

Auf dem Weg zu einer Bundespsychotherapeutenkammer

Historische Ausgangspunkte und Perspektiven für eine Bundesvertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die Entwicklung der Psychotherapie und der sie fundierenden wissenschaftlichen Grundlagendisziplinen blickt in Deutschland auf eine weit über 100-jährige Geschichte zurück. Viele der auch heute noch aktuellen Probleme des Fachs und der Profession wie der nur langsam abklingende Schulstreit und die geringe Anerkennung der Psychotherapie in der Medizin und in der Gesellschaft markierten schon früh die Wegstrecke. Bevor wir uns den aktuellen Aufgaben bei der weiteren gesellschaftlichen Verankerung der Profession der Psychotherapeuten zuwenden, halten wir deshalb einen historischen Rückblick auf die Ausgangspunkte der Psychotherapie in Deutschland für angezeigt. Dieser Rückblick ist unvollständig, weil er nur an wenigen Stellen die internationale Vernetzung der Psychotherapieentwicklung aufzeigen kann. Wichtiger war uns hier, die Wechselwirkung zwischen der Professionalisierung der Psychotherapeuten und der rechtlichen Auseinandersetzung mit der Stellung der psychisch kranken Menschen in unserer Gesellschaft aufzuzeigen.

Historische Ausgangspunkte

- 1879 Wilhelm Wundt gründet das erste Psychologische Labor in Leipzig und legt damit die Grundlagen für eine nomothetisch ausgerichtete experimentelle Psychologie.
- 1895 Sigmund Freud entwickelt zusammen mit Josef Breuer in den „Studien über Hysterie“ erste Ansätze für eine psychoanalytisch orientierte Neurosenlehre.

Emil Kraepelin stellt die Forderung auf, psychische Phänomene, die für die Psychiatrie von Bedeutung sind, auf experimentalpsychologischer Grundlage zu analysieren und legt später die Grundlagen für die psychiatrische Klassifikation psychischer Störungen, die heute noch international Beachtung finden.

- 1896 Lightner Witmer, der bei Wundt in Leipzig promoviert hat, etabliert in Philadelphia, USA die erste „Psychologische Klinik“ und behandelt dort körperlich und geistig behinderte Kinder. Auf seine Wortschöpfung geht die Bezeichnung „Klinische Psychologie“ als Anwendungsfach der Psychologie zurück.
- 1903 Gründung der „Deutschen Gesellschaft für experimentelle Psychologie“, die 1904 in „Deutsche Gesellschaft für Psychologie“ umbenannt wird und seitdem die Interessen der an den Universitäten in Lehre und Forschung tätigen Psychologen vertritt.
- 1910 Karl Abraham, Schüler von Eugen Bleuler und C.G. Jung gründet in Berlin die psychoanalytische Vereinigung als Ortsgruppe der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung.
- 1912 Erscheint unter der Herausgeberschaft von Wilhelm Specht der 1. Band der Zeitschrift „Pathopsychologie“. Hugo Münsterberg veröffentlicht dort im selben Jahr sein Konzept der Pathopsychologie, das in Abgrenzung zu der am Krankheitsbegriff orientierten Psychopathologie „Abnormalität“ als Steigerung oder Hemmung normalpsychologischer Prozesse begreift.

- 1917 Emil Kraepelin gründet in München die „Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie“, die 1924 unter der Trägerschaft der „Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft“ weitergeführt und seit 1954 unter der Bezeichnung „Max-Planck-Institut für Psychiatrie“ tätig ist. Die Forschungseinrichtung ist von Beginn an ein Ort der interdisziplinären Kooperation von Psychiatern und Klinischen Psychologen.
- 1919 Alfred Adler eröffnet die erste Erziehungsberatungsstelle auf psychoanalytischer und individualpsychologischer Grundlage in Wien.
- 1920 Gründung der ersten psychoanalytischen Poliklinik unter der Leitung von Karl Abraham, Max Eitington und Ernst Simmel in Berlin mit einer angegliederten Lehrereinrichtung. Bis zum Machtantritt der Nazis 1933 weltweit bedeutsamstes psychoanalytisches Behandlungs- und Ausbildungszentrum.
- 1926 Formelle Gründung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG). Die heute noch gültigen Ausbildungs- und Zulassungsrichtlinien für Psychoanalytiker werden kodifiziert.
- Freud wendet sich in seinem Aufsatz „Zur Frage der Laienanalyse“ gegen die Vereinnahmung der Psychoanalyse durch Ärzte und deren alleinige Behandlungsberechtigung. Im Interesse innovativer Weiterentwicklungen dürfe die Psychoanalyse nicht von ihrer Verankerung in psychologischen und sozialwissenschaftlichen Grundlagendisziplinen abgeschnitten werden.
- 1936 Austritt der DPG aus der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung auf Druck der Nazis.
- Überführung des Berliner psychoanalytischen Instituts in das „Deutsche Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie“ unter der Leitung eines Veters des „Reichsluftmarschalls“ Göring mit dem Auftrag, eine „Neue Deutsche Seelenheilkunde“ zu erarbeiten.
- 1938 Auflösung der DPG. Bis zum Kriegsbeginn verlässt eine große Zahl der Psychoanalytiker wie auch der akademischen Hochschullehrer für Psychologie Deutschland und emigriert in die USA.
- 1941 Einführung der Diplom-Prüfungsordnung für das Fach Psychologie. Der wissenschaftlich qualifizierte Diplom-Psychologe wird damit als akademischer Beruf etabliert.
- 1943 Erlass des Reichsministeriums des Innern für die Absolventen des Berliner Instituts für psychologische Forschung und Psychotherapie, die Berufsbezeichnung „Behandelnder Psychologe“ führen zu dürfen.
- 1946 Gründung des Berufsverbands Deutscher Psychologen (BDP) als berufliche Interessenvertretung der Diplom-Psychologen. Von Beginn an ist die Mehrzahl der Mitglieder in klinischen Anwendungsfeldern tätig.
- 1947 Gründung des Berliner Instituts für Psychotherapie als Nachfolgeeinrichtung des Göring-Instituts und Wiedererrichtung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG).
- 1949 Gründung der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) mit dem Ziel, unabhängig vom Grundberuf und den jeweiligen psychoanalytischen Orientierungen ein gemeinsames berufspolitisches und wissenschaftliches Forum zu schaffen. Zentrale Dachorganisation für psychoanalytische Ausbildungsinstitute und berufspolitische Interessenvertretung der psychoanalytischen Fachgesellschaften.
- 1950 Abspaltung von Mitgliedern der DPG und Gründung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) mit dem Ziel, die Psychoanalyse Freud'scher Prägung in Deutschland zu revitalisieren und dadurch die Anerkennung der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung wieder zu erlangen.
- 1953 Gründung der Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP) als psychoanalytisch ausgerichtete Fachgesellschaft und berufliche Interessenvertretung. Mitglieder können im Grundberuf Ärzte, Diplom-Psychologen oder Pädagogen unterschiedlicher Herkunft (Lehrer, Sozialpädagogen, Diplom-Pädagogen) sein.
- 1958 Einführung der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ für Ärzte im Rahmen der ärztlichen Weiterbildungsordnung.
- 1960 Gründung der Deutschen Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP). Die Fachgesellschaft versteht sich als Interessenvertretung der auf C.G. Jung zurückgehenden analyti-

schen Psychologie. C.G. Jung hatte sich 1913 von Freud und seiner Trieblehre abgewandt und eine eigenständige Persönlichkeitstheorie auf philosophisch-religiöser Grundlage entwickelt.

1961 Der Bundesgerichtshof erkennt zivilrechtlich das Vorhandensein psychischer Störungen als Haftungsausschlussgrund an.

1963 Änderung des Arzt-Ersatzkassenvertrags: Nicht-Ärzte werden als Vertragsbehandler für die Mitglieder der Ersatzkassen ausgeschlossen. Psychoanalytisch qualifizierte Diplom-Psychologen können nicht mehr zu Lasten von Ersatzkassen abrechnen.

Gründung der Sektion Klinische Psychologie im BDP mit dem Ziel einer besseren beruflichen Interessenvertretung der heilberuflich tätigen Diplom-Psychologen.

1964 Das Bundessozialgericht erkennt psychische Störungen als behandlungsbedürftige Krankheiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung an.

1965 Die in den Katamnesestudien von Annemarie Dührssen zusammengetragenen Hinweise für die Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen bereiten den Weg für erste kassenrechtliche Regelungen der psychotherapeutischen Versorgung.

1967 Vereinbarung von Psychotherapie-Richtlinien zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassen. Für analytisch orientierte Psychotherapie und tiefen-

psychologisch fundierte Psychotherapie werden beim Vorliegen akuter neurotischer Störungen Gesetzliche Krankenkassen leistungspflichtig. Behandlungsberechtigt sind nur psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte. Einführung eines aufwendigen Antragverfahrens. Externe Gutachter überprüfen auf der Grundlage eines ausführlichen Therapieberichts des Psychotherapeuten, ob die Leistungspflicht der Krankenkasse befürwortet werden kann.

1968 Gründung der Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie (GVT) durch am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München tätige Klinische Psychologen. Die Bezeichnung „Behavior Therapy“ als Oberbegriff für klinisch-psychologische Interventionsmethoden auf lernpsychologischer Grundlage wurde 10 Jahre früher von dem Psychologen Hans-Jürgen Eysenck in England und dem Arzt Joseph Wolpe in Südafrika in Abgrenzung von einstellungsorientierten Psychotherapieverfahren eingeführt. Seit der Mitte der 50er Jahre werden in den USA auf den amerikanischen Experimentalpsychologen Skinner zurückgehende operante Belohnungsverfahren zur Aktivierung von psychiatrischen Langzeitpatienten eingesetzt.

1970 Gründung der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG) mit dem Ziel, den in den 40er Jahren von Carl Rogers in den USA entwickelten klientenzentrierten, später personenzentrierten genannten Psychotherapieansatz in Deutschland zu verbreiten. Die theoretischen Kernannahmen der Gesprächspsy-

chotherapie sind in der humanistischen Psychologie und in der Phänomenologie verankert.

Gründung der Deutschen Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP). Die Fachgesellschaft versteht sich in der Nachfolge von Alfred Adler, der 1911 aus der Wiener psychoanalytischen Vereinigung austrat und damit einem Ausschluss zuvorkam, weil er die Trieblehre von Freud kritisiert hatte. Im Zentrum der Neurosenlehre von Adler stehen soziale Fehlanspassungen aufgrund einer überwertigen Ich-Zentrierung des Individuums.

1972 Änderung der Psychotherapie-Richtlinien: Bald nach Inkrafttreten der ersten Psychotherapie-Richtlinien wird deutlich: Die psychotherapeutische Versorgung lässt sich allein durch Ärzte auch nicht annähernd sicherstellen. Die DGPT setzt sich dafür ein, psychoanalytisch qualifizierte Diplom-Psychologen an der Versorgung zu beteiligen. Zur Sicherstellung der Versorgung wird deshalb das sog. „Delegationsverfahren“ eingeführt, nach dem Diplom-Psychologen als Heilhilfspersonen der Ärzte bei Bedarf herangezogen werden können. Rechtlich und fachlich bedeutet dies die Subordination der Psychologischen Psychotherapeuten unter die Gesamtverantwortung des Arztes trotz vergleichbarer Qualifikation. Auch wirtschaftlich bleiben die Psychotherapeuten von den Ärzten abhängig, weil den Patienten kein Erstzugangsrecht zu einem Psychotherapeuten ihrer Wahl zusteht.

1973 Änderung der Rahmenprüfungsordnung für die Diplom-

Prüfung in Psychologie. Der Ausbau der Universitäten zu Beginn der 70er Jahre führt an zahlreichen Psychologischen Universitätsinstituten zur Errichtung von Lehrstühlen und Abteilungen für Klinische Psychologie. Die erweiterten Lehrkapazitäten ermöglichen praxisorientierte Schwerpunktsetzungen in den Anwendungsfächern der Psychologie. Dem trägt die neue Rahmenprüfungsordnung Rechnung.

Aus dem Bericht der WHO über die Rolle des Psychologen im psychosozialen Gesundheitswesen in Europa geht die zunehmende Bedeutung dieser Berufsgruppe bei der Prävention, Therapie und Rehabilitation psychischer Störungen und psychischer Komponenten von körperlichen Erkrankungen hervor.

1975 Der Deutsche Bundestag verabschiedet die Psychiatrie-Enquete, die eine umfassende Bestandsaufnahme der ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland enthält. Gefordert werden u.a. die rechtliche Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich erkrankten Menschen, ein Ausbau der gemeindenahen Versorgung und eine Anerkennung der heilberuflichen Kompetenzen von Klinischen Psychologen durch ein Berufsgesetz.

1976 Neufassung der Psychotherapie-Richtlinien: Chronifizierte neurotische Störungen werden in den Indikationskatalog aufgenommen. Unter Berücksichtigung des 1974 in Kraft getretenen Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation im Rahmen der

GKV wurde die psychotherapeutische Behandlung von Behinderten zur Besserung ihres Zustandes und zur Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft ebenfalls in den Indikationskatalog aufgenommen.

Der Deutsche Berufsverband für Verhaltenstherapie (DBV) und die Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie (GVT) schließen sich zur Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) zusammen. Die neue Interessenvertretung der Verhaltenstherapeuten wendet sich strikt gegen Ausbildungseinrichtungen in privater Trägerschaft und fordert anstelle einer universitären Diplomprüfung ein Staatsexamen in Klinischer Psychologie, das zur Ausübung der psychologischen Heilkunde berechtigten soll.

1978 Die Bundesregierung legt einen Referentenentwurf für ein Psychotherapeutengesetz vor, das keine krankensicherungsrechtliche Integration der Psychologischen Psychotherapeuten enthält. Die Ausbildung und die Berufsausübung ist auf die analytisch orientierte Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die Gesprächspsychotherapie und die Verhaltenstherapie beschränkt. Aufgrund der Uneinigkeit der Psychotherapeutenverbände, Widerständen aus den Reihen der Ärzteschaft gegen die berufsrechtliche Gleichstellung und Bedenken der Krankenkassen gegenüber unkontrollierbaren Kostensteigerungen im Rahmen der GKV wird der Referentenentwurf zurückgezogen.

Gründung der Arbeitsgemeinschaft der Psychotherapeutischen Fachverbände (AGPF) als Zusammenschluss von Verbänden der Gestalttherapeuten, der systemischen Familientherapie, Körperpsychotherapie, Psychodrama, Transaktionsanalyse, Tanz- und Bewegungstherapie mit dem Ziel der Anerkennung und rechtlichen Absicherung ihrer der humanistischen Psychologie nahe stehenden Verfahren.

1979 Bestätigung des Ärztemonopols durch das Bundessozialgericht: Das Gericht verneint die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für eine psychotherapeutische Behandlung durch einen Diplom-Psychologen.

1980 Arzt-Ersatzkassenvertrag Verhaltenstherapie: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schließt mit den Verbänden der Ersatzkassen einen Vertrag, in dem die Verhaltenstherapie im Rahmen des Delegationsverfahrens einbezogen wird. Der BDP ruft zum Boykott des Arzt-Ersatzkassenvertrags auf.

Gründung des Fachverbands für Klinische Verhaltenstherapie (FKV), in dem sich Ärzte und Diplom-Psychologen zusammenschließen, die bereit sind, sich am Delegationsverfahren zu beteiligen. Der FKV wird zum organisatorischen Zentrum der Ausbildungseinrichtungen für Verhaltenstherapie, die nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Diplom-Psychologen für das Delegationsverfahren qualifizieren.

1981 In der ehemaligen DDR wird der Fachpsychologe für Medi-

zin eingeführt, der heilberuflich mit den Ärzten gleichgestellt ist.

1983 Das Bundesverwaltungsgericht entscheidet, dass die Ausübung der Psychotherapie eine heilberufliche Tätigkeit darstellt. Solange eine auch aus der Sicht des Gerichtes wünschenswerte spezialgesetzliche Regelung für Diplom-Psychologen noch aussteht, benötigen sie deshalb berufsrechtlich eine Erlaubnis nach den Bestimmungen des 1939 verabschiedeten Heilpraktiker-Gesetzes.

Da die Behandlungsressourcen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht ausreichen, gelingt es dem BDP mit der Technikerkrankenkasse eine Vereinbarung zu schließen, wonach TK-Versicherte auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung eine Psychotherapie bei einem Diplom-Psychologen in Anspruch nehmen dürfen, sofern er die Qualifikationskriterien der Vereinbarung erfüllt. Zugelassene Verfahren im Rahmen der TK-Regelung sind die methodenintegrative Psychotherapie und die Verhaltenstherapie.

1984 Gründung der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten als berufliche Interessenvertretung der im Delegationsverfahren tätigen Verhaltenstherapeuten. Vertreter der Vereinigung werden von Seiten der KBV an den Verhandlungen über die Veränderungen der Psychotherapie-Richtlinien und Psychotherapievereinbarungen beteiligt.

1987 Die Verhaltenstherapie wird endgültig als drittes Verfahren im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien anerkannt und

damit auch für Versicherte der Primärkassen geöffnet. Die Richtlinienpsychotherapie wird um die psychosomatische Grundversorgung ergänzt. Die neu eingeführten Leistungen (Diagnostik, verbale Interventionen, Hypnose und übende Verfahren) können von Ärzten mit entsprechender Qualifikation antrags- und genehmigungsfrei erbracht werden. Diplom-Psychologen sind dagegen auf Hypnose, auf antragspflichtige und übende Verfahren beschränkt.

1988 Das Bundesverfassungsgericht hält das Delegationsverfahren und die berufsrechtlich erforderliche Erlaubnis nach dem HPG für verfassungskonform, gibt aber in der Urteilsbegründung zu erkennen, dass eine spezialgesetzliche Regelung für heilberuflich tätige Diplom-Psychologen berufs- und gesundheitspolitisch wünschenswert sein kann.

1989 Richtlinien der Föderation Deutscher Psychologenvereinigungen (BDP und Deutsche Gesellschaft für Psychologie) für den Bildungsgang zum Klinischen Psychologen / Psychotherapeuten als Gegenposition zu den Qualifikationsanforderungen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien werden verabschiedet.

1990 Die Bundesgesundheitsministerin Frau Prof. Dr. U. Lehr, Psychologin von Beruf, legt Eckpunkte für ein Psychotherapeutengesetz vor.

1991 Das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums unter Federführung von Prof. Dr. A.E. Meyer, Arzt und Psychoanalyti-

ker, erstattete Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes wird veröffentlicht. Es konstatiert eine gravierende Fehl- und Unterversorgung im Bereich der Psychotherapie und empfiehlt die gesetzliche Anerkennung der heilberuflichen Kompetenz der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

1992 Gründung des Deutschen Psychotherapeutenverbands (DPTV) als Berufsverband der Psychologischen Psychotherapeuten. Nachdem die Auseinandersetzungen im BDP über eine rechtlich selbständige Aussehenvertretung der Interessen der heilberuflich tätigen Psychologen nicht konstruktiv gelöst werden können, beschließen führende Mitglieder des BDP und der Sektion Klinische Psychologie einen eigenständigen Berufsverband zu gründen. Die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft entsprechen den berufsrechtlichen Übergangsbestimmungen des Gesetzentwurfs von 1993.

Die Deutsche Akademie für Verhaltenstherapie und der Fachverband für Klinische Verhaltenstherapie schließen sich zum Deutschen Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT) zusammen, der in erster Linie die Interessen der von der KBV anerkannten Ausbildungseinrichtungen für Verhaltenstherapie vertritt.

Zur Bündelung der Interessenvertretung im Rahmen der Anhörungen während des Gesetzgebungsverfahrens bilden die Verbände, deren Mitglieder

überwiegend im Rahmen der Kostenerstattung tätig sind (AGPF, BDP, DGVT, DPTV, DGPs, GwG, GNP) die Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie (AGPT). Die Vertreter der Verbände, deren Mitglieder im Rahmen des Delegationsverfahrens tätig sind (BVVP, DGAP, DGIP, DGPT, DPV, DVT, VAKJP, Vereinigung) bilden als Pendant die Arbeitsgemeinschaft der Richtlinienverbände (AGR).

1993 Die Bundesregierung legt nach langwierigen Anhörungen der Verbände der Psychotherapeuten und der Ärzteschaft einen Entwurf für ein Psychotherapeutengesetz vor. Der Gesetzesentwurf sieht berufsrechtlich die heilberufliche Gleichstellung mit den Ärzten im Bereich der Psychotherapie vor, staatliche Rahmenvorgaben für die Ausbildung und für die berufsrechtlich bedeutsame wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapieverfahren ist ein Wissenschaftlicher Beirat als unabhängiges Expertengremium vorgesehen. Sozialrechtlich ist mit Zustimmung der KBV die Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehen. Der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen erhält für die Festlegung von Psychotherapie-Richtlinien auf der Seite der Leistungserbringer eine paritätische Zusammensetzung von psychotherapeutisch tätigen Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen wird eine Zuzahlungspflicht verankert.

Gründung des Verbands der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP) als Sektion des BDP. Die Mitgliedschaft im VPP setzt die Mitgliedschaft im BDP voraus.

1994 Das Psychotherapeutengesetz wird wegen der Zuzahlungspflicht für Patienten im Bundesrat abgelehnt. Auch das Vermittlungsverfahren zwischen Bundesrat und Bundestag scheitert, weil die CDU/CSU-FDP Regierungskoalition an der Zuzahlungsverpflichtung festhält.

Der DPTV schließt mit den Bundesverbänden der Betriebs- und Innungskrankenkassen Empfehlungsvereinbarungen zur geregelten Kostenerstattung für den Fall ab, dass in der Regelversorgung wegen übermäßig langer Wartezeiten kein Therapieplatz zur Verfügung steht. Die ursprünglich auch für Gesprächspsychotherapie vorgesehene Kostenerstattung muss auf Intervention des Bundesgesundheitsministeriums entfallen. Die Empfehlungsvereinbarungen bleiben damit auf die Richtlinienverfahren beschränkt.

Der Inhaber des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Bern, Prof. Dr. K. Grawe veröffentlicht seine umfangreiche Bestandsaufnahme zur Wirksamkeit der Psychotherapie unter dem Titel: „Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession“. Seine empirisch gestützten Schlussfolgerungen zur differentiellen Wirksamkeit der Verhaltenstherapie im Vergleich zur Ge-

sprächspsychotherapie, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und analytisch orientierten Psychotherapie lösen kontrovers geführte Diskussionen zur Relevanz von randomisierten Therapiestudien zur Beurteilung der klinischen Wirksamkeit von Psychotherapieverfahren aus.

1996 Das Landessozialgericht von Nordrhein-Westfalen hebt die Empfehlungsvereinbarungen des DPTV und die TK-Regelung des BDP auf Antrag der KBV als rechtswidrig auf. Vertragspartner der Krankenkassen könnten auch im Bereich der Psychotherapie nur die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV sein. Die sog. Kostenerstattungspsychotherapie außerhalb der Regelversorgung nimmt als Folge des Urteils stark ab. Der Druck auf den Gesetzgeber, ein mehrheitsfähiges Psychotherapeutengesetz zu verabschieden, nimmt weiter zu.

1997 Auf Initiative der AGPT findet in Bonn eine Demonstration anlässlich der ersten Lesung des neuen Regierungsentwurfs für ein Psychotherapeutengesetz statt. Ca. 4.000 Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten fordern die alsbaldige Verabschiedung des längst überfälligen Gesetzes zur Sicherung einer ausreichenden psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung.

Die außerordentliche Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lehnt im September kurz vor den Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags den Gesetzentwurf

der Bundesregierung ab, der unter maßgeblicher Beteiligung des Vorstands und der Geschäftsführung der KBV erarbeitet worden war. Die Ablehnung richtet sich insbesondere gegen die vorgesehene Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als „Nicht-Ärzte“ in die Kassenärztlichen Vereinigungen. Darüber hinaus werden bei einer Verabschiedung des PsychThG unvermeidbare Kostensteigerungen im Rahmen der GKV prognostiziert.

1998 Nach einem positiven Ergebnis des Vermittlungsverfahrens zwischen Bundesrat und Bundestag wird das Psychotherapeutengesetz im Februar im Bundestag verabschiedet, der Bundesrat stimmt im März trotz der weiter enthaltenen Zuzahlungspflicht für Patienten zu. Im berufsrechtlichen Teil setzen die SPD-regierten Länder eine erweiterte Indikation für Psychotherapie unter Einbeziehung körperlicher Erkrankungen durch. Um den Widerständen der Vertragsärzte Rechnung zu tragen, wird zusätzlich zum Psychotherapie-Budget für das Jahr 1999 für die sozialrechtliche Zulassung ein bis zur ersten Lesung des Gesetzes befristeter Nachweis verlangt, in den vorausgegangen drei Jahren zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen tätig gewesen zu sein. Der Umfang dieser Tätigkeit wurde vom Gesetzgeber im Gegensatz zu den berufsrechtlichen Übergangsbestimmungen nicht näher festgelegt. Nach Abschluss der übergangsdefinierten Zulassungsverfahren soll jetzt auch für die Psycho-

therapie eine Bedarfsplanung als Grundlage für eine Zulassungssteuerung greifen. Auf Intervention der SPD-Länder werden die Beratenden Ausschüsse für Psychotherapie bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV zeitlich unbefristet eingeführt.

Die Psychotherapie-Richtlinien werden an die Bestimmungen des PsychThG angepasst. Der Kern der Richtlinien wie der Indikationskatalog, die zugelassenen Verfahren und deren zeitliche Kontingentierung, die Regelungen zur Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie das Verbot der Verfahrenskombination und das Gutachterverfahren bleiben dabei unangetastet. Neu eingeführt werden Psychologische Psychotherapeuten als Gutachter und ab Januar 2000 der Nachweis einer Mindestanzahl von gutachterlich befürworteten Therapieanträgen als Voraussetzung für die Befreiung der Gutachterpflichtigkeit von Anträgen für Kurzzeittherapien.

Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Ärztliche Leistungen (EBM) an die Bestimmungen des PsychThG.

Konstituierung des Wissenschaftlichen Beirats für Psychotherapie an der Bundesärztekammer. Der Beirat ist mit 6 in der Psychotherapieforschung ausgewiesenen Ärzten, 4 Vertretern der Psychologischen Psychotherapeuten und 2 Vertretern der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt. Die Benennung durch das Bundesgesundheitsministerium erfolgt auf Vorschlag der AGPT und der AGR.

Verabschiedung des Solidaritätsstärkungsgesetzes, das die Zuzahlungspflicht für Psychotherapiepatienten aufhebt und eine teilweise Verbesserung des Psychotherapie-Budgets für das Jahr 1999 vorsieht.

1999 Das Psychotherapeutengesetz tritt am 1. Januar in vollem Umfang in Kraft.

In einer Reihe von Urteilen befindet das Bundessozialgericht über die Rechtmäßigkeit der Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Jahren 1993 – 1998. Das BSG sieht aufgrund der signifikanten Einkommensabstände der Psychotherapeuten im Vergleich mit den übrigen Arztgruppen den Gleichheitsgrundsatz des Grundgesetzes verletzt und legt als Punktwert für eine angemessene Vergütung den Betrag von 10 Pfennigen fest und verurteilt die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen zu Nachvergütungen. Die KBV wirft dem BSG bei der Praxiskostenkalkulation betriebswirtschaftliche Unkenntnis vor. Die Kassenärztlichen Vereinigungen verzögern die Umsetzung der Honorarrechtsprechung des BSG.

Nach Abschluss der bedarfsunabhängigen Zulassungsverfahren im September (17.828 Zulassungsanträge wurden bearbeitet) sind im Bundesarztregister 9.681 zugelassene und 1.254 ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie 4.104 überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte er-

fasst. Auf der Grundlage der zugelassenen Psychotherapeuten werden die Verhältniszahlen (Relation der Psychotherapeuten zu Einwohnerzahlen) im Rahmen der Bedarfsplanung berechnet. Die nicht an einem fachlichen Bedarf und an den Tätigkeitsbedingungen im Bereich der Psychotherapie orientierte Ermittlung der Verhältniszahlen führt zu einer psychotherapeutischen Unterversorgung in mittelstädtisch und ländlich strukturierten Regionen und flächendeckend bei der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Der Wissenschaftliche Beirat legt die Entscheidungskriterien für die wissenschaftliche Anerkennung eines Psychotherapieverfahrens fest. Danach müssen in mindestens vier Hauptanwendungsbereichen der Psychotherapie jeweils mindestens zwei kontrollierte Wirksamkeitsstudien vorgelegt werden, um als Vertiefungsverfahren im Rahmen der Psychotherapieausbildung anerkannt werden zu können. Das Vorgehen des Wissenschaftlichen Beirats wird in der Fachöffentlichkeit und in der Rechtsliteratur kontrovers diskutiert. Auf der Grundlage dieser Entscheidungskriterien wird ein Antrag der systemischen Familientherapeuten auf Anerkennung abgelehnt, die Gesprächspsychotherapie nur als Zweitverfahren anerkannt.

Das Gesundheitsreformgesetz 2000 legt als Konsequenz der Honorarrechtsprechung des BSG in § 85 SGB V fest, dass zeitgebundene psychotherapeutische Leistungen im Rah-

men der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen angemessen vergütet werden müssen.

2000 Nach der vorausgegangenen Novellierung der Heilberufekammergesetze der Bundesländer Bremen, Berlin und Niedersachsen werden in diesen Ländern erst Errichtungsausschüsse eingesetzt und dann Wahlen zu den Vertreterversammlungen und zu den Vorständen der als Körperschaften Öffentlichen Rechts konstituierten Psychotherapeutenkammern durchgeführt.

Das Bundesgesundheitsministerium verfügt im Rahmen einer Rechtsverordnung die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Die Rechtsverordnung verweist auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und erklärt deren allgemeine Bestimmungen, die Grundleistungen sowie die psychotherapeutischen Leistungsinhalte als rechtsverbindliche Vorgaben für die Liquidation von psychotherapeutischen Privatbehandlungen.

Die nach Auslaufen des einjährigen Budgets für psychotherapeutische Leistungen erforderliche Neufestlegung der Vergütung für psychotherapeutische Leistungen führt im Bewertungsausschuss aufgrund einer Vorlage der KBV zu einer neuen Rechenformel, welche die Rechtsprechung des BSG ignoriert. Der Einkommensabstand der Psychotherapeuten im Vergleich zu den übrigen Arztgruppen wird damit fortgeschrieben.

Der Wissenschaftliche Beirat lehnt den Antrag der Vertreter des Psychotherapieverfahrens Psychodrama auf wissenschaftliche Anerkennung ab.

Das Bundessozialgericht urteilt im November über die Auslegung des sozialrechtlichen „Zeitfensters“ als Voraussetzung für eine bedarfsunabhängige Zulassung. Unter Rückgriff auf Vorgaben des Bundesverfassungsgerichtes sieht das Gericht in einer sozialrechtlichen Zulassung eine Privilegierung, die für den Ausnahmefall einer bedarfsunabhängigen Zulassung einen Härtefall voraussetzt. Ein Härtefall liegt nach Ansicht des BSG nur dann vor, wenn nachgewiesen werden kann, dass im Zeitfenster erkennbar eine berufliche Entscheidung getroffen wurde, die wirtschaftliche Existenz auf die Tätigkeit in niedergelassener Praxis zu gründen. Im Ergebnis schließt sich das BSG damit den Empfehlungen der KBV an, für eine bedarfsunabhängige Zulassung den Nachweis von jährlich mindestens 250 Behandlungsstunden zu Lasten der GKV zu verlangen. Das Urteil löst insbesondere unter ehemaligen Kostenerstattungspsychotherapeuten große Enttäuschung aus. Kritisiert wird, dass das Gericht bei seiner Sachverhaltsermittlung die in der jüngsten Vergangenheit zunehmend größeren wirtschaftlichen Schwierigkeiten übersehen hat, auf der Grundlage der Kostenerstattung eine wirtschaftliche Existenz zu gründen und dass dabei auch die Absicht des Gesetzgebers ignoriert werde, zur Sicherstellung einer flächendeckenden psychothe-

rapeutischen Versorgung einen Großteil der ehemaligen Kostenerstattungspsychotherapeuten in das Regelsystem zu integrieren.

- 2001 Die Beihilfe-Richtlinien werden durch Erlass des Bundesinnenministeriums endgültig an die Bestimmungen des PsychThG angepasst. Beihilfefähig sind wie im Rahmen der GKV analytisch orientierte Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Voraussetzung für die Behandlungsberechtigung ist neben der Approbation der durch Eintrag in das Arztregister einer Kassenärztlichen Vereinigung bestätigte Fachkundenachweis.

Die Verfassungsbeschwerden gegen die Zeitfenster-Urteile des BSG werden durch das Bundesverfassungsgericht abgelehnt. Die vorprüfenden Verfassungsrichter sehen in der Urteilsbegründung des BSG keine gravierenden Verstöße gegen verfassungsrechtliche Normen.

Nach den Wahlen zur Vertreterversammlung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ist auch im größten Bundesland die autonome berufsrechtliche Selbstverwaltung der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten förmlich konstituiert.

- 2002 Konstituierung der Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz

Das Bundessozialgericht revidiert seine frühere Rechtsprechung zum Umfang der zuläs-

sigen Nebentätigkeit eines Vertragsarztes bzw. Vertragspsychotherapeuten und beschränkt sie auf 13 Stunden pro Woche. Eine Halbtags­tätigkeit im Rahmen eines Anstellungsvertrags sei mit den Pflichten eines Vertragspsychotherapeuten, der psychotherapeutischen Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung zu stehen, nicht vereinbar. Darüber hinaus sei ein Psychotherapeut, der am selben Ort, an dem er seine Praxis hat, in einer Beratungsstelle tätig sei, nicht für die Zulassung als Vertragspsychotherapeut geeignet, weil bei den Klienten der Beratungsstelle dadurch die Freiheit der Therapeutenwahl beeinträchtigt sein könnte.

Der Wissenschaftliche Beirat erkennt die Gesprächspsychotherapie als Schwerpunktverfahren im Rahmen der Psychotherapieausbildung an, beschränkt die Anerkennung aber auf die Psychotherapie bei Erwachsenen.

Die Präsidentinnen und Präsidenten der Psychotherapeutenkammern von Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz sowie die Vorsitzenden der Gründungsausschüsse der Psychotherapeutenkammern von Bayern, Hamburg, Hessen und Sachsen gründen zur Koordinierung der Arbeit der Länderkammern und zur Vorbereitung der Gründung einer Bundespsychotherapeutenkammer eine Arbeitsgemeinschaft. Zur Unterstützung der Arbeit der AG werden Arbeitsgruppen zur Erarbeitung einer Satzung der

Bundespsychotherapeutenkammer und zur Vorbereitung einer Musterberufsordnung sowie für eine Musterweiterbildungsordnung eingerichtet.

Die Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen fordern die Anerkennung der Gesprächspsychotherapie im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien durch den Bundesausschuss Ärzte – Krankenkassen in der besonderen Zusammensetzung für Fragen der Psychotherapie.

Die neuen Aufgaben der Landespsychotherapeutenkammern

Landeskammern für die Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden auf der Basis von Heilberufs- bzw. Heilkammergesetzen gegründet. Da Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen neuen Heilberuf repräsentieren, sind sie in Analogie zu den anderen Heilberufen zu „verkammern“. Aus den Heilberufsgesetzen ergibt sich die Aufgabenstellung der Kammern:

Sie entlasten zuallererst den Staat von Berufsaufsichtspflichten durch Selbstverwaltung und Selbstkontrolle des Berufsstandes.

Sie haben einer ausreichenden und qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu dienen. So sind ihnen auch die Aufgaben der Aus-, Fort- und Weiterbildung (bei einigen Kammern abhängig von der Entwicklung bundeseinheitlicher Regelungen vom Gesetzgeber zurückgestellt) und der Qualitätssicherung aufgetragen.

Nicht zuletzt sind sie die Vertretung des Berufsstandes in der Gesellschaft und gegenüber der Politik.

All dies sind zuerst länderspezifische Aufgaben bzw. Zielsetzungen, die nach der konkurrierenden Gesetzgebung des Bundes und der Länder in der BRD der Länderzuständigkeit unterliegen, während die Zuständigkeit für Ausbildungsgesetze, das Krankenversicherungsrecht und das Recht der Leistungserbringung im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen dem Bund zusteht. Die vielfältigen Überschneidungen von berufs- und sozialrechtlichen Fragestellungen im Rahmen der Berufsausübung der Psychotherapeuten bringen es mit sich, dass die Länderkammern auch im Bereich des Sozialrechts legitime Berufsinteressen vertreten, auch wenn sie dort keine unmittelbaren rechtlichen Zuständigkeiten besitzen. Da das Krankenversicherungsrecht Bundesangelegenheit ist, können die beruflichen Interessen der Psychotherapeuten aber nur dann effektiv gegenüber der Gesundheitspolitik vertreten werden, wenn es auch eine Bundesvertretung der Länderkammern gibt. Dasselbe gilt für die Gewährleistung einer bundes einheitlichen Weiterentwicklung der Profession, wie sie sich z.B. im Rahmen von Weiterbildungsregelungen und Qualitätssicherungsrichtlinien auf der Länderebene vollziehen wird. Ohne eine Bundesstruktur der Länderkammern wäre eine bundesweite Abstimmung und einheitliche Regelung der Inhalte von Berufs- und Weiterbildungsordnungen sowie ein länderübergreifender Konsens über die erforderlichen Maßnahmen zum Erhalt der beruflichen Kompetenz und zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung organisatorisch nur schwer herstellbar. Wenn aufgrund dieser Sachnotwendigkeiten eine Bundespsychotherapeutenkammer entsteht, dann wird sie wie bei den Bundesvertretungen der übrigen akademi-

schen Heilberufe rechtlich als Verein der Landesammern zu konstituieren sein und kann wegen einer fehlenden gesetzlichen Grundlage nicht selbst als Körperschaft öffentlichen Rechts wie die Länderkammern etabliert werden.

Im folgenden gehen wir näher auf die Aufgaben der Kammern ein und geben jeweils Hinweise auf deren Implikationen für die Bundesebene.

Der Stand der Versorgung mit Psychotherapie

Versorgungsfragen haben eine länderspezifische Seite wegen der regionalen Ungleichverteilung der Behandlungsressourcen. Sie haben aber vor allem auch eine gesamtgesellschaftliche Dimension.

Wir müssen vorausschicken, dass wir zur ambulanten Versorgung aufgrund der vielen vorliegenden Studien mehr sagen können als zu den Notwendigkeiten und Gegebenheiten der psychotherapeutischen Versorgung, die in Institutionen stattfindet. Zu den Institutionen im ambulanten Bereich zählen wir in Übereinstimmung mit der Psychiatrie-Enquête von 1975 auch die Beratungsstellen mit ihren primär und sekundär präventiven Funktionen, zu den im stationären Bereich angesiedelten Institutionen gehören die psychiatrisch-psychotherapeutischen Abteilungen und Kliniken sowie die der Rehabilitation zugeordneten psychosomatischen Fachkliniken und neurologischen Kliniken.

Aus dem DAK –Gesundheitsreport 2002 entnehmen wir, dass in den letzten vier Jahren die Fehlzeiten wegen psychischer Störungen um 51% zugenommen haben. Immer mehr jüngere Versicherte sind von Depressionen betroffen. Die im DAK-Report berichteten Ergebnisse stimmen weitgehend

mit der von Wittchen und Jacobi in dieser Ausgabe vorgenommenen klinisch-epidemiologischen Abschätzung des Versorgungsbedarfs überein. Sind Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes nun gerüstet für die dadurch aufgeworfenen Versorgungsprobleme?

Im Bundesarztregister waren Ende 2001 11.099 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene und 1.076 ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten, 1.616 zugelassene und 149 ermächtigte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 3.280 überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte und 5.664 nebenberuflich psychotherapeutisch arbeitende Ärzte eingetragen. Nach den Antragsstatistiken der Richtlinien-gutachter und einer auf früheren Statistiken beruhenden Schätzung der Anzahl der Kurzzeittherapien wurden im Jahr 2000 ca. 511.914 Fälle im Rahmen der GKV psychotherapeutisch behandelt. Gemessen an einem fachlich indizierten psychotherapeutischem Behandlungsbedarf von 10 % der Bevölkerung (vgl. Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 2000; Wittchen & Jacobi in dieser Ausgabe) und unter Berücksichtigung, dass ca. 90 % der Bevölkerung im Rahmen der GKV versichert sind, ergibt dies einen Versorgungsgrad von ca. 7 %. Von einer fachlich angemessenen und effektiven psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung kann daher ebenso wie in früheren Analysen zum Stand der psychotherapeutischen Versorgung (Forschungsgutachten Meyer et.al.1991, ZI-Studie von Löcherbach 1999, Studie von Zepf u.a. 2001) auch heute noch nicht die Rede sein.

All dies erfährt eine dramatische Zuspitzung ins Katastrophennahe hinein, wenn man in den Osten der Re-

publik schaut. In schauriger Entsprechung finden sich hier die höchsten Pharmaverbräuche und die geringsten Psychotherapeutenzahlen. Ganze Landstriche sind ohne Psychotherapeuten. Und Besserung ist hier nicht in Sicht, vielmehr ist Ärztemangel bereits registriert und wächst dramatisch. Psychotherapeutenmangel, insbesondere ein Mangel an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist schon lange die Regel. Die Ostsituation hat die Tendenz, sich auf die ganze Republik auszudehnen. Die aufgrund der Zulassungssperren und der Ausbildungskosten stark zurückgegangenen Nachwuchszahlen – in Relation zur Überalterung des Berufsstandes – lassen Versorgungsnotstände ersten Ranges heraufziehen. An die notwendige Konsequenz: Attraktivierung des Berufsbildes durch adäquate Bezahlung, volle Gleichberechtigung mit Ärzten und Bezahlung der Praxisphase in der Ausbildung, denkt in der Gesundheitspolitik bisher niemand. Vorauszuschauen ist bekanntlich nicht die Stärke unserer in Legislaturen denkenden Politik.

Ursächlich für die Versorgungs- und Nachwuchsmisere ist eine verfehlte Bedarfsplanung für den Bereich der Psychotherapie, die 1999 lediglich den Ist-Zustand der Versorgung mit Psychotherapie zum Ausgangspunkt nahm und heute Versorgungsgrade angibt, die Aussagen über die relative Verteilung von PP- und KJP-Praxen im Land machen, denen jedoch keine empirische Bedarfsermittlung zu Grunde liegt.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen kommentiert die Mängel der psychotherapeutischen Bedarfsplanung in seinem Gutachten zur Über-, Fehl- und Unterversorgung wie folgt:

„Ein nach wie vor ungelöstes Problem bei der Bewertung eines bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist der Zu-

sammenhang zwischen der Prävalenz diagnostizierter psychischer Erkrankungen und dem Behandlungsbedarf. Ferner fehlen geeignete Bedarfsplanungsmodelle zur zuverlässigen Ermittlung des tatsächlichen Behandlungsbedarfs. Dies betrifft u.a. die ambulante psychotherapeutische Bedarfsplanung, die im Grunde genommen eine Verteilungsplanung auf der Basis von normativ festgelegten Verhältniszahlen zwischen Ärzten und Einwohnern darstellt, wobei der Ist-Versorgungszustand zu einem bestimmten Stichtag mit einer zukünftigen Sollversorgung gleichgesetzt wird. Da bislang nicht davon ausgegangen werden kann, dass die gegenwärtige Ist-Zahl an Psychotherapeuten in allen unterschiedlichen Regionen Deutschlands den bedarfsadäquaten Versorgungsstand der Bevölkerung darstellt, werden durch das geltende Verfahren die bestehenden regionalen Versorgungsungleichgewichte festgeschrieben“.

Es ist nicht davon auszugehen, dass die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen aufgrund der damit verbundenen Kosten und der Honorarverteilungsproblematik aus freien Stücken die Bedarfsplanung korrigiert. Die Psychotherapeutenkammern sind deshalb als Interessenvertretung der Psychotherapeuten und als Anwälte der Menschen, die unter behandlungsbedürftigen psychischen Störungen leiden, besonders gefordert, gegenüber dem hier allein zuständigen Bundesgesetzgeber die notwendigen Korrekturen durchzusetzen.

Psychotherapie in Institutionen

Wie wir angeführt haben, ist der Versorgungsbeitrag der Psychotherapie im stationären und außerstationären institutionellen Zusammenhang schwerer quantifizierbar, da er dort nicht im

einzelberuflichen sondern im multidisziplinären Umfeld erbracht wird. Wir wissen aber, dass dort gut die Hälfte unserer Mitglieder arbeiten und wir wissen auch, wie wichtig dies für die Kammern ist. Jetzt wird noch vielfach geklagt, die angestellten Kolleginnen und Kollegen seien unterrepräsentiert und kämen in den Kammern zu kurz. Das mag vielfach noch so sein und hat mit der länger eingeübten Interessenvertretung der Niedergelassenenverbände zu tun. Die angestellten und beamteten Kolleginnen und Kollegen sind aber für die Kammern als Verbindungsglied zwischen den Institutionen und der ambulanten Praxis sehr wichtig. Zum einen kommen die Niedergelassenen zu einem großen Teil aus dem Angestelltenbereich und haben ihre beruflichen Qualifikationen überwiegend in diesem Bereich erworben, zum anderen sind angestellte und beamtete Kollegen näher an moderneren Versorgungsformen angesiedelt. Hinzukommt, dass sie öfter als in der KV-Praxis multimethodisch qualifiziert und praktizierend sind. Sie sind also oft auch für die Integration von Schulen und Verfahren ein Stück weiter als es die Orthodoxie der Psychotherapie-Richtlinien erlaubt. Wenn wir davon ausgehen, dass die traditionelle psychotherapeutische Einzelpraxis mit Richtlinien-therapie ein respektables Standardmodell ist, das künftig aber eher an Bedeutung einbüßen wird, dann schauen wir zuerst auf zukünftige integrierte Versorgungsformen, auf Disease-Management-Programme und Public Health Aufgaben, die ohne Integration wissenschaftlicher und praktischer, stationärer wie ambulanter Versorgungsmodelle nicht denkbar sind. Wegen des Innovationspotentials in der institutionellen Versorgung müssen sich die Kammern insgesamt auf ihre Fahne schreiben, die Versorgung zu modernisieren und den Kolleginnen und Kollegen qualifikationsadäquate Arbeitsmöglichkeiten zu bieten. Es gibt ein Nachhinken von vielen berufsrelevanten

Regelungen, die noch nicht an der zentralen Norm des Psychotherapeutengesetzes: Heilberufliche Gleichstellung mit den Ärzten im Bereich der Psychotherapie angepasst sind. Hier steckt eine große Aufgabe, die Regelungs-

defizite – angefangen bei dem § 107 SGB V (Leitungsfunktionen in Kliniken) bis zur adäquaten Eingruppierung im BAT, von den Pflegsatzverordnungen, bis herunter zu landesspezifischen Heimrichtlinien – aufzuarbeiten.

sens und der gravierende Mangel an Vorbeugung nur von Spezialisten bemerkt werden, ohne dass in Talk-shows überhaupt darüber diskutiert würde. Mangel aber schafft Diskussionen, denn Besitzstände lähmen Reformanstrengungen. Das Sankt-Floriansprinzip regiert, wobei alle insgeheim auf einen langanhaltenden wirtschaftlichen Aufschwung hoffen. Auf diesem Hintergrund erscheint das Zustandekommen des PsychThG manchmal wie ein kleines Wunder. Bis heute besteht allerdings eine Hypothek des Gesetzgebers fort. Er wollte aus Psychotherapie + Medizin ein Nullsummenspiel machen. Psychotherapie sollte also möglichst nichts kosten. Sie soll sich ihr Geld aus den anderen medizinischen Töpfen holen. Vielleicht war es so gedacht, dass die Psychotherapie machtvoll bei Pharmaindustrie und Apparateindustrie einsammeln geht, mit der Kraft des guten Arguments? Aus der Minderheitensituation in den KVen sollte wohl durch bloße moralische Berechtigung mehr Gerechtigkeit kommen. Gekommen sind vor allem Berge an Arbeit für die Sozialgerichte, Ministerien, Petitionsausschüsse, KV-Gremien, ohne dass eine befriedigende Lösung bisher in Sicht gekommen ist. Wir stecken mit der Psychotherapie mitten in sog. Reformen und Versuchen der Kostendämpfung. Mal schaffen Budgetzwänge kannibalistische Konkurrenzen, mal haben andere Steuerungsinstrumente Konjunktur, die ähnliche Verwerfungen schaffen.

Kammeraufgaben bei der (Weiter-)Qualifikation ihrer Mitglieder und in der Qualitätssicherung

Für die Weiterentwicklung der Profession ist die Erschließung neuer Tätigkeitsfelder von besonderer Bedeutung. Die Fortschritte der Klinischen Psychologie und Neuropsychologie, der Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin sowie der Psychosomatik geben vielfältige Anregungen, das psychologische Forschungswissen für praktische Anwendungen im Bereich der Prävention, bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen und in der Rehabilitation zu nutzen. Von besonderer berufstrategischer Bedeutung sind deshalb die von den Kammern zu erlassenden Weiterbildungsordnungen, die zu einer Verankerung derartiger Sach- und Interventionskompetenzen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Gesundheitssystem beitragen können. Dabei sind unter Berücksichtigung der Dauer der beruflichen Qualifikation zum Psychotherapeuten überlange Weiterbildungszeiten zu vermeiden und in Abgrenzung von den anderen akademischen Heilberufen eigenstän-

dige curriculare Abläufe zu entwickeln und rechtlich durchzusetzen.

Das gesellschaftliche Ansehen der Psychotherapeuten ist allzu häufig noch durch veraltete Auffassungen über die wissenschaftlichen Grundlagen der Berufspraxis und der Intransparenz der Ergebnisse der psychotherapeutischen Berufsausübung negativ beeinflusst. Den von den Kammern zu erlassenden Richtlinien zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Sie können helfen, das hohe Fortbildungsniveau der Psychotherapeuten öffentlich zu dokumentieren und durch die verbindliche Einführung von Evaluationssystemen zur Behandlungskontrolle nicht nur zur intraprofessionellen Transparenz der Behandlungseffektivität, sondern gleichzeitig auch durch eine systematische Datenaggregation zum Nachweis des patientenbezogenen und des gesellschaftlichen Nutzens der Psychotherapie eingesetzt werden.

Letztlich scheitern alle an der Quadratur des Kreises: Gesundheit wird notwendig teurer. Auch ein massives Umsteuern auf mehr Prävention braucht erst einmal Geld. Die wirtschaftliche Gesamtlage lässt scheinbar nur kleinste „Lösungen“ zu. Qualitätsdumping und Einkaufskonkurrenzen auch im Bereich der Psychotherapie rücken in den Bereich des Möglichen, zumal wenn die KVen einen Teil ihres Versorgungsmonopols und ihrer unbe-

Einflussnahme auf Entwicklungen in der Gesundheitspolitik

Gerade neue Legislaturperioden im Bund beleben noch einmal alle Argumentationsfiguren der Gesundheitspolitik. Was ist aber die Empirie? Wir hören immer wieder von zu dämpfender „Kostenexplosion“. Das ist empirisch nicht haltbar, weil der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttozö-

alprodukt seit langem stagniert. Wir können sehr genau sehen, was das Gesundheitssystem als größtes der Sozialsysteme schüttelt: die Beschäftigungsmisere und damit die Einnahmenmisere. Mit einer Million Beitragszahlern mehr würden all die ineffizienten Strukturen des Gesundheitswe-

schränkten Vertragshoheit verlieren. Nicht dass Psychotherapeuten darüber trauern sollten, da sie ja nie wirklichen Schutz in den KVen genossen haben und es ihnen letztlich egal sein dürfte, ob die virtuellen Betriebskrankenkassen oder die Laborärzte die Stundensätze drücken. In jedem Falle sind die Kammern hier als Interessenvertretung auch ökonomisch gefordert.

Gegenstrategien der Kammern gegen qualitätsvernichtende Billigkonkurrenzen müssen sein: Qualitätskontrolle und unumkehrbare gesellschaftliche Verankerung. Wir wissen sehr wohl um den Grundkonflikt: Psychotherapie ist mit vielen Bereichen zwischen den orthogonal und antagonistisch angeordneten Systemen Sozialsystem und Gesundheitssystem platziert. Für psychosoziale Versorgung ist dies insgesamt ein Vorteil, weil Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine breite Qualifikation und ein weites Problemverständnis aufweisen. In der Finanzierung besteht in unserer bereichsgetreten Sozialstaatsorganisation immer eine Bedrohung, weil die Zugehörigkeit von Projekten oder Trägern evtl. nicht „rein“ ist und Mischfinanzierungen zurückgefahren werden sollen. Im Zeitalter der Kostenverschiebebahnhöfe besteht deshalb auch immer Gefahr für die Psychotherapie. Die Medizinlobbyisten, die Psychotherapie aus der GKV-Versorgung hinauskomplimentieren wollen, reichen bis in die Spitzen von Ärztekammern und KVen. Es ist deshalb immer wieder notwendig eine Mahnung an die Politik zu richten: Psychotherapie ist aus guten Gründen im Gesundheitssystem verankert. Mehr als 1/2 Million behandelte und beratene Patienten im Jahr ist keine Quantität negligeable. Ein Rückzug des medizinischen Systems aus der psychotherapeutischen Versorgung würde – wie bei Leistungskürzungen überall im sozialen Sicherungssystem üblich – zu subjek-

tiv erfahrener sozialer Ungerechtigkeit aufgrund von Ausgrenzung und individuell verfehlten Grenzwerten führen. Es entsteht so eine systembedingte Viktimisierung, die den „belief in a just world“ (Montada 1998) erheblich erschüttert und Anomietendenzen noch fördert. Wieviel davon verträgt unsere Gesellschaft noch? Es ist politisch nicht sinnvoll, bei marginalen Kosten symbolische Opfer zu bringen, nur um die eigene „Entschlossenheit“ zu demonstrieren. Psychische Störungen verursachen immer mehr Fehltag, gegen

den Trend immer längere stationäre Aufenthalte und immer mehr Frührenten (bei Frauen mittlerweile Grund Nr.1!). Wer dem nicht zusehen will, muss Psychotherapie stärken, schon aus ökonomischen Gründen. Hier zeigt sich auch der volkswirtschaftliche Einspareffekt durch Psychotherapie, der jetzt im System verschwindet, wenn dank Psychotherapie nicht gefüllte Betten anderweitig belegt werden und eingesparte Medikamente einem anderen verordnet werden, der sie genauso wenig braucht.

Die Entwicklung der Psychotherapeutenkammern und ihrer Bundeskammer

Die Landesammern sind Schulen der Verbändeoperation. Die Verbände haben bisher die Interessenvertretung des Berufsstandes partial und konkurrierend getragen. Sie haben sich dabei viele Verdienste erworben, müssen jetzt aber eine neue Rolle lernen. Sie verlieren die Rolle des fiktiven (berufenen) Sprechers für das Gemeinwohl des Berufes. Die Rolle des Allgemeinen und Verbindlichen wird von den Kammern besetzt. Sie haben Majorität und Legitimität ins Feld zu führen. Sie haben die demokratische Legitimation und sind zugleich, weil sie zum Miteinander-Reden zwingen, Kompromisschulen, wo früher im Krieg der Flugblätter, Verlautbarungen und Internetauftritte die Differenz gepflegt werden konnte. Unsere Schwäche sind VerbändeKriege von gestern, die noch andauern, Überdifferenzierung von Partialinteressen, und oft Streit mit psychologischen Mitteln. Letzteres meint, dass es in unserem Berufsstand eine nicht zu verwundernde Verletzlichkeit aber auch ihre narzisstischen Schwestern Häme und Verachtung gibt. Dann gibt es manchmal verbal aufgeschäumte Aggressivität, die es oft schwer macht zu vergessen, aufeinander zuzugehen oder einfach mal nachzugeben und mit der zweitbes-

ten Lösung zu leben. Die Kammern haben hier „Bildungscharakter“, das geduldige Miteinander-Umgehen schulen sie nämlich, und die dafür geeigneten und geeigneten Personen befördern sie hoffentlich.

Sie müssen Professionalisierungszentren werden: Qualitätssicherung, Fort- und Weiterbildung, Kooperation, Projektgestaltung gehören auf ihre Agenda. Professionalisierung ist Aufgabe für die jeweilige Landesammer selbst wie für die Bundesammer, aber sie ist auch Aufgabe für den Berufsstand insgesamt. Kammern sollten auch dafür sorgen, dass die zu dünne Schicht der Funktionsträger qualifizierten Nachwuchs erhält. Das heißt auch, dass die Kammern ökonomische Kompetenz, organisatorische Phantasie und Vernetzungsqualitäten hüten und entwickeln müssen. Sie haben auch die Aufgabe der PR für die Berufe PP und KJP und für eine offensive Meinungsbildung in die Mediengesellschaft hinein.

Sie müssen Kompetenzzentren werden auch in Finanzfragen (wenn die KVen Kompetenzverluste erleiden sollten, brauchen die Kammern intellektuelle Reserven und Verhandlungs-

kompetenzen, um als Berufsgruppe nicht den Kostenträgern ausgeliefert zu sein).

Sie müssen ihre großen Partner pflegen: Politik, Wissenschaft und Justiz. In allen drei Bereichen braucht eine Bundespsychotherapeutenkammer kontinuierliche Kontakte und systematische Aufarbeitung durch Sachreferate mit hochqualifizierten Mitarbeitern in der Geschäftsstelle der Bundeskammer.

Was sind die nächsten Schritte?

Die Arbeit der AG der Landespsychotherapeutenkammern biegt bei avancierter Satzungsdiskussion und mühsam erarbeiteten Kompromissen zwischen den Ländervertretungen, den Berufsgruppen und den verbandlichen Loyalitäten nun in die Gründungsgerade ein. Mit einer Gründungsvereinbarung und einem Haushaltsrahmen kann eine erste Delegiertenversammlung einberufen werden, deren Aufgabe es ist, die Satzung anhand vorliegender Alternativen festzuzurren, einen Vorstand zu wählen und alle Gremien (Ausschüsse) auf den Weg zu bringen.

Der Vorstand wird aus dem Stand aktiv werden müssen und gar nicht ausreichend Zeit haben, seine interne Organisation in Ruhe zu finden und Arbeitsprozesse allmählich effizient zu organisieren. Es muss alles gleichzeitig und möglichst gut funktionieren. Der Vorstand muss Stellen besetzen und task forces, später Referate aufbauen aber gleichzeitig schon eine Öffentlichkeitsoffensive starten und Politik und Öffentlichkeit die Präsenz der BPK nahe bringen. Und dies wäh-

rend noch Räume gesucht, Computer beschafft und Bewerber und Bewerberinnen angehört werden. Es wird für eine schlagkräftige Bundesvertretung gerade am Anfang darauf ankommen, dass die Zusammenarbeit im und mit dem Länderrat reibungsarm vonstatten geht und dass Impulse aus den Ländern gut umgesetzt werden können. Der erste Vorstand wird sicher ein „politischer Vorstand“ sein, der vor allem dafür sorgen muss, dass wir als Berufsgruppe gehört und respektiert werden. Er muss klug und sparsam agieren, denn seine Finanzmittel werden dem Aufgabengesamt nicht entsprechen. Er wird stufenweise aufbauen müssen und dabei auch einmal schmerzlichen Verzicht leisten müssen. Er wird viele Bündnispartner in Wissenschaft und Verbänden brauchen, die auch gepflegt sein wollen: Kooperation, Delegation und Transparenz sollte der Vorstand deshalb auf seine Fahne schreiben. Die Erfahrungen auf Länderebene haben mit verschiedenen Modellen und unterschiedlichen Wegen gezeigt: PP und KJP haben verstanden, dass die große Schnittmenge ihrer gemeinsamen Interessen auch gemeinsam vertreten werden muss. Dabei ist allen Beteiligten klar, dass dies nicht nur ein äußerer Vertretungsaspekt ist sondern dass dies eine starke Rückwirkung in den Beruf hinein haben wird, dass eine Identität entstehen kann und eine fortschreitende Professionalisierung der Praxis sich entwickeln kann, die zugleich noch die Eigenheiten der Humandienstleistung Psychotherapie bestehen lässt und pflegt, so dass der Beruf auch weiterhin Freude machen kann.

DAK Gesundheitsreport 2002
Fachgruppe Klinische Psychologie und

Psychotherapie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (2000). Stellungnahme zur Anfrage des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung. Unveröffentlichtes Manuskript.

Löcherbach, P. u.a. (1999). Patientenorientierte Bedarfsermittlung und –planung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Abschlussbericht des ZI für die Kassenärztliche Versorgung in der BRD. Köln: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland.

Meyer, A. E. u.a. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen des Psychotherapeutengesetzes. Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf.

Montada, L. (1998). A hybrid of justice motive and self-interest? In: Montada, L. & Lerner, M. J. (eds.) Responses to victimizations and belief in a just world (pp. 217-246). New York: Kluwer Academic Publishers.

Schwartz, F. W. u.a. (2001). Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III zur „Über-, -Unter- und Fehlversorgung.“

Zepf, S. u.a. (2001). Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in der Bundesrepublik. Gießen: Psychosozial.

Korrespondenzanschriften

Dipl.-Psych. Detlev Kommer
 Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
 Hauptstätterstr. 89, 70178 Stuttgart
 Dr. Lothar Wittmann
 Präsident der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen
 Marienstr. 16, 30171 Hannover