicherweise stimmt, dass Gefühle eine, eine, mmh, ja zuverlässige, evidente Kommunikationsbasis sein können. Das ist mir vorher nicht klar gewesen“ (IP1, 1/6-18).

Für einen GT Ausbilder, der auch die Ausbildung zur Verhaltenstherapie gemacht hatte, war die GT damals einfach das „viel kostbarere Verfahren“(IP2, 15/650).

Ein weiterer wichtiger Beweggrund sich für die Gesprächspsychotherapie zu entscheiden, war, wie bereits erwähnt, das Kennenlernen der praktischen Wirksamkeit von bereits bekannten theoretischen Inhalten der GT, was für einen Interviewpartner erst die Relevanz der Theorie verdeutlichte. Hierbei war er vor allem von der praktischen Bedeutung, der

von Rogers aufgestellte Therapievariable der bedingungslosen Akzeptanz des Klienten von Seiten des Therapeuten beeindruckt:

„Schon im Studium in Ost-Berlin (1970) als ich bei Johannes Helm im Seminar die GT kennenlernte, begriff ich, welche große Freiheit der Persönlichkeitsentwicklung durch die drei Grundhaltungen, insbesondere durch die bedingungsfreie Akzeptanz diese Therapie-Methode ermöglicht. Das war ein regelrechtes Aha-Erlebnis!“ (IP4,10 /436-439).

Als weiterer praktischer Hintergrund, die Gesprächspsychotherapieausbildung zu beginnen, wird von einem Psychotherapeuten in Ausbildung die Bewunderung eines Lehrenden, sowie die Begeisterung für dessen Vermittlung der Gesprächspsychotherapeutischen Inhalte genannt:

„Also wir hatten bei uns an der Uni den Luxus die Koryphäen, Herrn Eckert und Dorothee Wienand-Kranz als Lehrende, oder ich sie als Lehrende mitzuerleben, [...] aber den größten Eindruck hat die Wienand-Kranz auf mich gemacht. Das war so ein Grund, weil ich sie im Seminar und wie sie das vermittelt hat unheimlich toll fand« (IP5,1 /5-10).

Der befragte Psychotherapeut in Ausbildung gibt als zweiten und theoretischen Grund einmal das Menschenbild der GT an, weswegen er sich im speziellen für die GT Ausbildung entschieden hat und zum anderen die theoretische Kenntnis anderer Verfahren, die er für sich nicht vertreten kann:

» [...] das ist so das Eine und das Andere ist tatsächlich, dass ich einfach hinter diesem Menschenbild, das hinter der GT steht oder wofür sie ja auch steht, dass ich da voll und ganz mitgehen kann und dass ich das unheimlich schön finde den Menschen sich so anzuschauen auf diese Art und Weise und das humanistische liegt mir glaube ich auch viel stärker als so dieses Expertentum beispielsweise in der VT. Genau das waren so die Gründe die so zusammen kamen und weshalb ich gesagt habe, das ist das Verfahren, wofür oder wo ich mit Herzen und mit gutem Gewissen sagen kann, das möchte ich lernen und da fühle ich mich auch selbst wohl« (IP5, 1/10-17).

Für den zweiten Psychotherapeuten in Ausbildung spielte es eine entscheidende Rolle, die Verhaltenstherapie als nicht zielführend in der praktischen Arbeit mit Klienten erlebt zu haben:

„[...] und so hatte ich das Gefühl ich komme mit Ratschlägen oder Interventionstechniken oder so nicht so weit (...)« (IP6,1/30-31).

Auch durch einen familiären Bezug und den Wunsch die GT zu erhalten, spielte bei diesem Psychotherapeuten in Ausbildung eine ausschlaggebende Rolle, sich bewusst für die Gesprächspsychotherapieausbildung zu entscheiden:

„Und auch, das sage ich jetzt für das Protokoll, dieses, wenn ich es jetzt nicht lerne und jetzt nicht lerne von meiner Mutter und meinem Stiefvater, dann ist es verloren. Also dann werde ich es nicht mehr lernen“ (IP6, 3/105-107).

8.1.2. Krisenhafte Einschätzung der Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland und ihre Ursachen

Die derzeitige Situation der Gesprächspsychotherapie (GT) in Deutschland wird von allen Befragten als krisenhaft und verfahren empfunden, in dem es hauptsächlich seit der aufgrund der seit 1987 ausbleibenden sozialrechtlichen Anerkennung der GT mittlerweile keine Lehrstuhlinhaber an Universitäten, somit auch keine Forschungsmöglichkeiten in dem Bereich und keine Ausbildungsmöglichkeiten in GT mehr gibt (Frohburg & Eckert 2011). Als weiterer maßgeblicher Auslöser der jetzigen Situation der GT wird das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 gesehen (IP2, IP4, IP6). Ein Psychotherapeut in Ausbildung betont, dass es *„die Blüte (der Gesprächspsychotherapie) vor 20 Jahren gab [...]“* (IP6, 12, 519). Alle Befragten empfinden die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie als schon länger rückläufig, stagnierend und bescheiden.

Aufgrund der ihr verwehrten sozialrechtlichen Anerkennung und dem Interessensmonopol der bestehenden Richtlinienverfahren sowie des medizinischen Bereichs, kann sich die Gesprächspsychotherapie in Deutschland nur in geringem Maß weiter etablieren, betont ein GT Ausbilder:

„[...] dass in Deutschland eben die Kassenpsychotherapie dominiert wird von Tiefenpsychologie, Analyse und Verhaltenstherapie und diese, diese Gruppierung mmh, ja die hält in Kombination mit Mediziner Interessen alles andere fern. Das ist eine Katastrophe, denn das hat eine Konsequenz, es ist halt so, dass tatsächlich die deutschsprachige, also bundesrepublikanische Psychologie als solche, die klinische Psychologie insbesondere sich von dem Ansatz im wesentlichen wegentwickelt hat, es gibt glaube ich überhaupt niemanden mehr, der derzeit einen Lehrstuhl innehat, und ja, so ist das tragisch(...)“ (IP1, 1/24-29).

Eine weitere Ursache wird von drei Befragten (IP2, IP4, IP6) in dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 gesehen, ein Ausbilder äußert sich folgendermaßen hierzu:

»Nach meiner Wahrnehmung gab es eine deutliche Veränderung und einen deutlichen Ruck in dem Prozess der Sozialrechtlichen Anerkennung würde ich sagen, durch das Inkrafttreten des Therapeutengesetzes [...]« (IP2,1/6-8).

Durch das Psychotherapeutengesetz haben sich viele Gesprächspsychotherapeuten in einem Richtlinienverfahren nachqualifizieren lassen, wodurch sie, wenn sie einen Kassensitz haben, über das Richtlinienverfahren abrechnen können, trotzdem aber Gesprächspsychotherapie (GT) machen (Müller & Wienand-Kranz, 2011). Dadurch gibt es einmal kaum mehr offiziell arbeitende Gesprächspsychotherapeuten und zum anderen besteht durch den Einfluss im ebenfalls ausgebildeten Richtlinienverfahren leicht die Gefahr, dass sich Gesprächspsychotherapeutische Inhalte z.B. durch den begrifflichen Gebrauch theoretischer Inhalte eines Richtlinienverfahrens beim Berichtschreiben, sowie in der Praxis bis zu einem gewissen Grad vermischen:

„Also die Lage ist schon schwierig (seufzt) und zwar aus einem einfachen Grunde, weil mit dem Gesetz, dass 1999 in Kraft trat, mit dem Psychotherapeutengesetz, haben ja sehr viele Gesprächspsychotherapeuten eine Nachqualifikation gemacht als sogenannte Tiefenpsychologen ein paar auch als Verhaltenstherapeuten und die arbeiten dann ja nur noch bedingt in dem Verfahren beziehungsweise die arbeiten noch in dem Verfahren aber sie schreiben die Berichte alle zum Beispiel tiefenpsychologisch. Und wissen Sie, sowas verändert die Menschen. Das habe ich bei Kollegen einfach gesehen. Die sagen, aber ach, na ja, aber das andere ist doch auch ganz interessant, da gibt es ganz interessante Überlegungen. Also die reine Lehre sozusagen die wird ein Stück verwässert. Es gibt nur sehr, sehr wenige, die so klassisch arbeiten wie ich das noch mache“ (IP4,6 /261-270).

Weiterhin wird von einem Ausbilder zu Beginn der sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren auch das Fehlen einiger theoretischer Ausführungen der Gesprächspsychotherapie als Hindernis innerhalb der sozialrechtlichen Anerkennung und somit als eine Ursache der heutigen Situation der GT gesehen:

»Aber auch ein Störungskonzept und ein Etiologiekonzept und so. Das gab es so nicht« (IP2,1/32-33).

Die aktuelle Situation der GT wird von den Befragten krisenhaft und stagnierend erlebt:

„Die aktuelle Situation ist EXISTENZKRISE“ (IP1, 3/165), trotzdem ist die Gesprächspsychotherapie noch ein kleiner Bestandteil der psychotherapeutischen Versorgung, wenn auch nicht der Kassenrechtlichen, betont der Ausbilder weiter:

„Gesprächspsychotherapie kann in Deutschland nur noch am Rande gelernt werden und wird kaum mehr beforscht. Zugleich ist sie ein wesentlicher noch nicht ausgestorbener

Bestandteil der Versorgung durch die existierenden qualifizierten Gesprächspsychotherapeuten in GwG, ÄGG, DPGG“ (IP1, 3/161-164).

Ein Psychotherapeut in Ausbildung hat sich zu Beginn der Ausbildung nicht explizit über die sozialrechtliche Anerkennungsproblematik der Gesprächspsychotherapie (GT) informiert; *„ich habe mich selbst relativ wenig darüber informiert,(...) wie es sozialrechtlich mit der GT aussieht«(IP5,2/41-42)* ist mittlerweile aber sozialpolitisch in der DPGG engagiert und bedauert; *»wir sind im Grunde der letzte Nachwuchs, den es in Deutschland mittlerweile gibt « (IP5,8 /348-349).*

Den fehlenden Nachwuchs und die Rufschädigung der Gesprächspsychotherapie durch die unberchtigterweise aberkannte sozialrechtliche Anerkennung prägen laut einer GwG-Vertreterin die Situation der GT sehr negativ:

„Aus meiner Sicht ist die momentane Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland sehr bescheiden. Durch die verwehrte sozialrechtliche Anerkennung konnten sich in Deutschland keine Ausbildungsinstitute mit dem Vertiefungsverfahren Gesprächspsychotherapie etablieren. Der Nachwuchs bleibt von daher aus. Außerdem hat die GT durch die ungerechtfertigte Ablehnung durch den GBA an Ansehen verloren“ (IP3,3/112-116).

Der befragte Vertreter der DPGG bedauert:

„[...] wenn man keine Möglichkeiten hat das wirklich weiter zu geben, das auch wenig in Anspruch genommen wird, weil die jungen Leute dann davon nicht leben können. Das ist ja einfach so ein Teufelskreis. Wenn man da als älterer Mensch sich noch engagiert, auch lehrtechnisch oder so, dann ist das ja einfach auch ein Ding der Unmöglichkeit, wenn es so wenig Leute gibt, die sich dafür anmelden, weil das einfach alles ein Kostenfaktor ist [...]“ (IP4, 7/298-303).

8.1.3. Persönliche Betroffenheit von der aktuellen Lage der Gesprächspsychotherapie

Von der aktuellen Situation der Gesprächspsychotherapie, die von Seiten der Interviewteilnehmer als krisenhaft, schwierig und blockiert wahrgenommen wird, wie im vorigen Kapitel dargestellt wurde, fühlen sich alle Beteiligten auch emotional betroffen (IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6). Eine Veränderung der sozialrechtlichen Situation wird als hoffnungslos beschrieben und ist von Enttäuschung und großem Bedauern geprägt (IP6).

Es wird als große Ungerechtigkeit empfunden, dass einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren die sozialrechtliche Anerkennung verwehrt wird, dabei ist die Motivation der Befragten ungebrochen, sich weiter zu engagieren, die Ausbildung zu beenden, sowie weiterhin zu lehren und zu praktizieren (IP1, IP2, IP3, IP4, IP5, IP6).

Für den Vertreter der GwG ist die Arbeit mit und für die Gesprächspsychotherapie (GT) auch anstrengend:

„Persönlich und beruflich kosten die Bemühungen um die Etablierung der Gesprächspsychotherapie Zeit und Energie“ (IP3, 4/118-119).

Der Vertreter der DPGG empfindet der Sachlage gegenüber eine große Ungerechtigkeit und leidet emotional unter der sozialpolitischen Stellung der GT:

„Ich bedauere diese sehr und bin oft zornig oder deprimiert, dass ein so erfolgreiches, sanftes und empirisch hervorragend wissenschaftlich abgesichertes Therapieverfahren den hilfesuchenden Klienten nicht zur Verfügung gestellt wird. Ich leide darunter, dass die GT oft entwertet, diffamiert und ins " Abseits " gestellt wird. Ich empfinde dies als große Ungerechtigkeit!“ (IP4,10/452-456).

Einer der befragten Ausbilder ist „betroffen, empört, wütend, engagiert“ (IP1,4/166), der zweite Ausbilder schließt sich an, in dem er sagt; „Das ist dann manchmal so wo ich verbittert werde, was mir weh tut, das ist der eine Strang und der andere Strang, ist nachwievor sowas wie, das gute siegt.“ (IP2, 15/668-669).

Beide, wie auch alle anderen Befragten halten aus tiefer Überzeugung am Verfahren fest und setzten sich weiterhin für es ein. Ein Ausbilder betont, dass er die anderen Psychotherapieverfahren, vor allem auch Richtlinienverfahren nicht minder wertschätzt, es ihn aber einfach schmerzt, dass der Gesprächspsychotherapie innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung eine mindere Stellung zugesprochen wird:

„ich sehe durchaus, wirklich ernsthaft den Wert aller 653Therapieverfahren, die sich entwickeln und durch die Nutzung würde deutlich, ob ein 654Verfahren sinnvoll ist oder nicht. Und das ist aber bei der GT gerade nicht, also ich 655finde es in Ordnung, dass es die VT gibt, ich finde es auch gut, dass die sich nochmal 656weiterentwickeln oder verändern. Ich sehe auch einen Sinn in der Psychoanalyse oder 657der TP, was mich schmerzt ist, dass ein Verfahren, was auch sehr toll ist, was ich aber 658nun liebe, dass das so misshandelt wird, dass finde ich so schlimm“ (IP2, 15/652-658).

Beide befragten Psychotherapeuten in Ausbildung, die zu den derzeit fünfzehn letzten PiAs im Bereich Gesprächspsychotherapie in Deutschland gehören, beschreiben ihre Ausbildungssituation ebenfalls als emotional sehr anstrengend, betonen aber, dass sie vorhaben diese abzuschließen.

»Es ist im Grunde wie ein innerer und ein äußerer Kampf. Oder ein Kampf nach außen, immer wieder so dieses »aber ich mach das«. Also ich steh dahinter und ich mach das, so ein bisschen belächelt werden und dann auf der anderen Seite, dass auch im Inneren das irgendwie (...) es gibt zwar eine Einheit, aber auch die bröckelt, weil teilweise eben die gegangen ist, da war ich schon sehr verunsichert. Aber ich bin eigentlich jemand, der entweder sehr faul ist oder so irgendwie die Kopf in den Sand Taktik auch einigermaßen beherrscht oder positiv ausgedrückt, ich bin schon jemand, der auch so in unsicheren Zeiten daran glauben kann »das wird schon««(IP5, 4/154-176).

Ein Psychotherapeut in Ausbildung hat eine Veränderung der schwierigen Ausbildungssituation schon aufgegeben:

„Das läuft schon so lange und das ist schon so hoffnungslos“ und „Also ich fühle mich wie der letzte Mohikaner“ (IP6, 7 u. 8/ 317 u. 387).

Er betont jedoch, wie zufrieden ihn seine therapeutische Arbeit macht, woraus er viel Freude zieht:

„Also es ist so, dass es mir zunehmend Spaß macht und ich zunehmend das Gefühl habe, dass es ein guter Kontakt mit Patienten ist, der den Patienten nützt und hilfreich ist und ich einfach zunehmend das Gefühl habe, dass ich dankbar bin, dass ich das machen kann“(IP6,11/ 488-481).

Der DPGG Vertreter resümiert:

„Der Kampf um die Anerkennung der GT ist eben leider eine jahrelange Leidensgeschichte, zumal wenn man erlebt, dass die PA oder die TP ihre Anerkennung nur erhalten haben, weil die Lobby eben entsprechend war“ (IP4,11 /157-159).

8.2. Berufliche Situation innerhalb der Gesprächspsychotherapie

Innerhalb dieser Hauptkategorie wird eruiert, ob und in welcher Weise die Befragten beruflich durch die sozialpolitische Situation der Gesprächspsychotherapie betroffen sind, inwiefern sie die aktuellen sozialpolitischen Gegebenheiten im psychotherapeutischen Bereich, also die bevorstehenden Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und seine Inhalte, aber vor allem im Bezug auf die Gesprächspsychotherapie im Speziellen, den AOLG-Beschluss einschätzen. Weiterhin wird hier der Frage nach einem sozialpolitischen Engagement der Befragten nachgegangen.

8.2.1. Berufliche Betroffenheit von der sozialrechtlichen Situation

In dieser Kategorie geht es um die konkrete berufliche Betroffenheit der Interviewpartner von der sozialrechtlichen Situation, wobei die Aussagen der Befragten aus Gründen der Übersichtlichkeit nach ihrer beruflichen Position geordnet werden. Inwiefern also, empfinden sich die Befragten in ihren beruflichen Stellungen als Vertreter von Gesprächspsychotherapeutischen Verbänden, Psychotherapeuten in der Praxis, Ausbildern in Gesprächspsychotherapie (GT) und Psychotherapeuten in Ausbildung von den aktuellen sozialrechtlichen Gegebenheiten der GT betroffen?

Vertreter von Gesprächspsychotherapeutischen Verbänden

Der Vertreter der GwG weist auf die beruflichen Anstrengungen der Verbandsarbeit hin, die mit der sozialrechtlichen Situation der GT mit einhergehen:

„beruflich kosten die Bemühungen um die Etablierung der Gesprächspsychotherapie Zeit und Energie“ (IP3, 4/118-119).

Der Vertreter der DPGG unterstützt diese Aussage ganz generell, in dem er sich folgendermaßen äußert:

„Es gehört sehr viel Seelenkraft und nie nachlassende Selbstgewissheit, zuweilen auch Humor dazu, beruflich diese schwierige Situation durchzustehen“ (IP4, 11/470-471).

Die befragten Verbandsvertreter haben sich in erster Linie zu der beruflichen Betroffenheit in ihrer Rolle als praktizierende Psychotherapeuten geäußert, weswegen in Folgendem genauer auf die berufliche Betroffenheit der Ausbilder und Verbandsvertreter in ihrem Beruf als Psychotherapeut eingegangen wird.

Praktizierender Psychotherapeut

Die beiden Ausbilder und der GwG Vertreter (IP1, IP2, IP3) sind in ihrer praktischen Arbeit als Psychotherapeuten kaum von der sozialrechtlichen Situation der GT betroffen, da sie zusätzlich zur Gesprächspsychotherapie, eine Approbation in Verhaltenstherapie und damit einem der Richtlinienverfahren haben, wodurch eine kassenrechtliche Abrechnung möglich ist. Ein Ausbilder äußert sich hierzu folgendermaßen:

„ Ich habe beide Approbationen, die für Kinder und die für Erwachsene. Die sind bei uns in Deutschland nicht mehr schulen spezifisch, sondern da wird erst nach der Kassenberechtigung, wird die schulen Spezifität als sogenannte Fachkunde abgefragt und diese Fachkunde gibt's nicht als Gesprächspsychotherapeut, sondern die gibt's nur als Tiefenpsychologe, Psychoanalytiker oder Verhaltenstherapeut und die Fachkunde, auf der Ebene habe ich als Verhaltenstherapeut nachgewiesen“ (IP1, 2/65-70)

Die interviewte Vertreterin der DPGG (IP4) hat die Approbation in Gesprächspsychotherapie und sich in Folge des Psychotherapeutengesetzes nicht nachqualifizieren lassen und schreibt weitgehend erfolgreich Gesprächspsychotherapeutische Kassen Anträge, ist jedoch jedes Mal wieder mit der ungewissen Situation konfrontiert, nicht zu wissen, ob ihr Antrag; der Antrag einer Gesprächspsychotherapeutin von der zuständigen Kasse akzeptiert wird (IP4).

„Beruflich fühle ich mich eingeschränkt. Ich war nicht bereit, in TP nach zu qualifizieren, weil es meiner Identität als GTlerin völlig widersprach. Da ich approbiert bin (in GT), kann ich immerhin im Rahmen der Kostenerstattung abrechnen, was allerdings vor Therapieaufnahme einen kräftezehrenden und oft demütigenden Kampf mit den Kassen erfordert .Wenn die Anerkennung nicht gelang, musste ich auch schon finanzielle Einbußen hinnehmen“ (IP4, 11/464-469).

Gesprächspsychotherapieausbilder

Die berufliche Situation der Ausbilder ist wie auch die Situation der Gesprächspsychotherapeuten in Ausbildung am direktesten von der sozialrechtlichen Situation betroffen. Ein Ausbilder (IP1) bietet im Bereich Gesprächspsychotherapie „Spieltherapie und personenzentrierte Beratung mit Kindern, Jugendlichen und Familien“ sowie „personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen (I/ II)“ an und erklärt, dass Spieltherapie mittlerweile als Heilpädagogische Leistung gesehen wird, und dadurch als Ausbildung wieder interessanter geworden ist:

„[...] weil Spieltherapie als eine Kompetenz außerhalb des Psychotherapiefeldes in Deutschland auch als eine Heilpädagogische Leistung nachgefragt und organisiert ist. Und [...] den Bürgern zur Verfügung steht und diese Heilpädagogische Spieltherapie auf personenzentrierte Grundlage, die ist durchaus bedeutsam und weiter gefragt ist“ (IP1,4/140-144).

„Das ist jetzt in den letzten zwei Jahren, war es ein richtiger Durchhänger, wegen dieser Verunsicherung, wo gehen wir hin und was machen wir, sozusagen markbeherrschend war, und ich ja, wie gesagt, selber auch die Leute eher weggeschickt habe, wenn sie die Voraussetzung für die Approbationsqualifikation hatten und jetzt wird das wieder besser. Jetzt habe ich gerade wieder einen Kurs angefangen und ich hab so die Vorstellung, dass auch im nächsten Jahr nochmal wieder ein weiterer entsteht“ (IP1, 4/153-158).

Der Ausbilder, der am derzeit einzigen Institut (IfP) in Deutschland lehrt, an dem im Moment die letzten 15 PiAs in Gesprächspsychotherapie approbieren, berichtet u.a. von Umstrukturierungen bezüglich der Ausbildungsgruppen, da von zwei Ausbildungsgängen nur noch 15 Leute bei der GT geblieben sind, weil der Rest aufgrund der durch die erneute sozialrechtliche Ablehnung der GT 2008, zu einem Richtlinienverfahren gewechselt hat.

„Das was wir machen mussten war, weil die einzelnen Kohorten so klein wurden, wir haben die alle zusammengelegt. Also wir mussten das aus finanzielle Gründen machen. Acht Leute unterrichten, wenn das für 15 kalkuliert wurde. Das konnten wir uns nicht mehr leisten. Dann wurden wie gesagt die ersten beiden 2005 und 2006 zusammengelegt. Das dauerte eine Weile“ (IP2,4/182-185).

Weiterhin sind auch die Ausbilder von der Tatsache betroffen, dass die Psychotherapieausbildung der PiAs sich um ein paar Jahre verlängert, da sie kaum Klienten finden, die bereit sind die Stunden selbst zu bezahlen:

„[...] und das kann wirklich sein. Also wenn sich das so hinlappert mit den Patienten, dass das noch länger dauert als drei Jahre“ (IP2, 6/ 239-249).

Die Gesprächspsychotherapeuten fühlen sich innerhalb des Instituts, das auch Tiefenpsychologisch ausgerichtet ist auch nicht wirklich vom Institut vertreten und genug mit einbezogen, wenn es um Institutsinterne Versammlungen geht, wie folgender Ausschnitt zeigt:

„Also Sie müssen sich vorstellen das Institut ist jetzt, das ist diese Institution, aber es gibt zwar auch einmal im Jahr, mindestens einmal im Jahr ein gemeinsames Treffen, allerdings alle, auch der TP-ler (...) und die armen GT-ler, die dann bereit sind zu kommen, also von den Dozenten, den Selbsterfahrungsleitern sind das alles die gleichen. Von den Dozenten und Selbsterfahrungsleitern und Supervisionen, die haben alle die gleichen Qualifikationen. Die sitzen dann so ein bisschen stumm rum und es sind eigentlich nicht unsere Fragen, die da besprochen werden, so dass wir schon einmal überlegt haben wir müssen uns einmal unabhängig treffen“ (IP2, 7/ 287-294).

Psychotherapeuten in Ausbildung

Die Gesprächspsychotherapeuten in Ausbildung sind im Moment am direktesten von der sozialrechtlichen Situation betroffen, da sie durch die fehlende Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GT) nur Klienten behandeln können, die ihre Psychotherapeutische Behandlung selbst bezahlen, wodurch ihnen von vorneherein ein kleinerer Klientenpool zur Verfügung steht, der viel zu wenig Klienten abwirft, als das die PiAs, die von ihnen geforderten 600 Behandlungsstunden in der dafür vorgesehenen Zeit von zwei Jahren zusammen bekommen könnten (IP5). Es gibt zwar Ambulanzen, die Klienten zu Psychotherapeuten in Ausbildung weiterleiten, doch auch hier werden von den Klienten eher lange Wartezeiten auf einen kostenfreien Behandlungsplatz bei einem Psychotherapeuten in Ausbildung innerhalb eines Richtlinienverfahrens in Kauf genommen, als einer selbstbezahlten Behandlung bei einem PiA der GT zuzustimmen, weswegen sich die Ausbildung der Betroffenen teilweise um mehrere Jahre verlängert:

»Wir finden zuwenig Klienten. Dadurch, dass das über die Ambulanz eben schwierig ist. Wir können nur eben Privatpatienten behandeln, also Menschen, die eben bereit sind auch 70 Euro zu zahlen. (...) Beziehungsweise haben wir jetzt aus der Not heraus das Modell jetzt schon für 25 Euro zu therapieren, zu behandeln. Und von diesen 25 Euro bekommen wir als Ausbildungskandidaten halt 1,75 für die Therapiestunde, was im Grunde gar nichts ist, aber es ist immer noch besser als keine Patienten zu haben und trotzdem...« (IP5,2100-108).

Die Ausbildungssituation ist durch die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen und den daraus resultierenden Folgen für die PiAs deutlich erschwert worden, wie ein Psychotherapeut in Ausbildung beschreibt:

„[...]weil die sozialrechtliche Situation ist das, wasist das, was die Ausbildungsbedingungen so schwierig macht und was ja letztlich dafür gesorgt hat, dass wir eben nur eine sehr, sehr kleine Gruppe sind, also die in Deutschland überhaupt so eine Ausbildung noch machen. Und wir haben dann dadurch so eine Einzelkämpferposition bekommen, die es irgendwie auch schwierig macht nach außen zu sagen, ich wewrde Gesprächspsychotherapeutin und viele gar nicht mehr so richtig was mit diesem Begriff anzufangen wissen teilweise, weil es einfach so selten geworden ist und die GT-ler, die es so auf dem freien Markt gibt, unetr einem anderen Label firmieren. Die dann noch eine Fortbildung gemacht haben, um dann kassenrechtlich abzurechnen. Das ist schon schwierig«(IP5,2/63-71).

Sehr bedauernswert und auch verunsichernd beschreibt der Psychotherapeut in Ausbildung, die Tatsache dass von Anfangs 45 PiAs mittlerweile nur noch 15 geblieben sind, da der finanzielle und lebenspraktische Druck auf die anderen Teilnehmer einfach zu groß war, als dass sie bei den unsicheren Ausbildungsumstände in der GT Ausbildung geblieben wären:

»Es fing im Grunde schon damit an, dass unsere Ausbildungsgruppe sich sehr stark verringert hat. Dass nach und nach immer mehr auch Ausbildungskandidaten, die unetr anderen Umständen mit Sicherheit die Ausbildung mit uns zusammen beendet hätten, dass die einfach gesagt haben, das ist mir zu schwierig, das dauert mir zu lange, ich kann das nicht absehen, ich mach jetzt was anderes. Und das hat dafür gesorgt, dass die Stimmung irgendwie schlechter wurde. Dass wir einfach auch uns, also ich mich gefragt habe, oh Gott, sehe ich irgendwie den Zug nicht abfahren? Also so Unsicherheitsfaktoren« (IP5, 2/81-87).

»Also ich glaube der Punkt hat immer mehr von den Ausbildungskandidaten gezwungen oder dazu geführt, dass sie aufhören oder wechseln. Das ist auch jetzt noch so, dass einige von unseren ... noch 15 verblieben und es ist immer noch so, dass einige schwanken« (IP5,4/131-133).

Wie der Psychotherapeut in Ausbildung hier schon kurz anklingen lässt, hat sich durch die sich aus den sozialrechtlichen Bedingungen entstehenden Folgen für die GT PiAs auch die Stimmung am Institut verschlechtert, worauf der zweite hier befragte Psychotherapeut in Ausbildung etwas näher eingeht:

„.... Es hat mal so eine Stimmung „wir sind unzufrieden mit unserem Lehrer“ (gegeben). Das kriegt so eine Dynamik. Die, die das initiiert haben, haben eine Verpflichtung, dass wir das beenden können. (IP6,5/187-189).

„...also wie gesagt die wirklichen Schwierigkeiten machen sich dann bemerkbar, wenn es um die 600 ambulanten Behandlungsstunden geht und ich merke gerade, dass es eine interessante Dynamik ist in unserer Gruppe, weil also, es hat sich mehr dahingehend verändert, dass sie immer sagen, Du Leitung, du Jochen Eckhardt, du musst das jetzt weitermachen für uns und da gibt es viele andere Engagierte, aber er ist da ja immer der Vorrangigste und der Aktivste auch. (...) Aber vielleicht hat die Gruppe auch die Haltung entwickelt, dass das da von oben durchgekämpft werden muss. Und es läuft schon so lange (IP6,9/ 364-369).

Die Ursachen für die zeitweise sehr angespannte Stimmung am Institut, die sich auch den Lehrenden gegenüber bemerkbar macht, liegt, wie der PiA betont an, in erster Linie an dem Mangel an Klienten und der dadurch entstehenden Unsicherheit über ein wie und vor allem ein wann des Ausbildungsendes, wie auch der zweite befragte PiA bestätigt:

»Also ich glaube dieser »ambulante Fälle Punkt« ist eigentlich für uns in der Ausbildung der Punkt, der am allerstärksten Druck ausübt oder der am frustrierendsten eigentlich ist. Das macht sich auch an anderen Ecken bemerkbar, aber ich glaube das ist so das was uns am stärksten da alle beeinflusst oder auch ...« (IP5, 3/123-126)

Ebenfalls nicht ganz einfach ist es für die wenigen verbliebenen Gesprächspsychotherapeuten an ihrem Institut, dass nun in erster Linie die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapieausbildung anbietet und von daher bei organisatorischen oder auch wirtschaftlichen Punkten die alle Auszubildenden gleichermaßen betreffen, die Interessen aller Beteiligten der Tiefenpsychologischen Ausbildung in den Vordergrund gestellt werden. Wichtig fände ein Psychotherapeut in Ausbildung auch mehr Einsatz des Instituts, wenn es um den Abschluss der GT Ausbildung geht:

»Und dass das Institut sich dafür einsetzt, dass es möglich ist, dass wir die Ausbildung zu Ende machen und dass sie uns auch unterstützen, gerade wenn es schon so schwierig ist. In der Form zum Beispiel, dass wir gerade eine Erfahrung gemacht haben, dass entschieden worden ist, es gibt keine finanzielle Unterstützung mehr, wenn wir Räume außerhalb nutzen wollen, was wie gesagt bei Tiefenpsychologen möglich ist. Oder auch, dass wir beteiligt werden wollen, wenn die Ausschüttung prozentual, wieviel wir aus den Behandlungsstunden selber zurückbekommen. Dass das sozusagen automatisch auch für die GT-ler gilt und nicht nur für die TP-ler. Dass wir auch einfach stärker konsultiert werden mit der Frage, wo liegen eigentlich eure Probleme. Und das könnte tatsächlich auch das Institut unterstützend tun“ (IP6,10-11/454-61).

„Und dass dann nicht nur über wirtschaftliche Aspekte argumentiert wird, so nach dem Motto, ihr könnt bestimmte Dinge nicht nutzen oder habt andere Konditionen als die anderen Ausbildungskandidaten, weil ihr ja auch weniger Geld einbringt oder nicht kassenfinanzierte Therapien macht, sondern dass es darum wirklich geht, dass wir gemeinsam als Institut ...“ (IP6,10/441-345).

Um die Studenten regelmäßig über Veränderungen an der sozialrechtlichen Situation zu informieren aber auch um Problemlösungen für den Ausbildungszustand zu finden, organisieren die Lehrenden regelmäßige Seminare und versuchen auch sonst so gut es geht ihre Auszubildenden zu unterstützen:

»Und ich habe schon auch das Gefühl, dass die Dozenten oder die GT-ler, die uns unterrichten, auch sehr darum bemüht sind, uns auch da immer wieder den Rücken zu stärken und auch irgendwie Hoffnung zu geben. Es gibt auch schon immer wieder Seminare, deren Inhalt einfach die Ausbildungssituation ist und ganz viele Fragen von unserer Seite (kommen), Unsicherheiten, die wir geklärt haben wollen und möglicherweise würde es diese Seminare gar nicht geben, wenn nicht einfach die Situation so eine besondere wäre, weil es« (IP5,5/207-219).

Die erschwerte Praxissituation mit zu wenigen, schlecht zahlenden Klienten führt dazu, dass ein PiA teilweise mehr arbeiten muss und so weniger Zeit für die theoretische Inhalte hat, in die er sich gerne mehr vertiefen würde:

»das ist einfach so Schade, weil ohne diese ganzen sozialrechtlichen äußeren Bedingungen und diesem Druck, der auf uns ausgeübt wird, könnte ich mich halt auch viel stärker auf diese Ausbildung und die Inhalte konzentrieren, was mir eigentlich...Also jetzt sind ja Semesterferien, teilweise beschäftige ich mich auch ganz wenig damit. Außer natürlich mit meinen Patienten. Es fängt ja schon damit an, dass wir halt kaum Geld bekommen für die ambulanten Fälle, was in den anderen Ausbildungen durchaus so ist. Das heißt ich muss halt mehr arbeiten, ich habe viel weniger Zeit für zum Beispiel Literaturstudium oder sowas. Im Grunde sind diese Rahmenbedingungen, die schränken so viel ein, was ich an Kraft eigentlich sonst in das Inhaltliche noch viel stärker stecken könnte. (IP5,2-3/81-97).

Die Zerrissenheit und Schwierigkeit einem Beruf nachzugehen, hinter dem man theoretisch sowie praktisch voll und ganz steht, sich damit aber in einer schwierigen sozialpolitischen Position zu befinden, die einen nachhaltig beeinflusst, drückt sich in folgender Aussage eines PiAs aus:

»Ich glaube ganz ehrlich, wenn ich gewusst hätte, dass es wirklich so schwierig wird, wie es jetzt ist und so schleppend vorangeht, dann hätte ich mich möglicherweise für eine der anderen beiden entschieden. Und hätte dann gedacht, ach ich mach da trotzdem GT. Was aber aus meiner jetzigen Sicht eigentlich gar nicht möglich ist. Das wäre sehr, sehr schade gewesen« (IP5,5/187-191).

8.2.2. Einschätzung der aktuellen sozialpolitischen Gegebenheiten

In dieser Kategorie soll herausgefunden werden, wie die Befragten die aktuellen Sozialpolitischen Gegebenheiten bewerten. Seit 2010 ist eine umfassendere Novellierung des Psychotherapeutengesetzes geplant, innerhalb welcher auch der AOLG-Beschluss der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landes Gerichte vorgebracht wird (Müller & Wienand-Kranz 2011).

Dabei geht es darum den Bereich Psychotherapie sozialgesetzlich insofern, wie den Bereich der Mediziner zu gestalten, als dass das Berufsrecht und das Sozialrecht zusammengeführt werden. Aus dem Berufsrecht, das einem Psychotherapeutischen Verfahren erteilt, dieses wissenschaftlich anerkennt und ihm die Möglichkeit mit staatlichem Abschluss auszubilden, soll das Sozialrecht hervorgehen, durch welches ein Psychotherapeutisches Verfahren automatisch Teil der Kassenärztlichen Versorgung, und damit ein Richtlinienverfahren ist. Das Berufs- wie auch das Sozialrecht werden von verschiedenen Gremien anhand der Erfüllung unterschiedlicher Forderungen vergeben; eine Zusammenführung beider Rechte erfordert also größere Umstrukturierungen in der gesamten sozialpolitischen Gestaltung des Bereichs Psychotherapie. Wie wird von den Interviewpartnern nun der Erfolg des AOLG-Beschlusses eingeschätzt?

Ein Ausbilder sieht den Erfolg des AOLG-Beschlusses vor dem Hintergrund diesbezüglich divergierender Interessen stärkerer Gegner kritisch:

„Naja, also, mmh, illusionär wäre es, wenn ich irgendwie denke, dass da eine Systemveränderung stattfinden kann, also es geht auch in dem AOLG, der Intervention geht's es letztlich nur darum, ob gesellschaftlich jemand deutlich sagt, der deutsche Bürger hat ein Recht auf Kassenbezahlte Gesprächspsychotherapie. Das ist die einzige Frage, ob sich das durchsetzen wird. Und dann würde das bedeuten, dass nichts weiter geändert werden wird, außer dass eben Tiefenpsychologie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie Kassen abgerechnet werden können“ (IP1, 2/74-80).

„Wenn man davon ausgeht, dass es also leere Kassentöpfe gibt, dass die Krankenkassen sagen, Psychotherapie ist zwar präventiv kostendämpfend, das haben sie längst begriffen, aber andererseits ist es eben kurzfristig gefälliger zu bezahlen und da ist dieses System zu träge, als dass es sich umstellen könnte auf Präventivmedizin. Bei den Ärzten gibt es weitere Argumente. Bei den Psychos selber gibt's das ganz starke Argument, dass ja die klinischen Psychologen und Hochschullehrer für Psychotherapeutisches einen schwachen Stand haben. Die psychotherapeutische Forschung an den psychologischen Instituten ist, ja sehr schwach letztlich, weil man da im Konsens, also die Karavane des Erkennens in

der Psychotherapie, wandert eigentlich weiter in Richtung Evolutionspsychologie und Neuropsychologie. Psychotherapeutische Interventionsbegegnungen sind eigentlich nicht wirklich mehr das, was an der Forschungsspitze interessiert“ (IP1, 2-3/83-93).

Ein Ausbilder des IfP hat die Information, dass das Ansuchen um die Zusammenführung von Sozial- und Berufsrecht die Novellierung des Psychotherapeutengesetz zeitlich verzögern würde, das aber schnellst möglich an die Änderungen durch Bologna angepasst werden muss:

„[...] Da war es eben dann so, als der AOLG Beschluss kam und wir dafür plädierten, dass dieses Sozialrecht folgt Berufsrecht auch mit hinein sollte, da hat dann Herr Richter beziehungsweise der Vorstand gemeint, das würde aber den Prozess behindern. [...] Also das ist wirklich brennend und Herr Richter hat unter anderen hat dann behauptet, wenn das jetzt noch mit hinein kommt, das würde das die Novellierung verzögern und das ist eigentlich Quatsch. Es gibt überhaupt keine Grundlage dafür. Man könnte das auch vorziehen. Und da hat er es vorerst wieder gebremst. Das war dann einer dieser Gründe am DVT Tag, Delegiertenversammlung, dass das dann wieder zurückgepfiffen wurde“ (IP2, S.11/ 473-85).

Ein Vertreter der GwG sieht die Lage aufgrund der Rückmeldung, die sie vom BMG bekommen hat, etwas positiver:

„Meine persönliche Einschätzung ist, dass die Politik die Empfehlung der AOLG positiv aufgenommen hat. Ich bin davon überzeugt, dass es in der Gesetzesreform eine bessere Verknüpfung zwischen Berufs- und Sozialrecht geben wird. [...] Das BMG hat sich den AOLG-Beschluss sehr wohlwollend aufgenommen und sich wiederholt für eine bessere Verknüpfung von Berufs- und Sozialrecht ausgesprochen. Neben der Regelung der Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung und der Bezahlung der Praktischen Tätigkeit während der Ausbildung steht das ganz weit oben der Agenda bei der anstehenden Reform des Psychotherapeutengesetzes. Der Kostenfaktor spielt keine Rolle, weil es dadurch keine zusätzlichen Kassensitze geben wird. Deshalb wird auch die Ärzteschaft nicht gegen mehr Verfahrensvielfalt bei den psychologischen Kollegen sein“ (IP3,3/77-88).

Der Vertreter der DPGG sieht die Chancen auf eine Zusammenführung des Berufs- und Sozialrecht ebenfalls eher günstig, da ein allgemein großer Mangel an Psychotherapeutischer Versorgung herrscht und die Psychotherapeutenkammern und die staatlichen Kassen Druck auf die Politik in Richtung einer Änderung der Situation machen:

„Ja, aber das ist ja auch Aufgabe der Politik auch Missstände zu beheben und da ist schon sehr viel Druck. Die großen Kassen haben ja mehrfach Studien gemacht wie schlecht die Versorgung ist und die machen auf jeden Fall Druck und die Psychotherapeutenkammer macht auch Druck, weil die Wartezeiten einfach zu lang sind. Und das ist dann halt die Aufgabe der Politik. Und wir wissen ja welche Milliarden Überschüsse die Kassen auch haben. Also es dürfte eigentlich kein Problem sein und wenn der politische Wille noch

nicht da ist, dann kriegt er auch wirklich Druck von den Krankenkassen. Und man muss dazu sagen, die Krankenkassen haben ja mit der GT sehr gute Erfahrungen gemacht. Also in den 80er, 90er Jahren da hat auch die Technikerkrankenkasse die Gesprächspsychotherapie auch immer bezahlt. Ich habe da zum Teil auch schon niedergelassen gearbeitet und letztlich dürfte es eben auch deswegen interessant sein, weil wir ja auch im Vergleich zur Psychoanalyse ein viel wirtschaftlicheres und viel effizienteres Verfahren sind (IP4,9/388-400)

8.2.3. Aktuelles sozialpolitisches Engagement

Die befragten Ausbilder sind beide aktiv in einem Gesprächspsychotherapeutischen Verband, der Ausbilder am IfP ist, wie alle anderen Ausbilder dort auch in der DPGG aktiv und betont; *„Uns jetzt geht es wirklich darum, da kluge Lobbyarbeit zu machen [...]“ (IP2,12/548).*

Der zweite befragte Ausbilder ist sowohl Mitglied in der GwG als auch Gründungsmitglied der DPGG und beteiligt sich dort aktiv am aktuellen sozialpolitischen Verbandsgeschehen:

„Seit dem ersten Jahr nach ihrer Gründung bin ich Mitglied in der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie [...] Als Gründungsmitglied der DPGG (Deutsche psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie) trage ich mit und unterstütze die letzten noch laufenden Versuche den Bürgern in Deutschland zur Kassenleistung Gesprächspsychotherapie zu verhelfen und so den gesundheitspolitischen Skandal der Benachteiligung des Verfahrens abzuwenden“ (IP1,5/169-176).

Von den Interviewten Psychotherapeuten in Ausbildung ist einer Vizevorsitzender PiAvertreter in der DPGG, der zweite Psychotherapeut in Ausbildung ist nicht sozialpolitisch eingebunden, aber über das sozialpolitische Engagement der PiA Vertreter informiert (IP5, IP6). Der Vizevertreter des PiA Vertreter in der DPGG betont, dass die PiA sich innerhalb der DPGG in Bezug auf den AOLG-Beschluss engagieren, in der Angelegenheit aber nicht eigenständig als PiA auftreten:

»Also wir haben, es gab einen von uns, die uns vertreten hat und es gab ja da irgendwie diese AG Anerkennung und die gemeinsam auch dort mit hingefahren ist und auch unsere Situation mit eingebracht hat und da auch teilweise eben mitgearbeitet hat. Es gibt glücklicherweise da zum Beispiel den Herrn Hentze, der ganz aktiv ist und war, auch in der DPGG und da wurde ja auch schon an die Länder herangetreten und da war schon auch eine von uns dabei aber so dass wir jetzt als Gruppe was verfassen und an die politischen Vertretungen gehen, das haben wir jetzt nicht gemacht« (IP5,9/398-404).

Weiterhin bedauert er, dass er sich aus Zeitgründen nur am Rande der sozialpolitischen Arbeit einbringen kann:

»Also ich bin Mitglied in der DPGG. [...] Und in der DPGG bin ich quasi, also einer von unseren Aufnahmskandidaten ist auch Vorstand und ich bin sozusagen die Vertreterin der Vertreterin von ihr. Das heisst, also es ist schon so, dass ich irgendwie den Schriftverkehr verfolge und auch verfolge was da so politisch passiert und versuche da einen Überblick zu behalten aber ich eigentlich sagen muss, ich schaffe es zeitlich fast gar nicht mich da zu engagieren. Das sprengt einfach meinen zeitlichen Rahmen. Wenn es Sitzungen oder Treffen oder sowas gibt, dann versuche ich schon mit dabei zu sein. Und in der GWG, also es ist ja so ein bisschen«(IP5,7/305-312).

Die beiden Verbandsvertreter sind innerhalb des Verbands aktiv an der sozialpolitischen Verbandsarbeit beteiligt (IP3, IP4). Die sozialpolitische Arbeit vor dem Hintergrund des AOLG-Beschlusses im Zuge der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes besteht momentan vorwiegend darin, an Politiker auf Bundes- und Länderebene heranzutreten und dabei Kontakte zu den Hauptverantwortlichen zu knüpfen, bzw. Informations- und Überzeugungsarbeit, insgesamt Lobbyarbeit zu leisten. Die beiden Gesprächspsychotherapeutischen Verbände setzen sich sowohl in getrennt als auch gemeinsam in der Sache ein.

Der Vertreter der GwG äußert sich folgendermaßen zur aktuellen Verbandsaktivität:

„Die GwG führt weiterhin Gespräche mit Landes- und Bundespolitikern und mit Vertretern des BMG und der zuständigen Gremien, damit unser Anliegen breit unterstützt wird und bei der Reform des Psychotherapeutengesetzes umgesetzt wird. Abgesehen davon werden weitere Studien zusammengetragen um sie den G-BA nachzureichen, der dann erneut prüfen muss, ob die Gesprächspsychotherapie sozialrechtlich anzuerkennen ist“ (IP3, 1/37-45).

Der AOLG –Beschluss der „die Folge einer gemeinsamen Initiative der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie (DGST), der Systemischen Gesellschaft (SG) und der GwG“ (IP3, S.1/20-21) ist, wird laut dem GwG Vertreter von einem breiten Konsens innerhalb der Profession unterstützt:

„Unterstützt wird der Beschluss selbstverständlich von den gesprächspsychotherapeutischen und Systemischen Verbänden. Auch die Mehrheit der psychologischen Fach- und Berufsverbänden hat sich in einer Resolution für den Beschluss ausgesprochen. Bereits am 13. Mai 2006, lange vor dem AOLG-Beschluss, wurde von den Bundesdelegierten des 8. Deutschen Psychotherapeutentags vom Gemeinsamen Bundesausschuss gefordert, die sozialrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie zu beschließen. Bis heute gibt es die breite Unterstützung durch

die Profession, die möchte, dass der Webfehler im Psychotherapeutengesetz aufgehoben wird. Das BMG signalisiert immer wieder, den AOLG-Beschluss in der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes zu berücksichtigen. In Gesprächen mit Mitgliedern des Gesundheitsausschusses des Bundestags wird uns ebenfalls Unterstützung signalisiert“ (IP3, 2/51-61).

Die Vielfältigkeit der Aktivitäten im Zuge des AOLG-Beschlusses der DPGG führt die DPGG Vertreterin im Folgenden aus:

»Es ist eine sehr vielfältige und auch sehr intensive Arbeit, die der Vorstand leistet und dann lastet gerade sehr viel auf der Vorsitzenden. Unser Hauptanliegen ist einmal die politische Arbeit. Also es gibt ja diesen AOLG -Beschluss und wir haben jetzt im Laufe des letzten Jahres den Verband wiedergegründet und diese politische Arbeit vorbereitet. Das dauert langsamer und ist auch aufwendiger als man so zunächst gedacht hat. Es geht aber darum , dass wir zum Beispiel auch eine Broschüre in der Hand haben, die wir an die Politiker weitergeben, in denen unsere Argumentation gebündelt ist. Aber diese Broschüre musste ja überhaupt ja erstmal gedanklich entwickelt werden. Und jetzt in Kürze wird sie aber gedruckt und dann auch verteilt. Also dadurch werden wir auf die Politiker losgehen. Und es hat dann auch schon eine Schulung gegeben, wie wir eben diese Lobbyarbeit, so nennen wir das, jeden Tag vornehmen können. Diese Schulung hat im letzten Herbst stattgefunden. Da sind aus allen Bundesländern Mitglieder der DPGG gekommen, die sich das halt zutrauen. Also es ist ja für alle eine neue Arbeit jetzt mit Politikern Termine zu achen und mit denen ins Gespräch zu kommen« (IP4, 1/37-50).

»Das ist das Eine und das Andere ist natürlich, dass wir versuchen die Gesprächspsychotherapie einfach im Bewusstsein der Öffentlichkeit zu halten und so haben wir zum Beispiel im letzten Herbst und im Frühjahr jetzt gerade vorletzte Woche, ein wissenschaftliche Forum abgehalten. Also auch für Interessierte, für Ausbildungskandidaten aber eben auch gestandene Psychotherapeuten offen ist, wo wir (unverständlich) auf wissenschaftliche Weise und mit praktischen Falldarstellungen erläutern und das sind so die beiden Hauptstränge, die wir darlegen vom Verband her« (IP4,2/51-57)

Beide Gesprächspsychotherapeutischen Verbände treten im Zuge des AOLG-Beschlusses auch gemeinsam auf, und lassen in Bezug auf die hier notwendige sozialpolitische Arbeit, ihre geschichtlichen Differenzen in den Hintergrund treten:

»Wir versuchen das zu koordinieren und gemeinsam aufzutreten. Also historisch gibt es da schon auch Reibungspunkte. Deswegen hat sich ja die DPGG ja überhaupt erst Ende der 90er Jahre gegründet, [...] Und darum haben wir uns damals gegründet. Aber wir sind uns klar darüber, dass es nicht so toll ist, getrennt zu marschieren, sondern wir wollen das gemeinsam machen und da gibt es auch einen regen Austausch, der wie gesagt wegen der Altlasten nicht immer ganz einfach ist, aber der doch weitgehend funktioniert, weil wir das eine Ziel vor Augen haben« (IP4,3/74-83)

8.3. Mögliche Zukunft der Gesprächspsychotherapie

In der letzten Kategorie vorliegender Untersuchung geht es um Vorstellungen einer möglichen Zukunft der Gesprächspsychotherapie der Interviewpartner. Die Ansichten divergieren hier einmal in Abhängigkeit von dem Erfolg oder Scheitern des AOLG-Beschlusses, der grundlegenden Haltung des Befragten zum Psychotherapeutischen Versorgungssystem in Deutschland oder der Kenntnis der bisherigen Resonanz Verantwortlicher Institutionen u.a.

Der DPGG Vertreter ist mit einer Prognose der Zukunft auf der Basis eines erfolgreichen AOLG-Beschlusses eher vorsichtig:

„Das ist schwer abzuschätzen. Das Votum ist sehr positiv! Es bedarf aber eines nicht nachlassenden berufspolitischen Engagements, die Politiker nun an die Umsetzung des Beschlusses zu mahnen. Leider sind wir nicht mehr viele, die noch genug Kampfgeist und Energie haben, sich aktiv einzusetzen. Viele sind müde oder arbeiten inzwischen in einem anderen Therapieverfahren. Das macht die Zukunft der GT nicht gerade rosig. Dennoch hoffe ich, dass ein so hoch wirksames Therapieverfahren noch seine Anerkennung erlangt. Auch bei der Anerkennung der Homöopathie oder Akupunktur hat es Jahrzehnte gedauert, ehe die Krankenkassen diese finanziert haben“ (IP4,11/475-482).

Der GwG Vertreter betont, dass die Zukunft der GT nicht aussichtslos ist, wenn der AOLG-Beschluss abgelehnt wird:

„Falls der AOLG-Beschluss ins Leere läuft und auch die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes keine bessere Verknüpfung von Berufs- und Sozialrecht bringt, gibt es noch weitere Wege. Dann können wir dem Gemeinsamen Bundesausschuss immer noch weitere Studien einreichen und haben darüber die Möglichkeit, die sozialrechtlich Anerkennung der Gesprächspsychotherapie zu erreichen. Ein erfolgversprechender Weg ist die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie als Methode der Humanistischen Psychotherapie“ (IP3,3/91-97).

Ein befragter Ausbilder wünscht sich zukünftig nicht unbedingt und ausschließlich die Gesprächspsychotherapie als Richtlinienverfahren sondern eine einzige psychotherapeutische Fachkunde, die alles Psychotherapeutische enthält, was sich in der Psychotherapieforschung als wirksam erwiesen hat, und dann in eigener Verantwortung von Psychotherapeuten praktiziert werden kann:

„Also kurz gesagt, wenn ich heute auf einem Podium sitzen würde, würde ich nicht so sehr der Gesprächspsychotherapie als Einzelmethode im Unterschied zu anderen nachtrauern, sondern würde mehr sagen, wir brauchen eine psychotherapeutische Fachkunde und

innerhalb dieser Fachkunde muss der personenzentrierte Grundansatz seinen Rahmen und seine Position haben“ (IP1,1/42-46).

Die konkrete Zukunft der Gesprächspsychotherapie betreffend geht er von Folgendem aus:

„Ja ich glaube, dass es schon so was gibt, wie einen Internationalen Hintergrund des personenzentrierten Ansatzes, der ist glaube ich lebensfähig und der ist ja, so wie ich Ihnen eingangs ganz begeistert erzählte, was das in meiner Biographie bedeutete, ihn gefunden zu haben, in dem Sinne ist er tragfähig in noch vielen Einzelpersonen und ich denke, dass noch so eine Community weiterexistieren wird, die aber nicht unbedingt kassenpsychotherapeutisch sich verstehen muss“ (IP1,2/96-101).

Der Ausbilder am IfP betont, dass einige Gegebenheiten unabhängig vom AOLG-Beschluss aktuelle Möglichkeiten für approbierte Gesprächspsychotherapeuten sind und auch zukünftig bleiben werden, um an der Psychotherapeutischen Versorgung teilzunehmen. Sie können immer noch im Angestelltenverhältnis in Kliniken arbeiten oder sich privat etablieren. Weiterhin erwähnt sie eine Gesetzeslücke, durch die die Kasse eine Therapie bezahlen muss, wenn ein Klient nach 3-5 Erstgesprächen keinen Therapeuten gefunden und ein halbes Jahr gewartet hat. Sie weist auch darauf hin, dass es eine Untergruppe des VPPs gibt, die aus Psychotherapeuten besteht, die keine Kassenzulassung haben und sich gegenseitig unterstützen (IP2).

Insgesamt bedauert sie aber; *„Je länger es dauert, desto unbekannter wir dieses Verfahren, es wird zwar auch verwässert praktiziert, aber in den Hochschulen gibt es nur noch Anna Auckenthaler, die einen Lehrstuhl inne hat“ (IP2,14/646-648)* und betont, dass die Gefahr besteht, dass es die GT zukünftig nur noch als Weiterbildung gibt (IP2).

Ein Psychotherapeut in Ausbildung äußert sich hierzu folgendermaßen:

„Ja ich glaube so viel schlechter kann, es kann eigentlich nur besser werden und wenn es nicht durchkommt, dann ist es einfach so. Ich glaube die GT wird dann nach und nach einfach irgendwie therapeutisch gesehen zumindest, ja, was heißt aussterben« [...] (IP5,8/346-348)

Und spricht auch eine mögliche Auflösung der Gesprächspsychotherapie an:

»Über Weiterbildung und auch im Beratungsbereich; dass es da im Coaching und Beratungsbereich da immer wieder Seminare, Weiterbildungen und Zusatzausbildungen und sowas geben wird. Das glaube ich schon. Und ich befürchte aber, dass sie auch immer stärker, wie es im Grunde ja auch schon die Tendenz sehr stark ist von den anderen

Therapierichtungen beziehungsweise vor allem von der Verhaltenstherapie annektiert wird und die Methoden der GT so unter den Nagel gerissen werden und wir haben das ja auch hier über uns mit drin und die GT braucht man als eigenes gar nicht« (457-368), S.8

Der zweite Psychotherapeut in Ausbildung hofft auf eine Veränderung der Einstellung zu Psychotherapie von Seiten der Klienten:

„Ich bin ganz sicher, dass in Deutschland langfristig das nicht weitergehen kann, dass alle ihre Therapien bezahlt bekommen und ich glaube es wird sich die Kultur ändern, dass Menschen auch investieren in ihre Weiterentwicklung und ich kenne so viele Menschen, die von Therapie profitieren würden und sei es nur auf der Basis von Selbsterfahrung ohne eine Störung schon ausgebildet zu haben. Es ist Bedarf da und es nützt und wirkt und es macht Spass. Also ich glaube eher an den Kollaps der Krankenversicherung demnächst und insofern habe ich da von Anfang an das anders gesehen“ (IP6,12/496-502).

Andererseits nimmt sie die zukünftige Situation der GT besorgt und durch die alle anderen Verfahren verdrängende Verhaltenstherapie als eher aussichtslos wahr:

„Also ich mache mir ja große Sorgen beziehungsweise ist eigentlich aus meiner Sicht schon völlig klar. Ich finde das erschreckend. Also woran ich mich sehr festgehalten habe zu Beginn der Ausbildung ist, dass immer wieder erzählt wurde es hat so zum Beispiel in der Psychiatrie immer Entwicklungen und Wellen gegeben. Das heißt alle 10 Jahre geht es in eine Richtung und dann geht es 10 Jahre wieder in die andere Richtung und ich denke mir immer über den Punkt hinaus, wo ...Also wir nähern uns jetzt dem Höhepunkt an, dass die VT auf dem Vormarsch ist. Die VT geht auch unterstützt von verschiedenen Seiten, ich glaube von Psychiaterkollegen außerhalb, die ja sehr darin vor, dass sie bewegen, dass sie viel mehr Bedarf hätten, also dass es viele Patienten gibt, die das bräuchten aber nicht bekommen können und sie dokumentieren damit sozusagen zum einen immer dieses brauchen wir VT-ler und gleichzeitig nur das wirkt. Und das Prinzip ist ja inzwischen alles was wirkt ist VT“ (IP6,12/505-516).

9. Zusammenfassung der Ergebnisse und Beantwortung der empirischen Forschungsfrage

Fasst man die Ergebnisse nun im Hinblick auf die hier gestellte Subforschungsfrage abstrahiert zusammen; so kann folgendes über die persönliche Wahrnehmung und die berufliche Betroffenheit von Berufstätigen innerhalb der Gesprächspsychotherapie (GT) von deren sozialrechtlichen Situation in Deutschland, sowie von deren Vorstellungen von einer möglichen Zukunft der GT konstatiert werden.

- 1) Für die Ausbildung in Gesprächspsychotherapie (GT) als Psychotherapeutisches Verfahren entschieden wurde sich von allen Befragten, bewegt durch einen deutlichen persönlichen Bezug und begründeten Zugang zu deren theoretischen Inhalten meist in Verbindung mit einer für sie eindrücklichen Praxiserfahrung, durch welche sich ihnen die Wirksamkeit dieses Verfahrens unter Beweis stellte. Alle Befragten, unabhängig von ihren momentanen beruflichen Stellungen innerhalb der Gesprächspsychotherapie, nehmen die Situation der GT in Deutschland als stagniert und krisenhaft wahr. Sie wird einerseits noch als klarer Bestandteil der psychotherapeutischen Versorgung wahrgenommen, wobei die Lage der Gesprächspsychotherapie andererseits als in ihrer Existenz bedroht und eher aussichtslos empfunden wird. Alle Befragten sind sich ihrer gesellschaftlichen Randstellung und Zugehörigkeit zu einer, seit Jahren immer kleiner werdenden Gruppe aufgrund fehlendem Nachwuchs an Gesprächspsychotherapeuten auf allen Ebenen der Professionalisierung und Institutionalisierung der GT bewusst. Als Ursachen für die heute so karge Situation der GT werden von allen Befragten unterschiedliche sozialpolitische Aspekte der gescheiterten sozialrechtlichen Anerkennung genannt; wie das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, das Interessensmonopol der Mediziner, sowie der bestehenden Richtlinienverfahren oder der Verlust von Gesprächspsychotherapeuten an die Nachqualifikation in einem Richtlinienverfahren. Die Berufstätigen, die sich alle aus Überzeugung von der Theorie wie auch der Praxis der GT für dieses Psychotherapeutische Verfahren entschieden haben, fühlen sich auch persönlich von der Situation der GT in Deutschland betroffen. Sie wird als ungerecht empfunden und belastet die Berufstätigen emotional. Beschrieben werden u.a. Gefühle wie, Traurigkeit, Zorn, Verbitterung, Empörung und Hoffnungslosigkeit, die in den Befragten hervorgerufen werden. Trotz dieser Gefühle bestätigen alle Befragten das Vorhandensein von Hoffnung über den letztlichen Ausgang der sozialrechtlichen Problematik der Gesprächspsychotherapie in Deutschland.
- 2) In Bezug auf die Berufliche Betroffenheit der Berufstätigen innerhalb der Gesprächspsychotherapie durch die prekäre sozialrechtliche Situation der GT in Deutschland, spielt die jeweilige Berufliche Stellung insofern eine Rolle, als dass

Psychotherapeuten in der Praxis, Psychotherapeuten in Ausbildung und Psychotherapeuten, die sich in Verbänden engagieren auf unterschiedlichen Ebenen der mit der sozialrechtlichen Anerkennungsproblematik der Gesprächspsychotherapie (GT) konfrontiert sind. Praktische Psychotherapeuten rechnen entweder über ein Richtlinienverfahren ab oder begeben sich immer wieder in die ungewisse Situation, der Frage nach der Annahme ihre GT Anträge von den Kassen. Die in Verbänden engagierten Psychotherapeuten nehmen ihre berufliche Betroffenheit vorwiegend als praktische Psychotherapeuten wahr, beschreiben ihre Verbandsarbeit vor dem Hintergrund der aktuellen sozialrechtlichen Gegebenheiten jedoch, als sehr umfassend und anstrengend. Ausbilder in GT bedauern die erschwerten Ausbildungsbedingungen ihrer Teilnehmer sehr und sind besorgt über die Tatsache des derzeit fehlenden Nachwuchses an zukünftigen Ausbildern und Ausbildungsteilnehmern aufgrund der wieder eingestellten Ausbildungsmöglichkeiten. Die letzten verbleibenden 14 Psychotherapeuten in Ausbildung sind jedoch die wohl derzeit am direktesten betroffenen Berufstätigen innerhalb der GT, da sie durch einen Mangel an Klienten mit einer um Jahre verlängerten Ausbildung, sowie einem daraus resultierendem signifikanten finanziellen, zeitlichen und kräftemäßigen Mehraufwand konfrontiert sind. Die aktuellen sozialpolitischen Gegebenheiten, die bevorstehende Novellierung des Psychotherapeutengesetz und das Ansuchen des AOLG-Beschlusses, werden als unterschiedlich erfolgreich und damit ausschlaggebend für die beruflichen Bedingungen der Betroffenen eingeschätzt. Ausbilder und Verbandsvertreter sind durch ihre sozialpolitische Aktivität im Gegensatz zu den Psychotherapeuten in Ausbildung (PiAs) genauestens über die aktuellen sozialpolitischen Gegebenheiten informiert, die neben ihrer aufwendigen Ausbildung unter erschwerten Bedingungen vorwiegend das Bestreben haben, den Überblick über die aktuellen sozialpolitischen Fragen zu behalten. Derzeit sozialpolitischen engagiert sind sowohl Verbandsvertreter als auch Ausbilder, wobei es sich um vielfältige und umfangreiche Aktivitäten im Hinblick auf vorwiegend politische Lobbyarbeit auf Landes – und Bundesebene handelt. Ein Psychotherapeut in Ausbildung ist als PiA Vizevertreter der DPGG am Rande engagiert.

- 3) Die Ansichten der Berufstätigen zu einer möglichen Zukunft der Gesprächspsychotherapie als Verfahren in Deutschland, fallen in Abhängigkeit von dem mit in Betracht ziehen des Erfolgs oder Scheiterns des AOLG-Beschlusses, der grundlegenden Haltung des Befragten zum Psychotherapeutischen Versorgungssystem in Deutschland oder der Kenntnis der bisherigen Resonanz Verantwortlicher Institutionen u.a., unterschiedlich negativ bzw. positiv konnotiert aus. Einerseits werden das Aussterben der GT in Deutschland oder das Bestehen einer kleinen Gemeinschaft, der es gelingt sich abseits der staatlich getragenen psychotherapeutischen Versorgung durch Privatpatienten zu erhalten, in Betracht gezogen, andererseits bestehen auch Lösungsansätze für eine grundlegende Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland, in dem sich z.B. die Einstellung der Klienten dahingehend ändert, mehr in Psychotherapie zu investieren oder anstatt von einander abgegrenzten Richtlinienverfahren eine einzige Psychotherapeutische Fachkunde zu etablieren. Insgesamt überwog jedoch die Sorge der Berufstätigen um eine Gesprächspsychotherapie, die sich im Falle eines scheiternden AOLG- Beschlusses weiterhin am Rande der psychotherapeutischen Versorgung bewegt und an Vertretern verliert.

10. Resümee und Ausblick

Anliegen dieses abschließenden Kapitels ist es zum einen, eine zusammenfassenden Rückschau auf die gesamte Arbeit vorzunehmen, die sich durch die Bearbeitung von zwei Forschungsfragen; davon einer im Theorieteil bearbeiteten Haupt- sowie einer im anschließenden Empirie Teil bearbeiteten Subforschungsfrage konstituiert, und zum anderen, die aus ihnen gewonnen Ergebnisse miteinander in Zusammenhang zu bringen, wobei vor allem noch einmal auf die aktuelle Relevanz der hier behandelten Thematik hingewiesen werden soll.

Den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit bildete die Hauptforschungsfrage nach dem Verlauf der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in

Deutschland, sowie der auf diesen Verlauf einwirkenden Haupteinflussfaktoren. Um sich dem Thema innerhalb des theoretischen Teils kontextbezogen anzunähern, wurden nach der Festlegung, der die Forschungsfrage und somit auch die Grundlage der Arbeit konstituierenden Begriffe in Kapitel 2, im darauffolgenden dritten Kapitel die Ursprünge des psychotherapeutischen Ansatzes ergründet, sowie dessen verfahrenstechnische Einordnung in den nordamerikanischen Raum um 1940 vorgenommen, wo die Klientenzentrierte Psychotherapie durch ihren Gründer Carl R. Rogers (1902-1987) als eine auf Grundsätzen der Humanistischen Psychologie aufbauende Psychotherapeutischen Richtung entwickelt wurde (Hutterer, 1998). In Kapitel 4 wurde die Entwicklung und Verbreitung des Klientenzentrierten Ansatzes in West- und Osteuropa, sowie im deutschsprachigen Raum überblicksartig dargestellt, um einen europäischen Vergleich der Etablierung dieser psychotherapeutischen Richtung mit der im fünften Kapitel im Hinblick auf die Hauptforschungsfrage näher untersuchten Lage besagter psychotherapeutischer Richtung unter der Bezeichnung „Gesprächspsychotherapie“ in Deutschland zu gewährleisten. Der Fokus innerhalb dieses Kapitels lag auf dem historischen Verlauf der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie (GT) von ihren Anfängen in den 60er Jahren bis hin zu ihrer aktuellen sozialpolitischen Lage. Die Entwicklung dieses psychotherapeutischen Verfahrens wurde inhaltlich in drei zeitlich aufeinanderfolgende Abschnitte eingeteilt, die aufgrund von sich verändernden sozialpolitischen Bedingungen, welche zugleich auch die Haupteinflussfaktoren auf die Professionalisierung und Institutionalisierung darstellen, den Entwicklungsverlauf dieses psychotherapeutischen Ansatzes maßgeblich bestimmen.

Es stellte sich heraus, dass die Absprache der sozialrechtlichen Anerkennung der Gesprächspsychotherapie in drei gescheiterten Anerkennungsverfahren zwischen 1987 und 2008 ihr die Aufnahme zu den psychotherapeutischen Richtlinienverfahren verunmöglichte, wodurch dieses Verfahren bis heute aus der staatlichen psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ausgeschlossen ist. Dargestellt wurde

im Kontext dessen, die Situation der Professionalisierung und Institutionalisierung der GT vor der sozialrechtlichen Anerkennungsproblematik zwischen 1960 und 1987, in Folge die Zeit der sozialrechtlichen Anerkennungsproblematik auf der Basis der sie begründenden sozialpolitischen Veränderungen zwischen 1987 und 2008, sowie abschließend die daraus entstehenden Folgen für die Professionalisierung und Institutionalisierung der GT. Die

Sozialpolitischen Bedingungen, auf deren Grundlage diesem psychotherapeutischen Verfahren die sozialrechtliche Anerkennung verwehrt wurde, zeigten sich hierbei als Haupteinflussfaktoren auf die Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie. Das Fünfte und inhaltliche Hauptkapitel des Theorieteils der Arbeit wurde einmal mit einem Einblick in die aktuellen sozialpolitischen Gegebenheiten, sowie deren mögliche zukünftige Folgen für die Gesprächspsychotherapie und zum zweiten mit der Beantwortung der Hauptforschungsfrage in Kapitel 6 abgerundet. Inhaltlich folgte darauf der Empirie Teil in Kapitel 7, in dem mittels einer qualitativ angelegten Untersuchung der Subforschungsfrage nach der subjektiven Wahrnehmung, beruflichen Betroffenheit, sowie der Vorstellungen von der Zukunft der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, von Seiten Berufstätiger aus verschiedenen Bereichen innerhalb des Verfahrens der Gesprächspsychotherapie nachgegangen wurde.

Die aus dem theoretischen, sowie aus dem empirischen Teil der Arbeit hervorgehenden Ergebnisse zeigten sich übereinstimmend in der Deckung der tatsächlichen Vorkommnisse der vergangenen und aktuellen sozialpolitischen Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, mit der Kenntnis und Wahrnehmung dieser, von Berufstätigen innerhalb der GT einerseits und andererseits mit der Schilderung der beruflichen Betroffenheit der Befragten.

Im Theorieteil stellte sich heraus, dass die sozialrechtliche Anerkennungsproblematik, in Form von drei gescheiterten sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren aufgrund bestimmter sozialpolitischer Bedingungen der Umstand ist, der den Verlauf der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland zwischen 1987 und 2008 am meisten beeinflusst hat. Ein Psychotherapeutisches Verfahren braucht neben der wissenschaftlichen Anerkennung, mit der das Berufsrecht einhergeht, wodurch in diesem Verfahren mit staatlichem Abschluss ausgebildet werden darf, auch die sozialrechtliche Anerkennung, um Teil der staatlich getragenen psychotherapeutischen Versorgung sein zu können. Die seit 1987 bestehende sozialrechtliche Anerkennungsproblematik der GT begründet sich auf bestimmte sozialpolitische Bedingungen, die in vorliegender Arbeit als die auf die Professionalisierung und Institutionalisierung einwirkenden Haupteinflussfaktoren verstanden wurden. Als solche erwiesen haben sich;

- das 1999 in kraftgetretene Psychotherapeutengesetz und die damit einhergehende geforderte wissenschaftlichen Anerkennung von Psychotherapeutischen Verfahren,
- die wissenschaftliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie (GT) 2002 durch den WBP und
- die Veränderung der seit 1967 bestehenden Psychotherapie Richtlinie durch den G-BA, aufgrund welcher die sozialrechtliche Anerkennung eines Psychotherapeutischen Verfahrens entschieden wird.

Mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetz 1999, durch das die Ausübung der Psychotherapie erstmals gesetzlich geregelt war, gab es einen großen Einschnitt in die Entwicklung der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie in Deutschland, deren Lage abseits der Richtlinienverfahren noch einmal deutlich dadurch erschwert wurde, dass staatliche Kassen, über die Gesprächspsychotherapeuten vorher u.a. über das sogenannte Kostenerstattungsverfahren abrechnen konnten, sich nun in erster Linie an dem Psychotherapiegesetz und den darin verorteten Richtlinienverfahren orientierten (Frohbürg, 2007).

Die der Gesprächspsychotherapie 2002 verliehene wissenschaftliche Anerkennung, gefordert mit dem Psychotherapeutengesetz, wurde unter den genannten Einflussfaktoren, als einziger positiver sozialpolitischer Einflussfaktor auf die weitere Entwicklung der Professionalisierung und Institutionalisierung der GT konstatiert, da die Gesprächspsychotherapeuten in Folge dessen ebenfalls auf die sozialrechtliche Anerkennung hofften, was sich unter anderem darin ausdrückte, dass ab 2005 die Ausbildung zum approbierten Gesprächspsychotherapeuten am Institut für Psychotherapie (IfP) in Hamburg angeboten wurde, die aufgrund großer Nachfrage, in den darauffolgenden drei Ausbildungsgängen bis 2008 jedes mal ausgebucht war (Müller & Wienand-Kranz, 2011). Als sich 2008 herausstellte, dass die Gesprächspsychotherapie im mittlerweile dritten Anerkennungsverfahren, das bereits 2002 begann, wiederum nicht sozialrechtlich anerkannt wurde, was diesmal auf der besagten Veränderung der Psychotherapie Richtlinien durch den G-BA erfolgte und begründet wurde, war der erhofften weiteren Etablierung der GT in Deutschland vorerstmal ein Ende gesetzt worden.

In Folge musste u.a. der weitere Ausbildungsbetrieb am IfP eingestellt werden, der zweite große, Gesprächspsychotherapeuten in Deutschland vertretende Verband, die Deutsche

Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) löste sich vorübergehend auf und an Nachwuchs in Wissenschaft, Forschung, Lehre und Praxis war erst einmal nicht mehr zu denken.

Die Gegenwart und mögliche Zukunft wurde anhand der 2010 angekündigten und in den nächsten Jahren bevorstehende Novellierung des Psychotherapeutengesetzes aufgrund der Notwendigkeit einer Angleichung an den Bolognaprozess der Hochschulen festgemacht. Im Zuge dessen steht mit dem AOLG-Beschluss der Obersten Landesgerichtsbehörden auch eine Zusammenführung des aus der wissenschaftlichen Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens resultierenden Berufsrecht und dem auf der Grundlage der Psychotherapie Richtlinie verliehenen Sozialrecht im Raum (Hentze, 2011).

Im Hinblick auf die sozialpolitische Relevanz der Thematik wurden , wie bereits erwähnt, in einer zweiten und Subforschungsfrage, anhand von qualitativen Interviews und der Inhaltlichen Strukturierung als qualitativer Auswertungsmethode, die subjektive Wahrnehmung der sozialpolitischen Situation der Gesprächspsychotherapie von Berufstätigen im Gesprächspsychotherapeutischen Bereich, sowie deren daraus resultierende berufliche Betroffenheit eruiert. Ebenfalls im Fokus der Subforschungsfrage stand die Vorstellung einer möglichen Zukunft der Gesprächspsychotherapie in Deutschland.

Die Ergebnisse der Befragungen haben es zum Ziel, einen aktuellen Einblick in die sozialrechtliche Problematik und deren konkrete Folgen auf und aus der Sicht von Berufstätigen im Kontext der Gesprächspsychotherapie zu gewährleisten, wobei sich herausstellte, dass sich sowohl die subjektive Wahrnehmung der Befragten, als auch die Schilderungen von der Art der beruflichen Betroffenheit der Interviewpartner mit den Ausführungen im Theorie Teil decken. Die Berufstätigen nannten die sozialrechtliche Anerkennungsproblematik, als die Professionalisierung und Institutionalisierung hauptsächlich bestimmende Realität der Gesprächspsychotherapie in Deutschland. Als sozialpolitische Haupteinflussfaktoren, die diese Realität begründen, wurden ebenfalls sowohl das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetz 1999, sowie ein Interessensgeleitetes Vorgehen von Vertretern der Richtlinienverfahren und des mit der Psychotherapie konkurrierenden medizinischen Bereich angeführt. Die Wahrnehmung der aktuellen Situation der GT wurde vorwiegend als krisenhaft und rückläufig in ihrer

Professionalisierung und Institutionalisierung wahrgenommen, was sich als bedrückend und emotional belastend auf die Berufstätigen auswirkt, wovon sie sich jedoch nicht entmutigen lassen. Die berufliche Betroffenheit zeigte sich ebenfalls in Übereinstimmung mit den Ausführungen im Theorie Teil, in dem Psychotherapeuten in der Praxis entweder über ihre Qualifikation in einem Richtlinienverfahren abrechnen oder mit der Unsicherheit leben müssen, ob die geschriebenen GT- Kassenanträge anerkannt werden. Psychotherapeuten in Ausbildung stellten sich als die am direktesten von der aktuellen sozialrechtlichen Anerkennungsproblematik der Gesprächspsychotherapie betroffen, da sich deren Ausbildung durch einen Mangel an Klienten um Jahre verzögert und sich darüber hinaus als finanzielle Herausforderung gestaltet. Die Vorstellungen von einer möglichen Zukunft der Gesprächspsychotherapie fielen unterschiedlich und in Abhängigkeit von dem Grad der informellen und praktischen Eingebundenheit der Berufstätigen in die aktuellen sozialpolitischen Gegebenheiten der Gesprächspsychotherapie aus.

Abschließend lässt sich feststellen; dass es sich bei der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie um einen seit den 60er Jahren bestehenden Prozess handelt, der, obwohl er in Form der Anerkennungsproblematik, mit großen Rückschlägen konfrontiert war, immer noch hartnäckig und von nach wie vor ungebrochen engagierten Einzelpersonen und Verbänden in Gang gehalten wird. Im Rahmen dieser Arbeit konnten in erster Linie sozialpolitische Haupteinflussfaktoren auf die Entwicklung der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie festgestellt werden, deren anhand von Interviews erhobenen Folgen auf Berufstätige im heutigen Kontext der Gesprächspsychotherapie als psychotherapeutisches Verfahren die theoretische Darstellung greifbarer machen und in ihrer Aktualität betonen sollen. Der Prozess der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie ist noch keineswegs abgeschlossen, im Gegenteil er läuft eventuell gerade auf den ihn im positivsten Sinne und am nachhaltigsten beeinflussenden Einflussfaktor, in Form eines angenommenen und umgesetzten AOLG-Beschlusses zu. Dies, sowie in Folge eine Umstrukturierung des Bereichs Psychotherapie wäre der mangelhaften psychotherapeutischen Versorgung, jedoch in erster Linie dem international, als auch wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren zu

wünschen, dem in Deutschland seit 1987 aufgrund von machtpolitischen Interessen, der Zugang zur staatlich getragenen Psychotherapeutischen Versorgung abgesprochen wird.

Literaturverzeichnis

Bücher:

Alisch L.-M., Baumert J., Beck K. (1990). Professionswissen und Professionalisierung. Braunschweiger Studien zur Erziehungs- und Sozialarbeitswissenschaft. Hrsg.: Prof. Dr. Rössner, L. Werkwerkstatt, Braunschweig.

Berger P. L., Luckmann T. (1986). Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main.

Biermann-Ratjen E.M., Eckert J., Schwarz H. J. (1997). Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Kohlhammer; 8.Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln.

Bommert, H. (1987). Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. 4. Auflage, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.

Bühler C. , Allen M. (1973). Einführung in die Humanistische Psychologie. Klett Verlag, Stuttgart.

Combe A. (2005). Professionalisierung in pädagogischen Berufen. Eröffnungsreferat der ÖFEB-Tagung 2003 in Wien in: Kowarsch A. & Pollheimer K., M.: Professionalisierung in pädagogischen Berufen. Verlag Brüder Hollinek, Purkersdorf.

Eberwein W. (2009). Humanistische Psychotherapie. Quellen, Theorien und Techniken. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.

Eckert J., Biermann-Ratjen E.M., Höger D. (2006). Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Esser H. (2000). Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 5: Institutionen. Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main.

Finke J. (2003). Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen. 3. neubearbeitete und erweiterte Auflage im Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Flick U. (2004). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch. Verlag. Reinbek bei Hamburg.

Frohburg I. (1992). „Unterschiedliche Konzepte adaptiver Interventionsstrategien in der Gesprächspsychotherapie“. In: Sachse R., Lietaer G., Stiles W. B.: Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie- eine grundlegende Neuorientierung. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.

- Froburg I. (2007). Zwölf Beiträge zum sozialrechtlichen Anerkennungsverfahren der Gesprächspsychotherapie. Mit einem Vorwort der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten, Helga Kühn-Mengel, MdB. GwG Verlag, Köln.
- Froburg I. & Eckert J. (2011). Gesprächspsychotherapie heute- Eine Bestandsaufnahme. GwG-Verlag, Köln.
- Gläser J. & Laudel G. (2009). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3. Überarbeitete Auflage. Lehrbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften. GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Groddeck N. (2002). Carl Rogers, Wegbereiter der modernen Psychotherapie. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
- Hart J.T., Tomlinson T.M. (1970). New Directions in Client-Centered Therapy. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Helle M. (2011). Die Bedeutung der Gesprächspsychotherapie an Fachhochschulen. In: Froburg I. & Eckert J.: Gesprächspsychotherapie heute- Eine Bestandsaufnahme. GwG-Verlag, Köln.
- Hentze K.- O. (2011). Die Gesprächspsychotherapie in der GESundheits- und Berufspolitik. In: Froburg I. & Eckert J.: Gesprächspsychotherapie heute- Eine Bestandsaufnahme. GwG-Verlag, Köln.
- Hockel C. M. (1999). Gesprächspsychotherapie-ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren. Die beharrliche Blockierung einer bewährten psychotherapeutischen Grundorientierung und ihre Konsequenzen für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Deutscher Psychologen Verband GmbH, Bonn.
- Hutterer R. (1998). Das Paradigma der Humanistischen Psychologie-Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität einer interdisziplinären Denkrichtung. Springer-Verlag, Wien.
- Hutterer R. (2007/08). Personenzentrierte Perspektive. Beratung, Psychotherapie und Persönlichkeitsentwicklung. Reader zur Vorlesung, Universität Wien.
- Hutterer R. & Hutterer-Krisch R. (1996). Formen Humanistischer Psychotherapie. In Ahlers, C. et al: Einführung in die Psychotherapie. Bibliothek Psychotherapie, Band 1, hrsg. Gernot Sonneck, Facultas Universitätsverlag, Wien.
- Keil W. (2001). Klientenzentrierte Therapietheorie. In: Frenzel P., Keil W. W., Schmid P. F., Stölzl N. „ Klienten-/Personenzentrierte Psychotherapie-Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Facultas Universitätsverlag, Wien.

Keil W., Stumm G. (2002). Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie. Springer-Verlag, Wien.

Korbei L. (2001). Die Personzentrierte Psychotherapie im Verhältnis zu anderen Schulen. In: Frenzel P., Keil W. W., Schmid P. F., Stölzl N.: „Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie-Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Facultas Universitätsverlag, Wien.

Korunka C. (2001). Grundlagen und Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes. In: Frenzel P., Keil W. W., Schmid P. F., Stölzl N.: „Klienten-/Personzentrierte Psychotherapie-Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Facultas Universitätsverlag, Wien.

Kriz J. (1994). Grundkonzepte der Psychotherapie-Eine Einführung. 4. Auflage, Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Kriz J. (2011). Die Gesprächspsychotherapie im deutschen Gesundheitswesen. In: Frohburg I. & Eckert J.: Gesprächspsychotherapie heute- Eine Bestandsaufnahme. GwG-Verlag, Köln.

Kurtz T. (1997). Professionalisierung im Kontext sozialer Systeme. Der Beruf des deutschen Gewerbelehrers. Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen.

Kurtz T. (2008). Die Berufsform der Gesellschaft. Velbrücks, Wissenschaft, Weilerswist.

Lamnek S. (2005). Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, 4., vollständig überarbeitete Auflage. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

Mayring P. (2002). Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. 5.Auflage. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Mayring P. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Müller D. & Wienand-Kranz D. (2011). Können Gesprächspsychotherapeuten ihre Identität bewahren? Bericht über die Abschlussdiskussion. In: Frohburg I. & Eckert J.: Gesprächspsychotherapie heute- Eine Bestandsaufnahme. GwG-Verlag, Köln.

Pavel F.-G. (1978). Die klientenzentrierte Psychotherapie. Entwicklung-gegenwärtiger Stand-Fallbeispiele. J. Pfeiffer Verlag, München.

Pohler G. (1996). Verhaltenstherapie. In Ahlers, C. et al: Einführung in die Psychotherapie. Bibliothek Psychotherapie, Band 1, hrsg. Gernot Sonneck, Facultas Universitätsverlag, Wien.

Quitmann H. (1996). Humanistische Psychologie. Psychologie, Philosophie, Organisationsentwicklung. 3. Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen.

- Revenstorf D. (1993). Psychotherapeutische Verfahren. Band III: Humanistische Therapien. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart.
- Rogers C. R. (2006). Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten. 16. Auflage, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Sachse R., Lietaer G., Stiles W.B. (1992). Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie. Eine grundlegende Neuorientierung. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.
- Sachse R., Howe J. (1989). Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.
- Sachse R. (1999). Lehrbuch der Gesprächspsychotherapie. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen.
- Sarason S. B. (1992). A Personal View of the History of American Psychology. In: H.A. Adler & R.W. Rieber (Eds.) Aspects of the History of Psychology in America (1994): 1892/1992. American psychological Association, Washington.
- Schäfers B., Kopp J. (2006). Grundbegriffe der Soziologie. 9., grundlegend und aktualisierte Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften/ GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden.
- Schmid P. F & Keil W. W. (2001). Zur Geschichte und Entwicklung des Personzentrierten Ansatzes. In Frenzel P., Keil W.W., Schmid P. F., Stölzl N.: Klienten-/ Personzentrierte Psychotherapie . Kontexte, Konzepte, Konkretisierungen. Facultas, Wien.
- Stumm G. (1996). Psychotherapie: Grundlagen, Geschichte, Paradigmen, Wirkweisen. In: Ahlers C. et al: Einführung in die Psychotherapie. Bibliothek Psychotherapie, Band 1, hrsg. Gernot Sonneck, Facultas Universitätsverlag, Wien.
- Swildens, H.(1992). Die klientenzentrierte Therapie, die prozessorientierte Gesprächstherapie und die personzentrierte Gesprächsführung: drei Töchter des gleichen Vaters, aber aus verschiedener Ehe. In: Stipsits R. und Hutterer R.: Perspektiven Rogerianischer Psychotherapie. WUV, Wien.
- Teusch L. (2011). Die Gesprächspsychotherapie in der stationären klinischen Versorgung. In: Frohburg I. und Eckert J.: Gesprächspsychotherapie heute. Eine Bestandsaufnahme. GwG Verlag, Köln.
- Thorne B. & Lambers E. (1998). Person-Centered Therapy. A European Perspective. Sage Publications, London.
- Wahrig G. (1978). Deutsches Wörterbuch. Mit einem Lexikon der Deutschen Sprachlehre. Verlagsgruppe Bertelsmann GmbH/ Bertelsmann Lexikon Verlag. Gütersloh.

Watson J. C., Goldman R. N., Greenberg L.S.(2011). "Humanistic and Experimental Theories of Psychotherapy". In: Norcross J. C., Vandenbos G. R., Freedheim D.K.: The History of Psychotherapy- Continuity and Change, Second Edition. American Psychological Association, Washington, DC.

Zeitschriften, Artikel:

Gelso C. J. (2007). Necessary and Sufficient Conditions. Editorial introduction. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Journal Article.

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG). Der Personzentrierte Ansatz. Geschichte-Theorie-Praxis. Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) e.V. Köln.

Leahey T. (1991). A History of modern Psychology. Prentice-Hal, Englewood Cliffs, NJ.

Frohburg I. (2011). Die AOLG-Initiative zur Vermeidung der Diskrepanz von Berufs- und Sozialrecht im Bereich der Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 3/2011. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aktuelles/nachrichten/5113241.html> [18.06.2012].

Internet Seiten:

Akademie für Integrative Psychotherapiewissenschaften Köln (AIPTW) 2012. Psychologie und Psychotherapiewissenschaften. Verfügbar unter: [http://www.aiptw.de/index.php?option=com_content &view=article&id=47&Itemid=34](http://www.aiptw.de/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=34) [6.2.2012].

Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (aghpt) (2012). Kongress „Humanistische Psychotherapie- Einheit und Vielfalt“. Verfügbar unter: <http://www.aghpt.de/> [8.03.2012].

Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (aghpt) (2012). Mitglieder. Verfügbar unter: <http://www.aghpt.de/index.php/mitglieder> [8.03.2012].

Behr Michael (2012). GwG Curriculum. Verfügbar unter: <http://www.michael-behr.net/html/gwg-curriculum.html> [6.06.2012].

Berufsverband Deutscher Psychologen und Psychologinnen (BdP) 2012. Ethische Richtlinie der DGPs und des BdP. Verfügbar unter: <http://www.bdp-verband.org/bdp/verband/ethik.shtml> [9.05.2012].

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2010). Reform der Ausbildung von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20110106_bptk_ueberblick_ausbildungsreform.pdf [14.06.2012].

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2012). Die Bundespsychotherapeutenkammer. Verfügbar unter: <http://www.bptk.de/bptk/wir-ueber-uns.html> [15.06.2012].

Bundesministerium der Justiz (2011). Psychotherapeutengesetz, § 1. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/__1.html [16.12.2012].

Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) (2011). Müller, D. & Seidler, K.-P., (2011): DPGG Letter 7: In eigener Sache. Verfügbar unter: <http://www.dpgg.de/wp/wp-content/uploads/DPGG-Letter-7-2011.pdf> [18.09.2011].

Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) (2011). Neue Chancen für die Gesprächspsychotherapie-Forderung der Länder zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. Verfügbar unter: <http://www.dpgg.de/wp/wp-content/uploads/DPGG-Letter-1-2011.pdf> [19.06.2012].

Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) (2011). Neue Chancen für die Gesprächspsychotherapie-Forderung der Länder zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. Verfügbar unter: <http://www.dpgg.de/wp/wp-content/uploads/DPGG-Letter-1-2011.pdf> [8.09.2011].

Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) (2011). Die BPtK und der AOLG-Beschluss, ein Missverständnis? Verfügbar unter: <http://www.dpgg.de/wp/wp-content/uploads/DPGG-Letter-4-2011.pdf> [9.06.2012].

Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (DPGG) (2012). Wie viele Wege führen nach Rom? Verfügbar unter: <http://www.dpgg.de/wp/wp-content/uploads/DPGG-Letter-9-2012.pdf> [12.06.12].

Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (dptv) (2012). Der Verband stellt sich vor. Verfügbar unter: http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/main/g-datei-download/Verband/booklet_dptv.pdf [5.05.2012].

Dipl.-psych. Dr.-phil. Sponsel R. (2011). Internet Publikation für Allgemeine und Integrative Psychotherapie. Verfügbar unter: <http://www.sgiprt.org/berpol/gesptvg0.htm#1960> [3.2.2012].

Diversified topics (2012). Mixed Methods Research, 2.7.2002. Verfügbar unter: <http://diversifiedtopics.com/tag/mixed-methods-research-definition/> [1.06.2012].

Fydrich T. & Unger T.(2011). Verfügbar unter:
[http://www.psychologie.phil.unierlangen.de/
Material/Material_MSC/FAQs_Psychotherapieausbildung_Nov2011.pdf](http://www.psychologie.phil.unierlangen.de/Material/Material_MSC/FAQs_Psychotherapieausbildung_Nov2011.pdf) [14.06.2012].

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Durchführung von Psychotherapie. Verfügbar unter:
http://www.g-ba.de/downloads/62-492-544/PT-RL_2011-04-14.pdf [9.05.2012].

Gesetze im Internet (2011). Psychotherapeutengesetz. Verfügbar unter:
<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/psychthg/gesamt.pdf> [14.03.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2011). Kammertag 2011. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?pageid=38> [18.04.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2011). Neue Chancen (...) durch Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. Zugriff unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1681> [6.06.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2012). Psychotherapie Allgemein. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=537> [9.02.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2012). GwG Akademie für Aus-Fort- und Weiterbildungen. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?pageid=3> [8.02.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2012). Weiterbildung. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?pageid=7> [8.02.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2012). Reinhaus, D. (2011). GwG im Gespräch mit Landes- und Bundespolitikern. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1692> [4.01.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2012). Wiesmüller, B. & Reinhaus, D. (2012) „Blicken Sie noch durch? Ausbildung und Weiterbildung in Personenzentrierter Psychotherapie“. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1838> [8.05.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2008). Gemeinsamer Bundesausschuss beschließt heute Neuauflage seines Beschlusses zur Gesprächspsychotherapie vom 21.11.2006. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1287>[13.05.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2008). Gemeinsamer Bundesausschuss lehnt Gesprächspsychotherapie erneut ab. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1298>[13.05.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2008). Landessozialgericht Baden-Württemberg entscheidet am 29.10.2008 zur Klage eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1363>[13.05.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2009). Zur Gleichbehandlung von Richtlinienverfahren und Gesprächspsychotherapie. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1476>[13.05.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2009). Kurzmitteilung des Bundessozialgerichts vom 28 Oktober 2009. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1543>[14.05.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2008). Offener Brief des wissenschaftlichen Beirats der GwG, S.2.. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?fileid=262>[18.05.2012].

Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) (2011), Halhuber-Ahlmann M., Wiesemüller B., Hölldampf D., Reinhaus D..Kammertaghttp. Verfügbar unter: <http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?textid=1715>[5.06.2012].

Halhuber-Ahlmann M. (2010). Reform der Psychotherapeutenausbildung, S.4:<http://www.gwg-ev.org/cms/cms.php?fileid=772>[2.06.2012].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2012. Mitglieder einer KV. Verfügbar unter: http://www.kbv.de/wir_ueber_uns/107.html [22.05.2012].

Pca.acp (2012). Über die pca.acp Gesellschaft. Verfügbar unter: <http://www.pca-acp.ch/index.html?id=3> [6.02.2012].

Peter Schmidt (2012). Ausbildung. Verfügbar unter: <http://schmid.members.1012.at/indexausb.htm> [08.03.2012].

Raber R. & Drewe H. W. (2000-20005). Geschichte des BdP. Verfügbar unter: <http://www.bdp-verband.org/bdp/verband/60/geschichte.html> [22.05.2012].

Rüger U. (2007). Vierzig Jahre Richtlinienpsychotherapie in Deutschland. Verfügbar unter:

<http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=u1h8510004451302&size=largest> [22.05.2012].

Vereinigung Rogerianischer Psychotherapie (2009). Verfügbar unter: <http://www.vrp.at/ueber-die-vrp> [9.03.2012].

WBP (2009). Methodenpapier des WBP, nach § 11 PsychThG, Version 2.8. Verfügbar unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/downloads/Methodenpapier28.pdf> [9.05.2012].

Wikipedia (2012). Psychologie. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychologie> [14.03.2012].

Wikipedia (2012). Psychotherapie. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychotherapie> [9.03.2012].

Wikipedia (2012). Psychotherapie in Deutschland. Verfügbar unter: http://de.wikipedia.org/wiki/Psychotherapie_in_Deutschland [18.03.2012].

Wikipedia (2012). Fachverband. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Fachverband> [5.02.2012].

Wikipedia (2012). Psychotherapeutengesetz. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Psychotherapeutengesetz> [9.04.2012].

Wikipedia (2012). Berufsverband. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Berufsverband> [5.02.2012].

Wikipedia (2012). Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfügbar unter: http://de.wikipedia.org/wiki/Gemeinsamer_Bundesausschuss [8.05.2012].

Wikipedia (2012). Professionalisierung. Verfügbar unter: <http://de.wikipedia.org/wiki/Professionalisierung> [8.04.2012].

Witzel, A. (2002). Das problemzentrierte Interview. Verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520> [7.05.2012].

Anhang

I Zusammenfassung

Die spezifische Entwicklung der Professionalisierung und Institutionalisierung der Gesprächspsychotherapie, einem psychotherapeutischen Verfahren zwischen 1960 und 2008 in Deutschland, ist hauptsächlich durch sozialpolitische Faktoren bestimmt, die einerseits in Form von der den Psychotherapeutischen Bereich regelnden Sozialgesetzgebung und andererseits durch deren Auslegung von zuständigen Institutionen bis heute für den Ausschluss der Gesprächspsychotherapie aus der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung verantwortlich sind. Im Zentrum dieser Arbeit steht die Eruierung und Darstellung der Hintergründe, der geschichtlichen Abfolge, sowie der Folgen der sozialrechtlichen Anerkennungsproblematik auf die Entwicklung der Gesprächspsychotherapie. Zum anderen wird auf die aktuellen sozialpolitischen Gegebenheiten der Psychotherapie in Deutschland, vor allem in Bezug auf die Gesprächspsychotherapie hingewiesen und dies in Verbindung mit qualitativ erhobenen Berichten von Berufstätigen über deren Wahrnehmung der aktuellen sozialrechtlichen Lage der GT einerseits sowie deren beruflichen Betroffenheit davon andererseits gebracht.

II Abstract

The specific development of both, the Professionalizing and the Institutionalizing of the Client-Centered Psychotherapy in Germany between 1960 and 2008 depends mainly on social-political facts and their handling of responsible institutions based on their interests. Social-political circumstances are responsible for the fact that this psychotherapeutic method is official excluded of the public psychotherapeutic support system since 1987. The aim of the theses is to find out the backgrounds, the historical process and the outcomes of the social-political problematic in the context of and directly on the development of the Client-Centered Psychotherapy in Germany. Part of the center of the work is also the actual social-political based situation of Psychotherapy and specially the

Client-centered Psychotherapy in Germany, which is getting more concrete through a qualitative study about, how professionals in the field of the Client-Centered Psychotherapy are not only personal influenced by the specific social-political stand of this psychotherapeutic method, but also related to their job.

III Gesprächseinstieg und Interviewleitfäden

Gesprächseinstieg

Hallo/ Guten Tag, meine Name ist Sonja Nasterlack, ich freue mich sehr darüber, dass Sie sich bereit dazu erklärt haben, an meinem Interview zur Gesprächspsychotherapie in Deutschland teilnehmen. Wie Sie ja bereits wissen, soll es im Interview um Ihre persönlichen und beruflichen Erfahrungen sowie Sichtweisen in Bezug auf die Gesprächspsychotherapie und deren sozialrechtliche Problematik in Deutschland gehen. Die Ergebnisse werden dann im Zuge einer Diplomarbeit an der Universität Wien verarbeitet um einen kleinen Einblick in die Wahrnehmung der aktuellen sozialpolitischen Situation der Gesprächspsychotherapie in Deutschland von Vertretern der Berufsgruppe zu gewähren.

Sowohl die Erhebung als auch die Auswertung wird gänzlich anonymisiert.

Sie können jederzeit auch zwischendurch Fragen stellen und wenn Sie bereit sind, würde ich mit der ersten Frage anfangen.

Allgemeiner Leitfaden:

Einstiegsfrage:

- Warum haben Sie sich für die psychotherapeutische Arbeit mit Gesprächspsychotherapie (GT) entschieden?
- Gab es ein konkretes Erlebnis? Haben Sie Vergleichsmöglichkeiten mit anderen therapeutischen Richtungen gehabt?
- Welche Vorzüge hat die GT gegenüber anderen therapeutischen Ansätzen aus ihrer Sicht?

Fragen:

1. Waren Sie sich bei der Entscheidung für die Gesprächspsychotherapie, der sozialrechtlichen Anerkennungsproblematik bewusst?
2. Was war ausschlaggebend dafür, dass der Ausbildungsbetrieb wieder aufgenommen/weitergeführt wurde?
3. 2008 wurde die sozialrechtliche Anerkennung von Seiten des G-BA wieder abgelehnt, inwiefern hat das Sie als Psychotherapeut in Praxis/Ausbilder/Psychotherapeut in Ausbildung beeinflusst?
 - Die inhaltliche Struktur der Ausbildung
 - Hoffnungslosigkeit/ Verstärktes Engagement?
 - Auswirkungen auf die Nachfrage der GT?
4. Inwiefern betrifft Sie als Psychotherapeut, Psychotherapeut in Ausbildung, Ausbilder im Gegensatz zu jemandem in gleicher Position innerhalb eines Richtlinienverfahren, der sozialrechtlichen Status der Gesprächspsychotherapie?
 - Bezüglich der Bedingungen an Institut/während der Ausbildung/der Klienten Anfragen?
 - In finanzieller, ökonomischer, ideeller Hinsicht?
5. Wie geht es Ihnen persönlich mit der gegenwärtigen sozialrechtlichen Situation der GT?
 - In Bezug auf ein Zugehörigkeitsgefühl zu einem beruflichen Feld?
 - Wertschätzung Ihrer Arbeit?
6. Haben Sie Kontakt/regelmäßigen Austausch mit anderen Gesprächspsychotherapeuten?
7. Wie sind Ihre Erfahrungen mit Vertretern anderer psychotherapeutischer Richtungen in Bezug auf die GT?

8. Sind Sie Mitglied in einem der Gesprächspsychotherapeutischen Verbände, wenn ja, auch aktives Mitglied?

-Warum haben Sie sich für diesen Verband entschieden?

-Inwiefern engagieren Sie sich für die GT?

9. Sind Sie über die momentane Diskussion um den AOLG-Beschluss im Zuge der Gesetzes Novellierung des Psychotherapeutengesetzes informiert?

10. Auf welche Weise setzen sich die Verbände in dieser Sache für die Gesprächspsychotherapie ein?

11. Wie erfolgreich schätzen Sie den AOLG- Beschluss ein?

-Welche Lösungen könnten in der Angelegenheit gefunden werden?

12. Wie sehen Sie Ihre persönliche berufliche Zukunft mit der GT?

13. Wie nehmen Sie Ihre Beruflichen Möglichkeiten mit der GT wahr?

-In welchem Bereich möchten Sie tätig sein?

-Machen Sie eventuell noch eine zweite Ausbildung in einem Richtlinienverfahren?

-Haben Sie vor, als Psychotherapeut mit Gesprächspsychotherapie auch dann weiterzuarbeiten, wenn der sozialrechtliche Status der GT unverändert bleibt?

14. Wie sehen Sie die zukünftige Entwicklung der GT in Deutschland?

-Wie könnte sich die GT in Deutschland weiterentwickeln, wenn der AOLG-Beschluss (nicht) aufgegriffen wird?

-Welche Möglichkeiten der Verbreitung des Ansatzes gäbe es in beiden Fällen?

Möchten Sie noch etwas sagen, dass Ihnen wichtig ist?

IV Transkriptionsregeln

Zur Veranschaulichung werden im Folgenden die Transkriptionsregeln zusammengefasst dargestellt, sowie im Anschluss ein Beispiel anhand eines Ausschnitts aus einem Interview gegeben.

Transkriptionsregeln:

Anonymisierung (Namen werden abgeändert)

(....) kurze Pause

(Pause) Pause

(xxx) unverständlicher Text

(lacht) Person lacht

(Türklopfen) Geräusche

I Interviewer

GTPI (Befragter) (durchnummeriert)

Beispiel: Ausschnitt aus einem Interview mit einem Psychotherapeut in Ausbildung

Transkription

I: Warum hast du dich für die Gesprächspsychotherapie entschieden?

GTI: Also wir hatten bei uns an der Uni den Luxus die Koryphäen, Herrn Maier und Frau Müller als Lehrende, oder ich sie als Lehrende miterleben zu können, wobei die Psychoanalyse und die Tiefenpsychologie gar nicht so stark vertreten waren. Also man konnte schon so ein, zwei Seminare besuchen, aber den größten Eindruck hat Frau Müller auf mich gemacht. Das war so ein Grund, weil ich sie im Seminar und wie sie das vermittelt hat unheimlich toll fand. Das ist so das Eine und das Andere ist tatsächlich, dass ich einfach hinter diesem Menschenbild, das hinter der GT steht oder wofür sie ja auch steht, dass ich da voll und ganz mitgehen kann und dass ich das unheimlich schön finde den Menschen sich so anzuschauen auf diese Art und Weise und das humanistische liegt mir glaube ich auch viel stärker als so dieses Expertentum beispielsweise in der VT. Genau das waren so die Gründe die so zusammen kamen und weshalb ich gesagt habe, das ist das Verfahren, wofür oder wo ich mit Herzen und mit gutem Gewissen sagen kann, das möchte ich lehren und da fühle ich mich auch selbst wohl.

I: Und hattest du im Vergleich einmal eine andere therapeutische Richtung ausprobiert?
Bevor du dich für diese Richtung entschieden hast?

GTI: Also ausprobiert so an der Uni im Hauptstudium und ich hatte glaube ich ein, zwei Seminare zur Psychoanalyse, zur Traumdeutung und das war mehr so wirr das Seminar. Also ich konnte es ehrlich gesagt nicht so ernst nehmen aber das lag möglicherweise auch an mir und dazu in der VT hatte ich auch ein Seminar bei dem Herrn Bauer, der ja auch hier lehrt und ich glaube er war eine Zeitlang ja selbst auch erkrankt und es war kurz davor, wo es ihm eigentlich nicht so gut ging. Man merkte so im Seminar, dass er so die Inhalte nicht so rüberbringen konnte. (...) Also wir haben da auch Expositionsübungen gemacht und ich fand es mal mehr und mal weniger lächerlich. Also da habe ich so diese Protokolle geschrieben (xxx) Und so dieses (Pause) Also ich glaube, dass ich so von meiner Persönlichkeit her auch dazu neige so ein bisschen klugscheisserisch zu sein (lacht) aber eigentlich dieses Expertentum finde ich ganz schwierig, dass jemand anders glaubt, er wisse was für den anderen gut ist. Da kann ich einfach nicht so mitgehen.

I: Ok, warst du dir da schon der ganzen sozialrechtlichen Problematik der GT bewusst?

GTI: Als ich es begonnen habe, war es mir tatsächlich nicht bewusst.

I: Das heißt die Lehrenden haben euch nicht informiert oder die Ausbilder darüber, in welcher Lage sich die GT befindet?

GTI: Doch. Doch. Schon. (...) Also ich bin da doch, ich habe mich selbst relativ wenig darüber informiert wie es sozialrechtlich mit der GT aussieht. Und bei Beginn der Ausbildung gab es schon die Information, dass sie eben sozialrechtlich nicht anerkannt ist aber dass es, also damals als das Verfahren noch lief und dass es gar nicht so schlechte Aussichten gibt, dass die anerkannt wird. Es war durchaus und ich glaube es war auch nach bestem Wissen und Gewissen so vermittelt, aber es wurde durchaus Hoffnung vermittelt, dass die GT anerkannt werden würde. Weil alle so sehr gehofft haben, dass es so sein wird.

V Lebenslauf

Persönliche Daten

Name:	Nasterlack
Vorname:	Sonja Maria Christina
Geburtsdatum/ Ort:	21.03.1982 in Uslar/ D
Familienstand:	ledig
Staatsbürgerschaft.:	deutsch

Werdegang

2012 abgeschlossenes Pädagogik Studium (Diplom)

Seit Oktober 2009 zusätzliches Psychologie Studium an der Universität Wien

2001-2004	Abitur am St-Anna-Gymnasium
1999-2000	Sophie-Scholl-Gymnasium
1996-1999	Ludwig-Thoma-Realschule
1992 -1996	Wilhelm-Hausenstein-Gymnasium
1988-1992	Grundschule an der Gebelestraße

Arbeits- und Praktikumserfahrungen

Lehrerin für Deutsch als Fremdsprache (DaF) in der Erwachsenenbildung beim Weiterbildungsinstitut Wien, bei Language Experts und am Eton Institut seit Juni 2011

Kindergartenpädagogin in Vertretung bei der Kindercompany, Wien von August 2010 – Mai 2011

Lehrerin für Deutsch als Fremdsprache (DaF) in der Erwachsenenbildung bei der Deutschakademie Wien und Language Experts bis August 2010

Unterstützung der Deutschen Handelskammer (DHK) in Österreich in der Messeorganisation von Juli 2009- Oktober 2009

Lehrerin für Deutsch als Fremdsprache (DaF) in der Erwachsenenbildung bei der
Deutschakademie, Wien
von November 2007- August 2010

Lernbetreuerin des Österreichischen Integrationsfonds, Wien von Juni- Ende August 2007

Gestaltung thematischer Kinderwochen der Bildungsagentur, Wien
von Juni 2007- Juni 2008

Büroassistentin und Prüfungsbegleitung im British Council,
Wien 2005-2008

Museumspädagogisches Praktikum Kunsthalle Hamburg 2004

Gestaltung eines Kindersommerprogramms 2002/03 für die VHS München

Praktikum in Heilpädagogischer Tagesanstalt in München 2000