



## Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren

### Resolution der DG-E zur Stärkung von Autogenem Training (AT), Progressiver Relaxation (PR) und Hypnose in der GKV-Versorgung → erste Ergebnisse:

- ▶ **Kombinationsbehandlung mit tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie**
- ▶ **Abrechnungsmöglichkeiten bei paralleler Akutbehandlung**

Hintergrund dieser Mitteilung ist unsere Resolution zur Stärkung von AT, PR und Hypnose vom Winter 2017, die die DG-E an viele „Entscheider“ in der GKV-Versorgung geschickt hat. Sie wurde von der Deutschen Gesellschaft für Hypnose (DGH) sowie der Milton H. Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose und Hypnotherapie (MEG) unterstützt. Getragen von der Sorge eines sich immer weiter fortsetzenden Downshifting fordern wir zur Stärkung von AT, PR und Hypnose in der Resolution eine Höherbepunktung zwecks Sicherung einer angemessenen Honorierung. Außerdem regen wir die kritische Prüfung des Kombinationsverbotes hinsichtlich tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie einerseits und in Bezug auf den Abrechnungsausschluss bei Akutbehandlung andererseits an.

Nun können wir erste Ergebnisse berichten.

#### **Kombinationsbehandlung mit TP und AP ist im Einzelfall möglich**

1967, als die analytische Psychotherapie (AP) eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde, wurde gleichzeitig ein Kombinationsverbot in die Psychotherapie-Richtlinien aufgenommen. Hintergrund war, dass die psychodynamische Wirksamkeit der AP u.a. auf dem Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen fußt. Wenn ein/e analytische/r Psychotherapeut-In aber gleichzeitig auch als Anleiter-In für AT oder PR oder als Hypnotherapeut-In fungiert, würde das diese psychodynamischen Wirkfaktoren empfindlich verzerren. Es dürfte auch eine Rolle gespielt haben, dass unter PsychoanalytikerInnen die – unzutreffende - Auffassung vorherrschte, dass übende und suggestive Interventionen lediglich „zudeckenden“ Charakter hätten, PA aber ein „aufdeckendes Verfahren“ sei. Als dann später die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) ebenfalls GKV-Leistung wurde, wurde das Kombinationsverbot analog übernommen. Zur damaligen Zeit wurde, anders als heute, noch kein Evidenznachweis dafür gefordert, d.h. das Kombinationsverbot wurde nicht mit entsprechenden Studien untermauert und seitdem trotz Weiterentwicklungen der AP und besonders auch der TP nicht modifiziert oder aktualisiert. Die aktuelle Psychotherapie-Richtlinie legt deshalb in §16 (1) immer noch fest: Psychoanalytisch begründete Verfahren

„... stellen Formen einer ätiologisch orientierten Psychotherapie dar, welche die unbewusste Psychodynamik neurotischer Störungen mit psychischer oder somatischer Symptomatik zum Gegenstand der Behandlung machen. Zur Sicherung ihrer psychodynamischen Wirksamkeit sind bei diesen Verfahren übende und suggestive Interventionen auch als Kombinationsbehandlung grundsätzlich ausgeschlossen“.

Die erste offizielle Reaktion auf diesen Aspekt unsere Resolution kam am 22.03.19 vom Unterausschuss Psychotherapie beim Gemeinsamen Bundesausschuss (UA PT/GBA). Dort war aufgrund der Resolution von DG-E, DGH und MEG eine Arbeitsgruppe eingerichtet worden, die sich wohlwollend mit unserer Anregung einer kritischen Prüfung des

12. Juni 2019

#### **Geschäftsstelle:**

c/o E. Merotto  
Große Schulgasse 2B  
39116 Magdeburg  
Tel./Fax: +49 (0) 391 / 24 46 25 81  
[geschaeftsstelle@dg-e.de](mailto:geschaeftsstelle@dg-e.de)

#### **Kontoverbindung:**

Konto 33 24 88  
BLZ 530 601 80  
Genossenschaftsbank Fulda  
IBAN DE91 5306 0180 0000 3324 88  
BIC GENODE51FUL

#### **Vorstand:**

Dipl.-Psych. Dr. Oliver Nass  
[o.nass@dg-e.de](mailto:o.nass@dg-e.de)

M. Sc. Psych. Eva Merotto  
[geschaeftsstelle@dg-e.de](mailto:geschaeftsstelle@dg-e.de)

Dipl. Psych. Susanne Arp  
[s.arp@dg-e.de](mailto:s.arp@dg-e.de)

Dipl.-Psych. Dipl.-Päd. Wolf-U. Scholz  
[w.scholz@dg-e.de](mailto:w.scholz@dg-e.de)

#### **Redaktionsleitung Fachzeitschrift:**

Dipl.-Psych. Björn Husmann  
[b.husmann@dg-e.de](mailto:b.husmann@dg-e.de)



Kombinationsverbotes hinsichtlich TP befasste. Weil heute die Evidenz von Neuerungen und Veränderungen des GKV-Leistungsangebotes mit qualitativ hochwertigen Studien belegt werden muss, hat die Arbeitsgruppe umfassend nach Untersuchungen und Studien recherchiert, die einen zusätzlichen Nutzen durch die Kombination „übender und suggestiver Interventionen“ mit psychodynamischen Therapieverfahren belegen (also TP und AP, bei VT ist die Kombination sowieso nicht ausgeschlossen). Ergebnis: Es fanden sich leider keine solchen Studien. Die Fragestellung eines zusätzlichen Nutzens wurde laut UA PT/GBA (bisher) schlicht nicht untersucht<sup>1</sup>. Deswegen konnte die Aufhebung des Kombinationsverbotes derzeit nicht befürwortet werden.

Aber der UA PT/GBA gab uns in diesem Zusammenhang einen sehr nützlichen Hinweis: In der Psychotherapie-Richtlinie wird zwar von einem „grundsätzlichen“ Ausschluss der Kombi-Behandlung gesprochen, nur

„Im juristischen Sprachgebrauch des Wortes ‚grundsätzlich‘ soll damit erreicht werden, dass Ausnahmen im Einzelfall möglich sind“ (Schreiben des UA PT/GBA vom 22.03.19).

Wer hätte gedacht, dass „grundsätzlich ausgeschlossen“ nicht heißt „geht gar nicht“, sondern „geht in der Regel nicht, in Einzelfällen aber möglicherweise schon“. Deshalb haben wir uns diese Rechtsauffassung von der KBV als für diese Abrechnungsfragen zuständige Institution bestätigen lassen:

„Im rechtlichen Sprachgebrauch beschreibt das Wort ‚grundsätzlich‘ den Regelfall, lässt jedoch Ausnahmen von dieser Regel zu. Entsprechend kann eine Kombination von AT, PMR und Hypnose in Kombination mit AP und TP im Ausnahmefall möglich sein. Dies kann unserer Einschätzung nach nur dann zulässig sein, wenn im individuellen Fall die psychodynamische Wirksamkeit der AP oder TP bei der Patientin oder beim Patienten durch eine Kombination nicht eingeschränkt ist und den Zielen des Verfahrens bzw. des methodischen Vorgehens nicht entgegensteht“ (Antwortschreiben der KBV vom 17.05.19).

Was bedeutet das konkret? Wer/welche sowohl eine Abrechnungsgenehmigung für TP und/oder AP hat, als auch für AT, PR und/oder Hypnose, kann in besonders indizierten Einzelfällen mit Patient-Innen beides parallel durchführen. Vorstellbar wäre zum Beispiel, dass

- ▶ jemand in der Anfangsphase einer TP mittels AT, PR oder Hypnose spezifische Erfahrungen der Selbstwirksamkeit sammeln kann, so dass eine Ich-Stärkung realisiert wird (etwa weil der/die Patient-In erlebt und begreift, wie weitgehend er/sie selbst körperlich-seelische Prozesse merkbar z.B. mittels der AT-Grundstufen-Übungen und deren regelmäßigem, häuslichen Praktizieren zu beeinflussen vermag);
- ▶ zunächst z.B. der Erwerb von basalen Fähigkeiten zur Spannungsregulation notwendig ist, damit das Spannungsniveau soweit reduziert werden kann, dass spezifische Selbstwahrnehmungen usw. überhaupt möglich werden und dann in der Therapie differenzierend thematisiert werden können;
- ▶ mittels Hypnose oder der durch AT oder PR geförderten Achtsamkeit die Abwehr beginnend so weit flexibilisiert wird, dass eine psychodynamische Arbeit i.e.S. in Gang kommt;
- ▶ in der Schlussphase einer psychodynamischen Therapie konkretes und nachhaltiges Praktizieren von Selbstfürsorge indiziert ist, um die Therapie-Ergebnisse zu sichern.

Weitere Fälle sind denkbar. Wichtig ist, dass jeweils begründet werden kann, weswegen und mit welcher Zielsetzung im gegebenen Fall psychodynamische Psychotherapie mit übenden und suggestiven Interventionen parallel von dem-/derselben Behandler-In durchgeführt wird und weswegen das den psychodynamischen Wirkfaktoren der Therapieplanung nicht entgegensteht, sondern die Therapieziele unterstützt. Diese Begründung wäre zu dokumentieren und auf Verlangen der jeweiligen KV vorzulegen.

(Zur unabhängig davon gültigen Vorschrift der jeweiligen EBM-Leistungslegenden, AP bzw. TP mit AT, PR oder Hypnose „nicht in derselben Sitzung“ abrechnen zu dürfen, siehe die nachfolgenden Absätze.)

### **Parallele Abrechnung bei Akutbehandlung in unterschiedlichen Sitzungen ist möglich**

In § 13 (1) der Psychotherapie-Richtlinie wird Akutbehandlung als „zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik“ definiert. Sie bezweckt, „von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln zu entlasten“ und ist „auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik (...) ausgerichtet“. Eine „umfassende Bearbeitung der zugrundeliegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung“ ist dabei nicht intendiert, sondern die „Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände“ bzw. eine Stabilisierung als Vorbereitung auf

<sup>1</sup> Finanzielle Mittel, um entsprechende Studien vielleicht zukünftig aufzulegen, könnten evtl. beim Innovationsfond beantragt werden (siehe <https://www.kbv.de/html/innovationsfonds.php>).



eine Richtlinien-Psychotherapie, auf Teilhabe an psychosozialen Angeboten (z.B. Sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendhilfe) oder auf (teil-)stationäre Maßnahmen. Aus der Leistungslegende der Akutbehandlung (35152 EBM) ergibt sich, dass zur Erreichung dieser Ziele „geeignete psychotherapeutische Interventionen“ aus allen Richtlinienverfahren genutzt werden können. D.h. Akutbehandlung ist methodisch nicht auf ein Richtlinienverfahren beschränkt. Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung und der methodischen Ausgestaltung ist es inhaltlich zunächst wenig nachvollziehbar, weswegen die EBM-Leistungslegende der Akutbehandlung einen Abrechnungsausschluss mit AT, PR und Hypnose vorgibt, dienen doch gerade übende und suggestive Verfahren u.a. der effektiven Stabilisierung und Symptom-Besserung sowie dem Ausbau der Compliance und damit z.B. der Therapievorbereitung.

Auch zu diesem Punkt bekamen wir in einem sehr konstruktiven Telefonat mit der Referentin des UA PT/GBA einen wichtigen Fingerzeig: In der EBM-Leistungslegende der Akutbehandlung wird zwar die Durchführung „in derselben Sitzung“ ausgeschlossen, nicht aber die „am Behandlungstag“ oder „im Krankheitsfall“. Konkret heißt das, dass zwischen der Akutbehandlung und der Behandlung mit übenden und suggestiven Techniken zwar eine Pause liegen muss (auch wenn die Dauer dieser Pause nicht definiert ist und sie in der Praxis vermutlich kaum zu überprüfen sein wird). Aber z.B. morgens mit einer/m Patient:In Akutbehandlung durchzuführen und sie/ihn an einem anderen Wochentag oder am selben Abend in einer AT- oder PR-Gruppe anzuleiten, ist abrechnungstechnisch möglich. Dabei ist darauf zu achten, Entsprechendes im Praxisverwaltungssystem bzw. der Akte zu dokumentieren (z.B. Uhrzeiten) und die jeweiligen Leistungen vollständig zu erbringen. Zum Inhalt der Akutbehandlungssequenz von mind. 25 Min. s. oben. Für AT- oder PR-Gruppenbehandlung/Erwachsene gibt die Leistungslegende von 35112 EBM neben dem Vorliegen einer entsprechenden zusätzlichen Abrechnungsgenehmigung die „Einführung in das Verfahren“ mittels „übender“ und „verbaler Interventionen“ binnen von „mind. 50 Min.“ mit 2-10 Gruppenteilnehmer:Innen bei „standardisierter Dokumentation“ vor. Analoges gilt für AT-/PR-Einzelbehandlung (35111 EBM), AT-/PR-Gruppenbehandlung mit Kindern und Jugendlichen (35113 EBM) sowie für Einzelbehandlung mit Hypnose (35120 EBM): Auch die jeweiligen Leistungslegenden dieser Ziffern müssen natürlich vollständig erfüllt werden, um sie abrechnen zu können. Auch das haben wir uns von der KBV bestätigen lassen:

„Derzeit ist die Abrechnung von AT, PMR und Hypnose mit AP, TP oder Akutbehandlung nicht in (...) aufeinanderfolgenden Sequenzen - das heißt in derselben Sitzung ohne Pause - möglich. Jedoch wäre eine Abrechnung in verschiedenen Sitzungen möglich, wenn der obligate Leistungsinhalt erbracht, der fakultative Leistungsinhalt vorgehalten und alle sonstigen Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt werden“ (Antwortschreiben der KBV vom 17.05.19).

Darüber hinaus sichert sich die KBV rechtlich ab und ergänzt,

„...dass - trotz der Möglichkeiten der Abrechnung - die (...) Regelung zur Durchführung der Psychotherapie-Richtlinie gelten und weitere Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung einzuhalten sind (in diesem Fall neben der Psychotherapie-Richtlinie insbesondere die Regelungen der Psychotherapie-Vereinbarung und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs)“ (ebd.).

Selbst wenn also alle entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen vorliegen berechtigt lediglich eine entspannende Intervention nach Art des AT oder der PR innerhalb einer Akutbehandlungseinheit nicht zur Abrechnung von 35152 EBM zzgl. 35111 EBM, weil der/die Patient:In nicht auch 25 Min. in das Verfahren eingeführt wurde (d.h. die Grundübungen schrittweise zu erlernen, um sie zuhause regelmäßig zu praktizieren). Gleiches gilt für lediglich einzeln „eingestreute“ suggestive Interventionen innerhalb einer Akutbehandlungseinheit, die alleine nicht das Anschreiben von 35120 EBM rechtfertigen. Entspannung bzw. Hypnose light, ein bloßer Methoden-Mix Akutbehandlung mit Entspannungs- bzw. hypnotherapeutischen Einzelinterventionen oder sonstige eklektische Mischformen legitimieren nicht das zusätzliche Anschreiben der EBM-Ziffern für AT, PT und Hypnose.

### **Mengenbegrenzung von AT, PR und Hypnose**

Bei unseren Telefonaten mit der KBV haben wir aufgrund der sehr konstruktiven Atmosphäre auch gefragt, wie es eigentlich mit der Mengenbegrenzung von übenden und suggestiven Techniken steht, wenngleich das kein Teil der Resolution war. Die entsprechenden EBM-Leistungslegenden machen dazu nämlich keinerlei Angaben. Nur auf den EBM geschaut könnten 35111, 35112, 35113 und 35120 also so häufig abgerechnet werden, wie nötig. Aber §30 der Psychotherapie-Richtlinien enthält eine Angabe zu „Begrenzungen“ für „übende und suggestive Interventionen“. Hier heißt es:

„(...) a) Autogenes Training (...) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen b) Jacobsonsche Relaxationstherapie (...) einzeln und in Gruppen bis 12 Sitzungen c) Hypnose (...) bis 12 Sitzungen (nur Einzelbehandlung). Von diesen Interventionen kann in der Regel im Behandlungsfall nur eine zur Anwendung kommen.“





Dabei ist wiederum die juristische Perspektive interessant. Was nämlich genau der o.g. „Behandlungsfall“ der PT-Richtlinien ist – der §30 ist vermutl. ebenfalls 52 Jahre alt - ist nicht eindeutig definiert. Im EBM gibt es jedenfalls nur den „Krankheitsfall“ (= vier aufeinander folgende Quartale). Sinngemäß ist wahrscheinlich gemeint, kein/e Dauer-AT/-PR und keine Dauer-Hypnose anzubieten. Aber es wäre denkbar, dass 12x AT, PR oder Hypnose im Kontext einer bestimmten Diagnose durchgeführt wurden und dass danach eine neue (Lebens-)Situation eintritt bzw. eine neue Diagnose hinzukommt, die eine Wiederholung z.B. der AT-Behandlung oder einen Wechsel zu PR notwendig machen, weil ein neuer Behandlungsfall eingetreten ist. In der Realität kommt es z.B. nicht selten dazu, dass jemand nach der ersten AT-Behandlungssequenz regelmäßig zu Hause praktiziert hat, dann aber aufgrund der Exazerbation von Symptomen oder wegen belastenden Lebensereignisse zwei Monate später aus dem Tritt kommt und zeitnah eine AT-Auffrischung braucht, um das eigenständige tägliche Üben fortsetzen zu können. In anderen Fällen sind z.B. körperliche Beschwerden dazu gekommen, die evtl. einen Wechsel zu PR sinnvoll machen.

Die KBV verstand diese Argumentation, wollte sich aber diesbezüglich nicht abschließend festlegen, denn der EBM gibt, wie geschildert, keine Mengenbegrenzung vor und die PT-Richtlinie verwendet einen letztlich undefinierten Terminus. Sie riet dazu, solche begründeten Einzelfälle jeweils mit den zuständigen KVen zu klären.

An §30 PT-Richtlinien ist darüber hinaus noch interessant, dass die Kombination der übenden und suggestiven Techniken für den Behandlungsfall „in der Regel“ ausgeschlossen wird. Im Umkehrschluss hieße das: Im begründeten und begründbaren Einzelfall kann u.U. auf AT auch PR oder Hypnose folgen usw., denn die jeweiligen EBM-Leistungslegenden schließen lediglich ein Behandlung „in derselben Sitzung“ aus (siehe dazu oben unter Akutbehandlung). In der Realität kommen aber gar nicht so selten Fälle vor, in denen die sequentielle Kombination indiziert sein kann (z.B. jemand, der/die über PR einen ersten Zugang zu Spannungsregulation findet und erst danach zugänglich für AT oder Hypnose ist oder jemand der über Hypnose erst einen Zugang zur Spannungsregulation findet). Aber auch diesbezüglich ist es vermutlich ratsam, ein solches Vorgehen mit der örtlichen KV zu klären.

### **Und was ist mit einer angemessenen Honorierung?**

Tja - die Kommunikation mit den entsprechenden Delegierten im für den EBM zuständigen KBV-Bewertungsausschuss verläuft, diplomatisch ausgedrückt, etwas schleppend. Wir haben zwar mitgeteilt bekommen, dass eine Diskussion der Anliegen unserer Resolution empfohlen worden sei, zählbare Ergebnisse konnten wir aber bis heute nicht in Erfahrung bringen. Zwar wurden erfreulicherweise jüngst Nachvergütungen für psychotherapeutische Einzelsitzungen, Sprechstunden, Akutbehandlungen sowie Strukturzuschlag und u.a. eine Höherbepunktung neuropsychologischer Einzelbehandlungen ab 2019 beschlossen. Hinsichtlich AT, PR und Hypnose gibt es aber keine solchen guten Nachrichten – jedenfalls blieben unsere diesbezüglichen Nachfragen von den entsprechenden FunktönerInnen bisher unbeantwortet und in der entsprechenden Veröffentlichung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses tauchen die EBM-Ziffern 35110 bis 35120 nicht auf<sup>2</sup>.

Auch hinsichtlich der Gebührenordnung GOP/GOÄ, die im Fall von Privatversicherten oder Beihilfeberechtigten zum Ansatz kommt, können wir aktuell leider (noch) keine Fortschritte berichten. Die Verhandlungen zur GOP/GOÄ ziehen sich vermutlich auch deshalb sehr in die Länge, weil einige der Akteure kein größeres Interesse haben dürften die hier festgeschriebenen Honorare zu erhöhen oder zu aktualisieren (die letzte Anpassung an die aktuelle Preisentwicklung usw. ist schon Jahre her).

In finanzieller Hinsicht gilt es einen langen Atem zu behalten, beharrlich nachzufragen und immer wieder darauf aufmerksam zu machen, dass die ausgesprochen geringe Honorierung von AT, PR und Hypnose eine wirtschaftliche Erbringung dieser zeitgebundenen Leistungen nicht zulässt (auch deshalb, weil AT, PR und Hypnose aufgrund der Budgetierung meist nur anteilig ausgezahlt werden). Wenn der gesundheitspolitische Wille kein weiteres „Kaltstellen“ der bewährten übenden und suggestiven Verfahren und keine entsprechende „Ausdünnung“ des psychotherapeutischen Leistungsspektrums möchte, ist es *je t z t* dringend an der Zeit, hinsichtlich AT, PR und Hypnose für eine angemessene Honorierung zu sorgen. Ansonsten bliebe hier vielleicht nur, wie im Bereich Psychotherapie ja leider fast immer, juristische Schritte zu prüfen und in Angriff zu nehmen.

<sup>2</sup> DÄBI PP 6/2019, S. 280ff



### **Weitere inhaltliche Stärkung ist ebenso dringend nötig!**

Genauso wie die finanzielle, ist auch die inhaltliche Stärkung inkl. der fortwährenden Aufklärung auch und besonders der Fachkolleg-Innen weiterhin dringend geboten. Ein Blick in die aktuelle Auflage der Patient-Innen-Broschüre der Bundespsychotherapeutenkammer (BThK) „Wege zur Psychotherapie“ zeigt nämlich exemplarisch, dass die weitreichenden Potenziale von AT, PR und Hypnose auch unter Psychotherapeut-Innen nicht durchgängig mitgedacht werden, wenn es um das ggw. psychotherapeutische Leistungsspektrum geht. Zu Hypnotherapie gibt es dort zwar einen Hinweis, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie sie „bei Suchterkrankungen (nachgewiesen für die Raucherentwöhnung) und zur psychotherapeutischen Mitbehandlung bei somatischen Erkrankungen“ anerkannt hat (S. 50), AT, PR und Hypnose-Einzelbehandlung sowie psychosomatische Grundversorgung werden aber mit keinem Wort erwähnt<sup>3</sup>!

Dass AT und PR gut untersuchte, hoch effektive und bewährte Interventionsmöglichkeiten zur Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung darstellen und ein großes Potenzial u.a. hinsichtlich Konzentrationsförderung, Selbstwirksamkeitserleben und Selbstfürsorge haben<sup>4</sup>, bleibt ebenso unerwähnt, wie das vielfältige Wirkungsspektrum der Hypnose<sup>5</sup>, das umfassend darzustellen an dieser Stelle den Rahmen sprengen würde. Mit dieser DG-E-Mitteilung auf die Notwendigkeit einer Korrektur in der Publikation und auf der entsprechenden Internetseite der BThK hinzuweisen, um diese Leistungen nicht noch weiter auszublenden, ist das Eine. Mindestens ebenso wichtig ist es aber, diesen „blinden Fleck“ sogar der BThK als Symptom dafür zu betrachten, wie wenig die Potenziale von AT, PR und Hypnose außerhalb der Anwender-Innen (noch) bedacht werden. Das sollte Mahnung zur eingangs erwähnten inhaltlichen Stärkung auch und besonders gegenüber Fachkolleg-Innen genug sein.

Es gibt also auch weiterhin noch viel für AT, PR und Hypnose zu tun – gehen wir's an!

**Björn Husmann**

Dipl.-Psych. / Psychotherapeut

Redaktion „Entspannungsverfahren“ / Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Entspannungsverfahren

---

<sup>3</sup> Keine Treffer für die Suchbegriffe „Autogenes Training“, „AT“, „Progressive Relaxation“, „PR“ oder „PMR“, „Hypnose“ und „psychosomatische Grundversorgung“ auf <https://www.wege-zur-psychotherapie.org> oder in der PDF-Form der Broschüre „Wege zur Psychotherapie“ (<https://www.wege-zur-psychotherapie.org/download-wege-zur-psychotherapie/>, Auflage vom Februar 2019, Zugriff 01.06.19)

<sup>4</sup> vgl. Derra, C. (2017). Progressive Relaxation. Neurobiologische Grundlagen und Praxiswissen für Ärzte und Psychologen. Berlin: Springer (2. Aufl.); Krampen, G. (2013). Entspannungsverfahren in Therapie und Prävention. Göttingen: Hogrefe (3. überarbeitete u. erw. Aufl.); Husmann, B. & Nass, O. (2015). Spannungsregulation und Achtsamkeitsförderung sind zentrale psychotherapeutische Kompetenzen. *Psychotherapeutenjournal* 1/2015, S. 4-12

<sup>5</sup> vgl. Revenstorf, D. (2006). Expertise zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens Hypnotherapie entsprechend den Kriterien des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. *Hypnose-ZHH*, 1 (1+2)

