

Zehn Thesen zur Neudefinition des psychotherapeutischen Berufsbildes

Der vom Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) vorgelegte Gesetzentwurf für die Revision des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit und den Fraktionen des Deutschen Bundestages nicht aufgegriffen. Stattdessen erklärten Vertreter des Ministeriums auf dem 21. Deutschen Psychotherapeutentag im November 2012 und bei weiteren Gelegenheiten, dass weiterhin eine Direktausbildung zum Psychotherapeuten angestrebt werde und es keine „kleine“ Gesetzesänderung zur Lösung der Bachelor-Master-Problematik beziehungsweise zur Vergütungsproblematik während der praktischen Ausbildung geben werde. Selbst bei einem Regierungswechsel nach den Bundestagswahlen ist aus Sicht des Autors keine grundsätzlich andere Position zu erwarten.

Unter den Vertretern der Landespsychotherapeutenkammern und der Berufsverbände begann eine Diskussion über die notwendige Reaktion der Profession. Dabei reichen die Positionen von eher konservativen Diskussionsbeiträgen (im Wesentlichen nichts an der bisherigen dualen Ausbildungsstruktur zu ändern) bis hin zur Vorlage von Modellen eines Psychostudiums (Körner). Die BPTK schlug vor, zunächst die Diskussion um das zukünftige Berufsbild des Psychotherapeuten zu führen, um erst im zweiten Schritt zu möglichen neuen Ausbildungskonzepten zu kommen. Dabei spielt vermutlich im Hintergrund die Diskussion um die Kompetenzerweiterung des Berufsstandes (Verordnungen, Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc.) eine Rolle.

Im März 2012 hatte die Vertreterversammlung (VV) des VPP Essentials zur Ausbildungsreform beschlossen, die nach wie vor Gültigkeit haben. Angesichts der neueren Entwicklungen wurde die Diskussion um eine Neuausrichtung des Berufsbildes beziehungsweise der Ausbildungsstrukturen auf der letzten VV im Februar 2013 auch im VPP erneut geführt. Zur Fortsetzung dieser Diskussion – nicht nur im VPP – möchte der Autor mit den folgenden Thesen beitragen. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

1. **Für die meisten 1999 approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und einen Teil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war das Psychologiestudium die Direktausbildung zur Psychotherapie.** An vielen Universitäten wurden im Studium die Grundkompetenzen psychotherapeutischer Tätigkeit vermittelt. An der Universität Hamburg zum Beispiel war in den siebziger Jahren eine Grundausbildung in Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie sowie eine Einführung in weitere humanistische Therapieverfahren möglich. Weitere klinisch-praktische Kompetenzen wurden nach dem Diplom in Fort- und Weiterbildungen erworben.
2. **Die Absicht der Integration in die ambulante Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) führte zu einer Verengung des Berufsbilds auf die (ambulante) Richtlinienpsychotherapie.** Bei den Auseinandersetzungen um die Gestaltung des PsychThG vor 1998 war die Schaffung eines eigenständigen Heilberufes zur Überwindung der mit dem Delegationsverfahren verbundenen Abhängigkeit von den Ärzten ein wesentliches Ziel. Dabei führte genau diese Orientierung an der ambulanten (Langzeit-)Psychotherapie und deren bis dahin entwickelten Weiterbildungsstrukturen in privaten Ausbildungsinstituten, rückblickend gesehen, in die jetzige Sackgasse: Psychotherapie wurde nicht definiert als Spezialisierung im Psychologenberuf sondern als eigenständiger (Heil-)Beruf, für den nicht durch eine strukturierte Weiterbildung,

sondern durch eine durch ein Bundesgesetz geregelte weitere Ausbildung qualifiziert wird.

3. **Die Vergütungsproblematik in der praktischen Ausbildung hat ihren Ursprung in genau diesem Konstruktionsfehler.** Die praktische Tätigkeit wurde nicht analog der ärztlichen Weiterbildung als assistenzpsychologische Berufstätigkeit, sondern als Praktikum definiert. In den Stellenplänen der Kliniken und bei den Verhandlungen über die Klinikbudgets mit den Kostenträgern wurden – auch aufgrund fehlender gesetzlicher Regelungen – die praktischen Tätigkeiten der Psychotherapeuten in Ausbildung nicht berücksichtigt. Auch die Ausbildungsinstitute vernachlässigten über viele Jahre diese Problematik und setzten in ihren Kooperationsverträgen mit den Kliniken meist keine angemessenen Ausbildungsvergütungen durch.
4. **Seit dem PsychThG hat sich die Situation der ambulanten Psychotherapie grundlegend geändert.** Zum einen ist der Berufsstand inzwischen in die kassenärztlichen Vereinigungen weitgehend integriert und die Psychotherapie ist selbstverständlicher Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Zum anderen wird immer deutlicher, dass die Richtlinienpsychotherapie die gesellschaftlich angefragten Versorgungsbedürfnisse nicht ausreichend erfüllen kann. Der steigende Anteil psychisch bedingter Krankheitstage und Frühverrentungen entfachen in der Politik und bei den Kostenträgern die Diskussion um Behandlungsdauer, abgeleistete Wochenstunden und Gerechtigkeit beziehungsweise „Priorisierung“ der Verteilung von Behandlungskapazitäten. Auch die Schaffung zusätzlicher 4.000 Kassensitze (wie von der BPtK im Mai 2012 gefordert) würde lediglich dazu führen, dass die Behandlungsmöglichkeiten der Richtlinienpsychotherapie für einen kleinen Teil der Patienten (maximal zwei bis drei Prozent) ausreichen – bei einer Jahresprävalenz der F-Diagnosen von etwa 33 Prozent (Robert-Koch-Institut). Auch wenn nicht jede(r) psychisch Kranke Psychotherapie benötigt, müssen hierfür Lösungen geschaffen werden – zum Beispiel durch Schaffung einer psychotherapeutischen Primärversorgungsstruktur nach niederländischem Vorbild.
5. **Die Politik will keine Ausweitung der Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten beziehungsweise der Finanzmittel für Psychotherapie.** Favorisiert wird eher eine Umgestaltung der Versorgung und eventuell eine Erweiterung des Aufgabenspektrums – zum Beispiel zur Lösung der ärztlichen Nachwuchsprobleme im stationär-psychiatrischen Bereich. Das beinhaltet Chancen für den Berufsstand, aber auch die Gefahr des Verlusts psychotherapeutischer Identität.
6. **Noch immer werden psychisch Kranke schlechter behandelt als körperlich Kranke.** So gibt die GKV für die gesamte psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung – ambulant und stationär – immer noch erheblich weniger Geld aus als beispielsweise für die zahnärztliche Versorgung (inklusive Zahnersatz 11,6 Milliarden Euro im Jahr 2011). Und das sogar trotz der erheblichen Zuzahlungen der Versicherten. Von 180 Milliarden Euro Gesamtausgaben der GKV im Jahr 2011 entfielen lediglich 1,5 Milliarden Euro (etwa 0,8 Prozent) auf die ambulante Richtlinienpsychotherapie, während jeweils etwa 5 Prozent für die Nettoverwaltungskosten der Kassen und für Krankengeld ausgegeben wurden. Gleichzeitig steigen die Ausgaben für Psychopharmaka (wie beispielsweise Ritalin) von Jahr zu Jahr überproportional. Diese Schiefelage wird in der Diskussion um zu lange Wartezeiten und um die zukünftige Gestaltung der Behandlung psychischer Krankheiten viel zu selten thematisiert.

7. **Bei der Diskussion um eine mögliche Direktausbildung ist zu bedenken, dass sich die Situation an den Universitäten seit 1998 sehr verändert hat.** Durch die Einführung der Bachelor- und Masterabschlüsse gibt es keinen einheitlichen Psychologenberuf mehr. Innerhalb der psychologischen Fakultäten fand eine weitere Verarmung der Klinischen Psychologie statt – auch durch Abwanderung klinischer Praktiker und den Aufbau weiterer außeruniversitärer Ausbildungsstrukturen. Waren psychodynamisch (beziehungsweise humanistisch) ausgerichtete Hochschullehrer an den psychologischen Instituten schon früher in der Minderheit, hat die Besetzungspolitik der Hochschulen in den letzten Jahren zu einer erheblichen Dominanz behaviouristisch beziehungsweise verhaltenstherapeutisch orientierter Lehrstühle an den Universitäten geführt.
8. **Wichtig bei der Diskussion des zukünftigen Berufsbildes ist die (Wieder-)Einbeziehung der psychotherapeutischen Arbeitsfelder in Institutionen** – nicht nur in Kliniken und Reha-Einrichtungen, sondern auch in Bereichen, die nicht über die GKV finanziert werden, wie zum Beispiel Beratungsstellen. Es sind vor allem die angestellten Mitglieder der Kammern und Verbände gefragt, ihre Vorstellungen vom psychotherapeutischen Berufsbild stärker einzubringen.
9. **Bei der Diskussion um die Neuordnung der Ausbildung ist neben den Regelungen rund um die Studiengänge vor allem die Auseinandersetzung über die Struktur und die Dauer der Weiterbildung wichtig.** Ein Eckpunkt der Diskussion, gerade auch im Hinblick auf die zukünftige Vergütung, sollte die Stellung der Psychotherapeuten in Weiterbildung in der klinischen Patientenbehandlung sein – im Hinblick auf die Äquivalenz zur ärztlichen Weiterbildung hinsichtlich Nachtdiensten, Befugnissen etc. Die Diskussion um die Befugnisweiterung ist einerseits zu führen in Bezug auf die Definition von Psychotherapie (die Arbeit mit psychologischen Mitteln), andererseits aber auch mit Blick auf die Anforderungen der verschiedenen Arbeitsfelder: So ist beispielsweise die Möglichkeit der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in der beruflich-medizinischen Reha anders zu sehen und zu behandeln als in einem klassisch psychotherapeutischen Setting.
10. **Die Profession steht immer in der Gefahr, sich zu stark an berufsständischen Interessen, statt an den Erfordernissen des Gesundheitssystems und der Patientenversorgung, zu orientieren** (siehe den Entwurf für die Novellierung des PsychThG und die ärztliche Standespolitik). Zu klären ist deshalb auch der gesellschaftliche Auftrag an die Psychotherapie sowie die Definition des Gegenstandes der Psychotherapie – auch in Abgrenzung zur Psychologie. Ziel wäre es, die bisher sehr enge Legaldefinition des PsychThG zu erweitern. Nicht nur Krankenbehandlung beziehungsweise Diagnostik sollten enthalten sein – insbesondere die Berücksichtigung von Aufgaben in der Prävention ist anzustreben. Last but not least sollten alle Psychotherapieverfahren (insbesondere auch die systemische und die humanistische Psychotherapie) gleichberechtigt einbezogen und die Stellung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie – bei Festhalten am Ziel *eines* Berufes – abgesichert werden.