



Stand und Perspektiven der psychotherapeutischen Versorgung

Tagungsdokumentation

ver.di-Fachtagung vom 29.11.2006

The logo for ver.di, consisting of the text "ver.di" in white lowercase letters on a red square background.

ver.di

*Gesundheit, Soziale Dienste,
Wohlfahrt und Kirchen*

**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**



Zur Lage der Psychotherapie in Deutschland

Stand – Kritik – Ausblick



Prof. Dr. Jürgen Kriz, Universität Osnabrück

1. Einleitende Übersicht

Bei allen noch aufzuzeigenden Problemen und Gefährdungen der Psychotherapie in Deutschland gibt es auch einige positive Aspekte, die nicht übersehen werden sollen – und die sich gut für einen Einstieg in die Thematik eignen:

Acht Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) ist der Beruf(stand) „Psychotherapeut“ – besonders durch die beiden zum „ärztlichen Psychotherapeuten“ hinzugekommenen Gruppen „Psychologischer Psychotherapeut“ (PP) und „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ (KJP) – fest im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft etabliert. Fast alle Länderkammern sowie eine Bundeskammer für Psychotherapeuten (BPtK) sind inzwischen gebildet worden, haben beachtlichen Anteil an der öffentlichen Diskussion und sind im Gesundheitswesen als ernst zu nehmende Partner akzeptiert und integriert. Es wurden in diesem Zusammenhang recht klare Aus-, Fort- und Weiterbildungsstrukturen geschaffen. Die Bezahlung von Psychotherapien – allerdings nur die der Richtlinienverfahren – ist strukturell und quantitativ deutlich konsolidiert.

Dieser Rahmen hat dazu beigetragen, dass nach meinem Dafürhalten und meinen Erfahrungen auf vielerlei Ebenen die Zusammenarbeit deutlich kooperativer und entspannter verläuft – und zwar sowohl der Psychotherapeuten untereinander (d.h. zwischen den PP, KJP und ärztlichen Psychotherapeuten), als auch zwischen den Psychotherapeuten und den „somatischen“ Ärzten. Um so bedauerlicher ist es allerdings, dass in wenigen, vor allem von Funktionären durchsetzten Gremien, eine gegenteilige Entwicklung zu verzeichnen ist, und in jüngster Zeit geradezu „Kriegsstimmung“ angeheizt wird (darauf wird noch einzugehen sein).

Davon ist allerdings die ambulante Praxis derer, die in Deutschland praktizieren dürfen, erfreulich wenig berührt; selbst in den Kammern ist die Zusammenarbeit zwischen den Vertretern unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze eigentlich erstaunlich gut und kooperativ. Und in der stationären Versorgung ist eine angemessene Vielfalt der Vorgehensweisen auch in Deutschland nach wie vor gewährleistet. Es wird sogar in den letzten Jahren zunehmend von unterschiedlichen Modellen übergreifender Kooperation zwischen Ärzten und Psychotherapeuten einerseits sowie primär stationär und ambulant Tätigen andererseits Gebrauch gemacht – z. B.

- **multiprofessionelle Teams**, in denen u.a. Ärzte und Psychotherapeuten dauerhaft oder bei bestimmten Aufgaben zusammenarbeiten. Ein Beispiel ist die Zusammenarbeit im Rahmen der „Asthmaakademie“, die von uns in Osnabrück federführend entwickelt wurden und inzwischen bundesweit etabliert sind. Auch bei schwerem, rein somatisch bedingtem, Asthma kommen einerseits zahlreiche psychosoziale Sekundärsymptome hinzu, die krankheitswertige Störungen mit verursachen oder aufrechterhalten können (beispielsweise Anorexie eines Geschwisterkindes, um ebenfalls Beachtung gegenüber dem „Asthma“-Kind zu erkämpfen, oder Suizidalität überforderter Mitglieder in Familien, bei denen sich alles nur noch um das Asthma dreht). Aber selbst die rein somatische Primärkrankheit wird hier moderiert: Bei gleichem biosomatischem Zustand und gleicher stofflichen Umweltbelastung kann mehr oder weniger „Stress“ entscheidend dafür sein, ob ein Anfall gerade noch bewältigt wird oder aber ausbricht. Das Ausmaß von Stress wiederum kann aber unmittelbar mit der spezifischen Familiendynamik verbunden sein. Wenn daher in klassischer „Asthmaschulung“ dem Leben der Hausstaubmilbe oft ein weitaus größere Beachtung geschenkt wird, als dem Familienleben und dessen Zusammenhänge mit Stress, Verkrampfung und den biomedizinischen Ebenen des Asthma-Prozesses, so ist dies eigentlich unverantwortlich (vgl. Könning, Szczepanski & v. Schlippe 1994).
- **Konsiliardienste** stellen eine spezifische Art solcher Art-Psychotherapeuten-Kooperation dar. Es geht hierbei um die Heranziehung von Psychotherapie auf somatischen Stationen. Dabei können einerseits psychische Symptome als Folge der somatischen Prozesse gesehen werden (z. B. depressive Symptome infolge längerer oder schwerer körperlicher Beeinträchtigung), oder zu einer psychischen Erkran-

kung kommen somatische Beeinträchtigungen (z.B. Schäden als Folge eines Suizidversuchs), oder beide beeinflussen sich gegenseitig.

- Von **Liaisondiensten** spricht man dann, wenn ein Behandlungsteam von Psychotherapeuten angeleitet wird oder Psychotherapeuten in das Team integriert sind.
- **Integrierte Versorgung (IG)** stellt eine weitere übergreifende Arbeitsform dar: Mindestens 2 Leistungssektoren (ambulant/stationär) gewährleisten eine interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgung, wobei in der Regel ein Leistungserbringer die Haftung für alle Leistungen übernehmen soll. Die zugrunde liegende Idee ist eine Überwindung der bisherigen Schnittstellenprobleme und damit eine höhere Effizienz der Versorgung. Dieses Konzept wird z. Zt. von der Bundesregierung mit vergleichsweise hohen finanziellen Anreizen gefördert. Auch hier bedarf es neuer Effektivitäts- und Qualitäts-Überlegungen. Kennzeichnend für die integrierte Versorgung ist ihre einzelvertragliche Basis, d. h. jede Krankenkasse kann alleine mit einem oder mehreren Leistungsanbietern einen Vertrag schließen. Die Vertragsgestaltung und der Ort der Leistungserbringung unterliegen nur geringen Begrenzungen und die Zulassungsregelungen sind weitgehend aufgehoben.

Ein Problem stellt die Überwindung von Misstrauen hinsichtlich der „Querfinanzierung“ dar – d. h. man unterstellt, dass z. B. Rehabilitations-Leistungen aus dem Sozialhilfegesetz den Kassen aufgebürdet werden sollen (oder umgekehrt).

Ein weiterer Problemkreis stellt sich durch die die sog. „Disease-Management-Programme“ (DMP): Es geht dabei um strukturierte Behandlungsleitlinien für chronisch Kranke auf der Grundlage evidenzbasierter Behandlungsschritte. Prinzipiell kann damit ein besseres Zusammenspiel zwischen stationärer und ambulanter Versorgung erreicht werden. Allerdings ist darauf zu achten, dass es sich um mehr als abstrakte, „wissenschaftliche“ „Behandlungsprogramme“ handelt (analog zu den o. a. abstrakten „Therapierichtungen“). Zudem besteht die Gefahr, dass „Krankheit“ weitgehend nur unter wirtschaftlichen Aspekten gesehen wird.

Mit dem Begriff des „Case-Managements“, das statt auf Behandlungsprogramme auf den konkreten Fall in seiner realen Komplexität bezogen ist, versucht man diese klinische Relevanz und Validität einzufordern.

- Ein weiteres in Diskussion befindliches Modell ist das Medizinische Versorgungszentrum (MV). Als Modell dienen die ehemalige DDR-Polikliniken mit ihrer ambulanten Versorgungsstruktur. Das MV soll fachübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher Leistungsbringer fördern – z. B. von Ärzten und Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Bisherige Berichte weisen aber auf das Problem hin, dass die Organisationsformen und Abrechnungsstrukturen teilweise noch sehr unklar sind, was leider einer größeren Verbreitung von MV entgegensteht.

Einschränkend muss allerdings auch schon zu diesen eher positiven Aspekten gesagt werden, dass der „Preis“ für diese Konsolidierung der Psychotherapie in Deutschland recht hoch – und für manche Kritiker gar zu hoch – war, nämlich die Eingliederung des Berufsfeldes der Psychotherapeuten in die Struktur des Medizin-Systems. Obwohl eigentlich sogar fast jedem Laien der qualitative Unterschied zwischen dem Verabreichen von Pillen und der Durchführung von Psychotherapie einsichtig ist (um einen etwas überspitzten und plakativen Gegensatz zu strapazieren), tut sich das Medizin-System recht schwer, den Besonderheiten der Psychotherapie Rechnung zu tragen. Ein weiterer problematischer Aspekt ist die enge Kontingentierung der Psychotherapeuten-Praxen – und damit eine Festschreibung der derzeitigen Unterversorgung (wie noch gezeigt werden wird). Sehr unerfreulich ist, dass die blühende Landschaft unterschiedlicher Psychotherapieverfahren in Deutschland im Bereich ambulanter Praxen seit 1999 fast völlig zerstört wurde – im Gegensatz zu den Lösungen anderer Nationen. Zu bedenken ist auch, dass im Zuge der Steigerung des Anteils an privater Rentenversicherungsleistung und der Einschätzung der Versicherer, dass Psychotherapie einen Risikofaktor darstellt, möglicherweise eine erhebliche Veränderung der Beanspruchung von dokumentierter Kassenleistung folgen wird: Es ist eher eine Frage der Informiertheit und ein Rechenexempel, wann es für breitere Kreise billiger sein wird, eine Psychotherapie lieber selbst zu bezahlen – und sich dann das für sie passende und effektive Verfahren auch noch aussuchen zu können – als zwar zunächst kostenfrei mit einem der drei Richtlinienverfahren behandelt zu werden, aber dafür ggf. wesentlich höhere Beiträge zur privaten Rentenversicherung zu zahlen.

Obwohl somit die Lage der Psychotherapie in Deutschland im Vergleich vor dem PsychThG insgesamt als hinreichend befriedigend zu sehen ist,

gibt es partiell mangelhafte Substrukturen. Zudem sind deutliche Tendenzen zu erheblicher Verschlechterung, besonders im ambulanten Bereich, zu verzeichnen. Die Arbeit – bzw. auch: Nichtarbeit – und Entscheidungen des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ der Ärzte und Krankenkassen (G-BA) haben strukturelle Mängel erzeugt bzw. offensichtlich werden lassen, die faktisch als partielles Systemversagen bezeichnet werden müssen. Schon jetzt sind diese strukturellen Mängel qualitätsmindernd, schädlich für Patienten und behindern eine sachgerechte Weiterentwicklung der Psychotherapie. Darauf wird unten noch einzugehen sein.

Zunächst sollen aber einige Daten zum Gesamtkontext der Psychotherapie-Versorgung referiert werden.

2. Daten zur Psychotherapie-Situation¹

2.1. Zur Gesamtsituation

Nach den Ergebnissen des Bundes-Gesundheitssurveys (2004) erkrankt etwa jeder dritte Erwachsene im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung. Das sind über 16 Millionen erwachsene Menschen zwischen 18 und 65 Jahren im Jahr.

Allerdings nehmen bei Beschwerden nur drei Prozent aus eigener Initiative eine Behandlung in Anspruch – während bei entsprechender Aufklärung über die Erkrankung sowie bei einem Angebot zur psychotherapeutischen Behandlung immerhin jeder Dritte dieses Angebot auch wahrnimmt. Daraus errechnet sich – bei angemessener Aufklärung – ein Bedarf von über fünf Millionen Patienten/Jahr, die jährlich einer psychotherapeutischen Behandlung bedürften.

Es gibt aber nur etwa 300.000 ambulante plus 400.000 stationäre Behandlungsplätze.

¹ Daten entstammen u.a. folgenden Quellen im internet:

Gesundheitsberichterstattung des Bundes: <http://www.gbe-bund.de/>

Bundespsychotherapeutenkammer: http://www.bptk.de/psychotherapie/zahlen_fakten/90104.html

Gesundheitsbericht 2006 und Daten zum Gesundheitsbericht 2006 – über die Seite:

<http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/>

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung: <http://www.kbv.de/themen/6115.html>

Ambulant werden diese von 12.000 PP (davon 8.000 weiblich) und 3.500 ärztl. Pt. (davon 2.300 weiblich) versorgt. Hinzu kommen ca. 2.500 KJP (davon 1.800 weiblich), die rund 160.000 Kinder und Jugendliche versorgen.

Die **stationären** Behandlungsplätze werden in knapp 400 „Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie circa 80 „Krankhäusern für Psychosomatik und Psychotherapie“ bereitgestellt. In der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen in Deutschland in rund 110 Krankenhausabteilungen bereit, die rund 30.000 Patienten behandeln. Die Daten sind in Abb. 1 zusammengestellt.

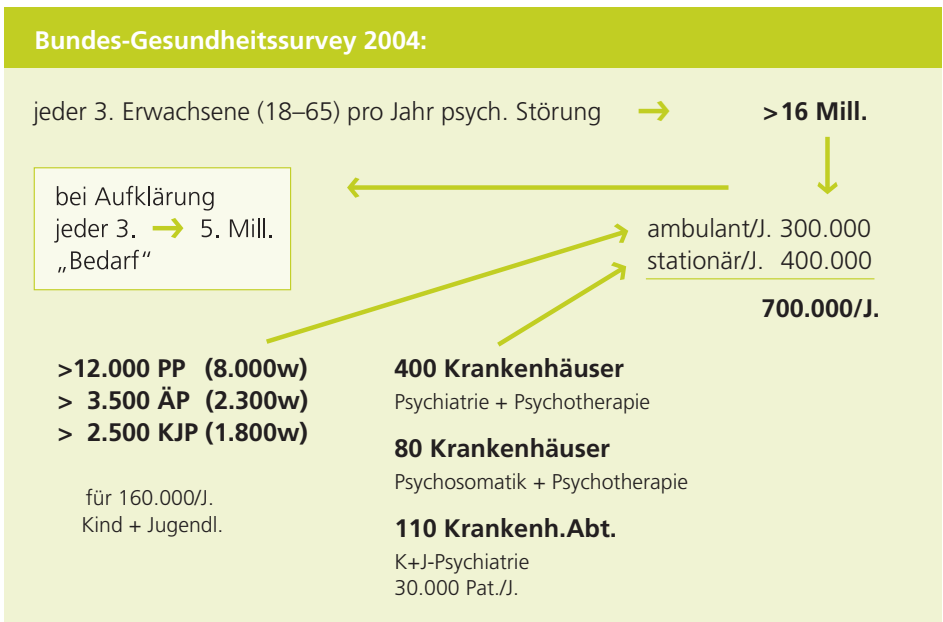


Abbildung 1 Bedarf und Versorgung 2004

Der oben ermittelte „Bedarf“ von rund 5 Mill. Patienten/Jahr – also rund das 7-fache dessen, was z.Zt. an Behandlungsplätzen bereitsteht – mag nicht nur erstaunen, sondern angesichts der Kosten auch erschrecken. Schon jetzt weist der „Gesundheitsbericht 2006“ für „psychische und Verhaltensstörungen“ Kosten von 22,4 Mrd. € aus (wobei allerdings z.B. Kosten für Demenz mit 5,6 Mrd. € zu Buche schlagen, obwohl diese nur sehr bedingt dem Psychotherapie-Sektor zuzurechnen sind).

Eine wesentliche Erhöhung erscheint da fragwürdig. Auf der anderen Seite muss aber bedacht werden, dass nach Studien rund 50 % der psychischen Störungen von Hausärzten nicht erkannt werden, und somit erhebliche unnötige Kosten durch Fehlbehandlung und Chronifizierung zu verzeichnen sind. Eine DAK-Studie, allerdings nur im Rahmen von 3 psychosomatischen Kliniken (Bühning 2003), belegte dort die lange, im Schnitt 7 Jahre dauernde Zeit, bevor angemessene medizinische Interventionen stattfinden. Diese, sowie zahlreiche andere Studien kommen bei Kostenberechnungen zu Nachher-Vorher-Relationen zwischen 1:3,7 bis 1:6 (Meichinger et al. 2003, Zielke M. & Limbacher K. 2004). Auch andere Indikatoren, wie z. B. Ausfalltage am Arbeitsplatz (AU-Tage) kommen zu Verringerung von bis zu 8:1 durch angemessene psychotherapeutische Maßnahmen.

Zahlreiche Studien belegen somit übereinstimmend: Der Aufwand für Psychotherapie spart erheblich Kosten. Dies sollte angesichts der Unterversorgung in Bezug auf den Bedarf einerseits und der Klagen über die hohen Kosten des Gesundheitssystems andererseits bedacht werden. Mehr Psychotherapie würde das Gesundheitssystem entlasten – ganz zu schweigen von der Verbesserung für viele fehlbehandelte und chronifizierte Patienten.

2.2 Ungleichheit zwischen alten und neuen Bundesländern

Wie Tabelle 1 zeigt, bestehen zwischen den alten und den neuen Bundesländern sehr große Unterschiede hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung. Allerdings darf Tab. 1 nicht so interpretiert werden, dass zwischen 1998 und 2000 ein riesiger Anstieg der Zahl der Psychotherapeuten insgesamt erfolgt wäre – der „Sprung“ ergibt sich vor allem dadurch, dass die hier nicht erfassten „Erstattungs-Therapeuten“ durch das PSyChThG 1999 im KBV-System nun offiziell erfasst wurden.

Falls man nicht davon ausgeht, dass die Bevölkerung in den neuen Bundesländern psychisch sehr viel gesünder ist – wofür es keinerlei Anhaltspunkte gibt – so sollte das gravierende Ausmaß der Unterversorgung in den neuen Bundesländern eigentlich besorgniserregend sein.

Jahr	Alte Bundesländer	Neue Bundesländer
1992	0,20	–
1993	0,22	–
1994	0,26	–
1995	0,29	–
1996	0,32	0,02
1997	0,36	0,02
1998	0,42	0,03
1999	1,93	0,46
2000	2,34	0,48
2001	2,40	0,53
2002	2,40	0,56
2003	2,44	0,63

Tabelle 1

Psychotherapeuten in Deutschland je 10.000 Einwohner: alte vs. neue Bundesländer
(Quelle Gesundheitsbericht 2006 / Originalquelle: KBV, BMG)

2.3. Weitere zentrale Problembereiche der psychotherapeutischen Versorgung

In einem Bericht auf ihrer Homepage weist die Bundespsychotherapeutenkammer auf drei weitere Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung hin:

- a) Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeuten sind zu lang: Im Mittel müssen erwachsene Patienten 2 Monate warten, bis sie einen Ersttermin (diagnostisches Erstgespräch) erhalten und 5–6 Monate, bis die Behandlung beginnen kann.
- b) Allgemeinkrankenhäuser haben zu wenig psychotherapeutisch qualifiziertes Personal:
Krankenhäuser stellen jährlich bei rund 900.000 Patienten psychische Störungen (ICD-10 Diagnosen) fest. Etwa drei Viertel dieser Patienten werden in hierfür qualifizierten Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern behandelt. Dagegen wird etwa ein Viertel der stationären Patienten in Allgemeinkrankenhäusern behandelt, in denen in der Regel kein ausreichendes Personal zur qualifizierten Diagnostik und Therapie psychischer Störungen arbeitet. Auch die Vernetzung mit qualifizierten ambulanten und stationären Einrichtungen ist häufig unzureichend.

c) Kinder und Jugendliche sind zunehmend gefährdet: Psychische Störungen erreichen bei Kindern und Jugendlichen ein erschreckendes Ausmaß. Fast jedes fünfte Kind leidet innerhalb eines Beobachtungszeitraums von sechs Monaten an einer psychischen Störung. Von rund 10.000 Münchner Schulanfängern zeigten im Jahr 1997 rund 17 Prozent intellektuelle Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten. In Jena, Heidelberg und Köln fiel bei der Schuleingangsuntersuchung für das Jahr 1997/98 jedes achte Kind z. B. durch aggressives Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme auf.

2.4. Verbesserung in Sicht?

In dem 224-seitigen Bericht „Gesundheit in Deutschland“, Juli 2006, der Gesundheitsberichterstattung des Bundes² heißt es in der „Zusammenfassung“ unter „1.2.3 Seelische Gesundheit“:

*„Die Bedeutung psychischer Erkrankungen wurde wegen eines Mangels verlässlicher Daten lange Zeit unterschätzt. Wie neuere Erhebungen inzwischen zeigen, durchleben in Deutschland 15 Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer innerhalb eines Jahres eine depressive Phase. Gefürchtete Folge einer Depression ist der Selbstmord. So verstirbt etwa einer von sieben schwer depressiven Patienten durch Suizid. Zudem sind Depressionen häufiger Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Auch Angsterkrankungen sind in Deutschland weit verbreitet. Innerhalb eines Jahres erfährt jede fünfte Frau und fast jeder zehnte Mann eine Angststörung. Diese führt oft zu starken Beeinträchtigungen des alltäglichen Lebens. **Bisher wird wahrscheinlich nur bei einem Teil der Betroffenen die richtige Diagnose gestellt und eine angemessene Behandlung eingeleitet.**“* (Hervorhebung J. Kriz)

Dies zeigt eigentlich deutlich, dass in Politik und Gesundheitsbürokratie diese Probleme gesehen werden. Es gibt allerdings derzeit wenig Anzeichen dafür, dass daraus die Konsequenzen gezogen und der Sektor der Psychotherapie gestärkt werden würde. Da dies – wie oben gezeigt wurde – neben einer gesundheitlichen Verbesserung für die Bevölkerung sogar das Gesundheitssystem insgesamt finanziell entlasten würde, kann die Verhinderung eigentlich nur auf die Lobby jener Kräfte zurück-

² Quelle und weitere Hinweise: <http://www.gbe-bund.de>

geführt werden, denen der partikulare Nutzen wichtiger ist als eine Verbesserung der Gesamtlage. Dies ist zwar verständlich und auch kaum anders zu erwarten – allerdings sind eben deswegen Politik und Gesetzgebung in der Pflicht, die Weichen entsprechend den eigenen Erkenntnissen zu stellen.

2.5. Zur Situation der Ausbildung und Qualifikation von Psychotherapeuten

Bis zum PsychThG gab es auch in Deutschland ein breites Spektrum an Psychotherapierichtungen und entsprechenden Ausbildungseinrichtungen mit recht unterschiedlich strukturierten und qualifizierten Ausbildungsgängen. Was überhaupt als „Richtung“ bzw. „Schule“ angesehen werden kann, ist schwer zu definieren, weil theoretische Konzepte und Ausbildungsgänge unterschiedlichen Clustern zugeordnet werden können. So wiesen und weisen beispielsweise die „psychoanalytischen“ Ausbildungsinstitute deutliche größere Unterschiede auf, je nachdem, ob sie sich auf die Konzepte von Freud, von Adler oder von Jung berufen, als beispielsweise die Ausbildungsgänge in „Gesprächspsychotherapie“, denen trotz aller Differenzierungen in „klassische“, „erlebenszentrierte“, „differentielle“ und „erfahrungsaktivierende“ Methoden ein einheitlicheres und homogeneres Theoriegebäude zugrunde liegt. Die Verhaltenstherapie wiederum ist nach eigenem Verständnis „kein homogenes Verfahren, sondern eine Gruppe von Interventionsmethoden“ (Kroener-Herwig 2004) – viele Institute bemühen sich allerdings seit Jahren dennoch um eine ebenfalls recht einheitliche Ausbildung.

Leider hat das PsychThG nicht Ausbildungen, sondern abstrakte „Verfahren“ zur Grundlage gemacht – und blieb damit schon 1999 weit hinter der therapeutischen Realität zurück (was sich auch anhand neuerer Daten nochmals zeigt – s. unten). Zudem wurden bekanntlich zunächst nur die drei „Richtlinienverfahren“ mit Ausbildungsgängen, die zur Approbation führen, zugelassen. Weitere sollten nach Überprüfung durch die entsprechenden Länderbehörden folgen – wobei diese gemäß §11 PsychThG in Zweifelsfällen einen „Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie“ (WBP) zu Rate ziehen sollten. Durch die recht bald konsentierende Abstinenz der Länderbehörden, eigene Entscheidungen zu fällen, und die Barrieren des WBP wurde in den 8 Jahren seit PsychThG nur die Gesprächspsychotherapie als weiteres Verfahren berufsrechtlich

anerkannt. Und auch dies nur verstümmelt – nämlich auf die PP beschränkt. Die auf den ersten Blick einleuchtende Erklärung dafür, nämlich dass von Behandlungserfolgen bei Erwachsenen nicht zwangsläufig auf die von Kindern/Jugendlichen geschlossen werden kann, erweist sich faktisch als unhaltbar: Denn erstens dürften die Ähnlichkeiten in der Behandlung eines 17-jährigen „Jugendlichen“ zu der eines 21-jährigen „Erwachsenen“ in der Regel größer sein als die zu einem 2-jährigen „Kind“. Zweitens aber soll ja die Empfehlung des WBP der berufsrechtlichen Zulassung dienen. Und diese ist gesetzlich so geregelt, dass ein in Gesprächspsychotherapie ausgebildeter PP nun zwar Kinder und Jugendliche (mit-)behandeln darf, aber die speziell für Kinder- und Jugendliche ausgebildeten Gesprächspsychotherapeuten in Deutschland aufgrund des WBP-Beschlusses keine Approbation erwerben können. Dabei sollten doch eigentlich auch Wissenschaftler in der Lage sein, über die Absurditäten, die aus ihren Entscheidungen folgen, nachzudenken und Konsequenzen daraus zu ziehen.

Geht man von rund 15.000 PP und KJP aus sowie einer durchschnittlichen Berufstätigkeit von 30 Jahren, so ergibt dies einen Ausbildungsbedarf von 500 PP/KJP jährlich – was rund 8–15 Mio. € allein an Ausbildungskosten entspricht. Diese teilen bisher die Institute allein der Richtlinienverfahren unter sich auf. Es ist nachvollziehbar, dass das Interesse dieser Institute – und der mit ihnen verbundenen Personen – nicht sehr groß ist, andere Verfahren in diesen Markt zu lassen.

Gleichwohl ist die faktische Verfahrensbreite der approbierten Psychotherapeuten erstaunlich groß, wie Tabelle 2 zeigt. Neben den psychodynamischen (analytische und tiefenpsychologisch fundierte) und den Verhaltens-Therapien spielt nicht nur in Kliniken, sondern auch im ambulanten Bereich besonders humanistische und systemische Verfahren eine bedeutsame Rolle.

	1987	2005			
	anwenden	abgeschl. Ausbild.	Zulass.	Nutzen	Bedeutung f. Identität
Analytische Psychotherapie	23%	24%	–	36%	48%
Tiefenpsychol. fundierte Psychoth.	48%	31%	53%	52%	64%
			(+3%)		
Verhaltenstherapie	48%	40%	44%	50%	54%
Gesprächspsychoth.	55%	15%	–	37%	43%
Gestalttherapie	28%	11%	–	17%	27%
Familientherapie	29%	14%	–	25%	41%
Übende Verfahren (Jacobson, autogen. Train.)	39%	–	–	–	–
Hypnose/Hypnotherapie	–	9%	–	17%	26%

Tabelle 2 Beurteilungen von PsychotherapeutInnen zu den 4 Hauptrichtungen (vgl. Text)

Die erste Spalte stammt aus einer Befragung von 1.779 selbständig tätig klinisch arbeitenden Psychologen, durchgeführt vom „Institut für freie Berufe Universität Erlangen-Nürnberg“ (Wasilewski & Funk, 1987), welches Verfahren sie anwenden. Die hohen Zahlen durch Mehrfachnennungen belegen, dass schon damals viele Therapeutenangaben, mehrere Verfahren anzuwenden.

Die Daten in den weiteren Spalten stammen aus einer repräsentativen Befragung von 384 (aus den rund 11.000) kassenzugelassenen Psychologischer PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen (Schindler & v. Schlippe, 2006). Statt der „Übenden Verfahren“ in 1987 – die inzwischen von anderen mit durchgeführt werden – wird hier Hypnose mit aufgeführt, da sie von vielen Befragten genannt wurde.

Spalte 2 gibt zunächst die abgeschlossenen Ausbildungen an – wobei es wenig Mehrfachnennungen gibt: vollständig schließt man offenbar eher nur in einem Verfahren ab.

Spalte 3 zeigt das Verfahren, mit dem man offiziell seine Approbation erworben hat – bekanntlich sind in Deutschland nur Approbation mit Kassenzulassung für die psychodynamischen Verfahren (Zeile 1 und 2 sind zusammengefasst, die 3% beziehen sich auf jene, die für beides zugelassen sind) sowie Verhaltenstherapie möglich.

Spalte 4 basiert auf den Einschätzungen der Befragten darüber, inwieweit Ideen, Konzepte und Anregung der Therapierichtungen in die alltägliche Arbeit einfließen. Angegeben ist der Prozentsatz jener Befragten, die auf einer Skala von 0–100% einen Wert über 50 ankreuzten. Die hohen Werte zeigen, wie auch acht Jahre nach Inkrafttreten des P_SychThG eine Vielfalt von Verfahrenskonzepten für die Praxis als hilfreich gesehen wird.

Noch deutlicher wird dieser Trend in **Spalte 5**, deren Daten auf Einschätzungen darüber beruhen, in welchem Maße die unterschiedlichen Therapieschulen zur persönlichen therapeutischen Identität beitragen. Die Prozentwerte zeigen den Anteil Befragter, die jeweils ein „eher wichtig“ und darüber ankreuzten.

Provokant könnte man formulieren, dass die ganz überwiegende Anzahl niedergelassener Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch heute noch eine viel breitere Verfahrenskompetenz aufweisen, als es ihnen jene Gremien zubilligen, die faktisch für die berufsrechtliche (WBP) oder sozialrechtliche (G-BA) Zulassung zuständig sind. (Der WBP hat zwar nur gutachterliche Funktion – zudem auf Antrag – die facto haben aber die Länderbehörden auf ihre Entscheidungsbefugnis verzichtet).

Dieses Ergebnis wird bestätigt, wenn man die Fragerichtung umkehrt: Nur 21 % der Befragten kreuzen an, „ich tue, wofür ich eine Zulassung habe“, 54 % geben an, integrativ zu arbeiten, 24 % eklektisch. Bei denen, die eine VT-Ausbildung haben, tun sogar nur 16 % das, wofür sie eine Zulassung haben, 58 % arbeiten integrativ, 26 % eklektisch. (Alle Zahlen aus Schindler & v. Schlippe, 2006).

Da dieses Ergebnis prinzipiell bekannt ist – wenn auch vielleicht nicht in dieser Höhe – wird gelegentlich von Kräften, welche die Psychotherapieversorgung in Deutschland insgesamt möglichst reduzieren wollen (etwa, weil sich dann noch mehr Pharmaka verkaufen lassen) der Begriff „Abrechnungsbetrug“ in die Debatte geworfen. Dem muss aber klar

widersprochen werden: Keinem Arzt würde zugemutet werden, von neueren Erkenntnissen und Weiterbildungen keinen Gebrauch machen zu dürfen – auch wenn er dann ggf. nicht mehr genau das tut, was er bei der Approbation gelernt hat. Analog kann schwerlich Psychotherapeuten verwehrt werden, von ihrer höheren Qualifikation Gebrauch zu machen, nur weil eine von Gesundheitsbürokraten verwaltete Richtlinienpsychotherapie Vorstellungen festschreibt, die an der Entwicklung und den Erfordernissen der Psychotherapiepraxis vorbeigehen.

2.6. Faktizität und Notwendigkeit einer passungsgerechten Psychotherapie

Das Modell „Österreich“, mit seinen auf Ausbildungsgänge zugeschnittenen Psychotherapie-Gesetz (nicht wie in der BRD: Psychotherapeuten-Gesetz!) und einer entsprechend großen Anzahl an „Verfahren“ ist für die BRD schon wegen der gesetzlichen und untergesetzlichen berufs-, sozialrechtlichen und strukturellen Zulassungsregelungen zumindest derzeit nicht realisierbar. Entgegen der therapeutischen Vielfalt in den meisten Nationen und auch in den Kliniken der BRD, ist seit dem PsychThG die ehemalige Vielfalt in den Praxen der BRD auf die drei „Richtlinienverfahren“ reduziert (plus, seit wenigen Jahren, berufsrechtlich, die „Gesprächspsychotherapie“).

Dennoch weist die o. a. Untersuchung nochmals auf die Tatsache hin, dass auch in der BRD faktisch die 4 großen Richtungen bzw. Grundorientierungen für die Arbeit der Psychotherapeuten von großer Bedeutung sind³ – nämlich die psychodynamische, verhaltenstherapeutische, humanistische und systemische. Die darin zum Ausdruck kommende Heterogenität psychotherapeutischer Ansätze ist als Widerspiegelung der Heterogenität von Lebens„weisen“ sowohl seitens der Behandler als auch der Behandelten zu sehen und keineswegs auf einen noch mangelhaften Stand wissenschaftlicher Forschung zurückzuführen, der möglichst bald in Richtung auf eine einzige „wahre“ oder „wissenschaftliche begründete“ Grundorientierung zu überwinden sei – wie manche Interessengruppen glauben machen wollen. Unsere modernen pluralistischen Gesellschaften zeichnen sich durch eine Vielfalt an Lebensgeschichten,

³ Wobei es sich natürlich um Fragen der Einteilung handelt – und daher z. B. auch gute Gründe angeführt werden können, die Körpertherapien als eigenständige fünfte Richtung zu verstehen.

Gewohnheiten, Vorlieben, Werten und Lebenszielen aus. Und es besteht weitgehend Konsens darin, dass eine Gesellschaftsform, in der die eben skizzierte Vielfalt der Lebensweisen und „Weltzugänge“ durch eine all-gemeinverbindliche Ansicht abgelöst werden würde, keineswegs anzustreben sei, sondern Tendenzen ideologischer Gleichschaltung eher zu bekämpfen wären.

Die beträchtlichen Unterschiede in den impliziten und expliziten Antworten auf die Frage: „wie wollen wir leben?“ werden daher in demokratischen Gesellschaften nicht als Bedrohung oder unerwünschte Abweichungen vom Durchschnitt begriffen (sofern sie mit den Grundkonsensen der Gesellschaft nicht in Widerspruch stehen), sondern als positive Leistung einer Kultur und damit als etwas Erhaltenswertes oder gar Förderungswürdiges.

Was daher auch immer eine wie auch immer geartete Psychotherapieforschung erbringen wird: diese Heterogenität lässt sich nicht „wegforschen“. Allerdings ist der in der o. a. Umfrage so hoch verbreitete „Eklektizismus“ aus meiner Sicht dann keine befriedigende Lösung, wenn die unterschiedlichen Teilkonzepte und Vorgehensweisen nicht in einem hinreichend fundierten theoretischen Modell konzeptionell integriert werden und den differentiellen Erfordernissen der Patienten gerecht werden.

Sofern dies erfüllt werden kann, spricht beispielsweise auch das „Allgemeine Modell von Psychotherapie“ (AMP) von Orlinsky & Howard (1987), das eigentlich heute zum Minimalstandard einer angemessen komplexen Diskussion gehören sollte, für eine größere Bandbreite an psychotherapeutischen Ansätzen. Dieses, angesichts der Komplexität in der Praxis immer noch recht einfache kategoriale AMP-Modell, berücksichtigt zumindest folgende Passungen (vgl. Abb. 2)

- Die Passung: Behandlungsmodell und Störungsmodell.
- Die Passung: Patient und Behandlungsmodell
- Die Passung: Therapeut und Patient
- Die Passung: Therapeut und Störung des Patienten

Allgemeines Modell der Psychotherapie

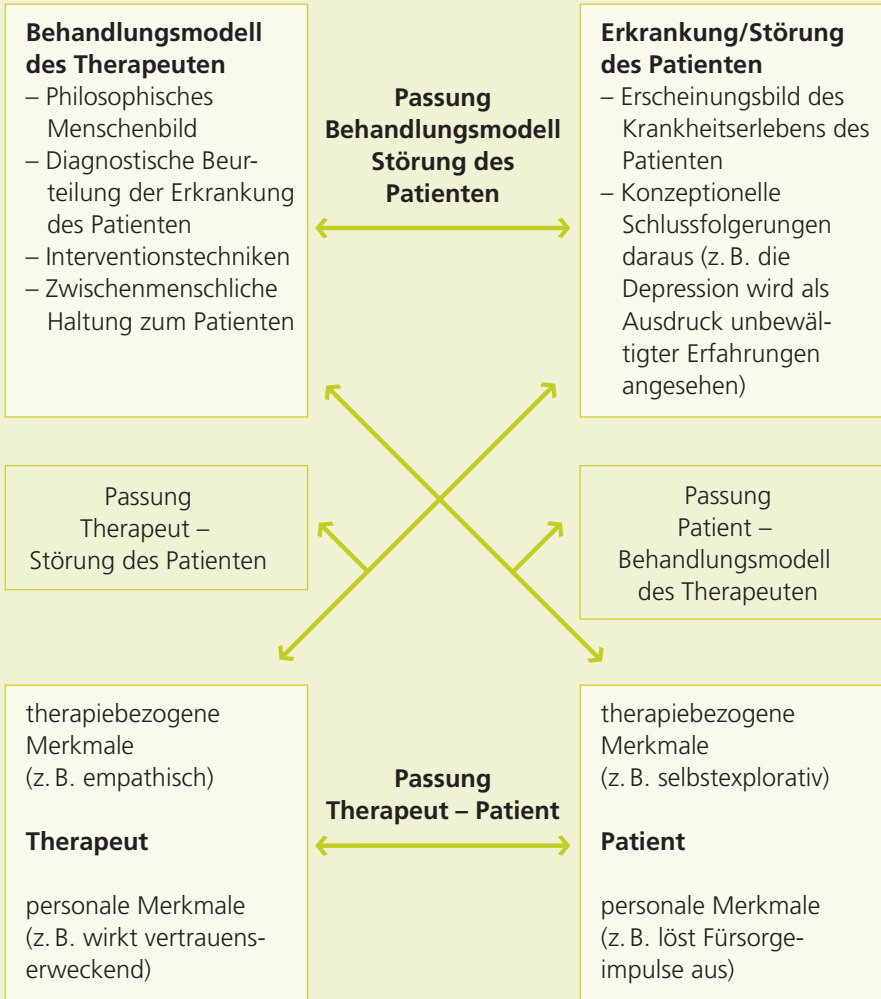


Abbildung 2 AMP Allgemeines Modell der Psychotherapie (nach Orlinsky & Howard, 1987)

Die Berücksichtigung der „Passung“ ist deshalb so wichtig, weil es nämlich nicht nur den oben angeführten erheblichen Anteil an solchen Fehlindizierten gibt, die aufgrund falscher Diagnosen gar nicht erst mit Psychotherapie behandelt werden. Es gibt vielmehr auch einen – zwar geringeren, aber immer noch erschreckend hohen – Anteil an Fehlindizierten im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung. Von der Grawe-Studie aus 1994 bis zu aktuellen Ergebnissen zeigt sich, dass zwischen 30% (Brockmann et al. 2002) und 45% (Maschke und Otto 2003) aller Patienten in ambulanter Psychotherapie eine oder mehrere psychotherapeutische Behandlungen in der Vorgeschichte hatten und dann den Therapeuten und/oder das Therapieverfahren wechselten.

Es ist davon auszugehen, dass bei einem Teil dieser „Fehlindizierten“ zumindest zunächst die „Passung“ nicht stimmte und eine bessere Berücksichtigung der Passung nicht nur erhebliche Kosten, sondern auch Leid infolge von inadäquater Behandlung sparen würde. Ebenso ist allerdings davon auszugehen, dass die Vielfältigkeit der Lebensgeschichten, Werte, Ziele, Bedürfnisse etc. in einer pluralistischen Gesellschaft wie der BRD schwerlich „passend“ durch ausschließlich drei Richtlinienverfahren abgedeckt werden können. Die Erfahrungen in anderen europäischen Ländern, wo die deutschen Behandlungsverbote nicht greifen, zeigen jedenfalls, dass es eine erhebliche Anzahl von Menschen gibt, die andere Psychotherapiemethoden als die deutschen Richtlinienverfahren wählen, die zu ihnen passen⁴.

Untersuchungen belegen beispielsweise, dass Patienten, die an RL-Verfahren scheiterten, erfolgreich mit Gesprächspsychotherapie behandelt werden konnten (z. B. Eckert, Frohburg & Kriz 2004). Dies wird zusätzlich auch von den Erfahrung etlicher Experten-Stellungnahmen gestützt, die der G-BA im Bewertungsverfahren zur Gesprächspsychotherapie 2004 eingeholt hatte. Solche Befunde sind umgekehrt auch jeweils für andere Verfahren im Vergleich zu erwarten: Es spricht eben alles dagegen, dass es „das“ einzige, allen anderen und bei jedem Patienten überlegene Therapieverfahren gibt. Vielmehr sollte der Aspekt der „Passung“, der in der internationalen Psychotherapieforschung eine wichtige Rolle spielt, auch für deutsche Patienten nicht ignoriert werden.

⁴ Ohne dass damit das Problem der Fehlindikation bereits von Tisch wäre. Aber es müssten zunächst einmal die Beschränkungen durch „Richtlinienverfahren“ überwunden werden, damit dies überhaupt erforscht werden kann.

Es muss kritisch angemerkt werden, dass eine primär störungsspezifische Behandlung mit „Techniken“ – wie dies sowohl dem G-BA als auch manchen Richtlinienvertretern vorschwebt – das AMP-Modell nicht nur allein auf den oberen Zusammenhang reduziert (Passung: Behandlungsmodell und Störungsmodell), sondern davon sogar nur einen kleinen Teilaspekt berücksichtigt: Es geht eigentlich nur noch um die Beziehung zwischen der 3. Zeile im linken oberen Kasten von Abb. 2 („Interventionstechniken“) und der 1. Zeile im rechten oberen Kasten („Erscheinungsbild des Krankheitserleben des Patienten“).

3. Kritik

Es bot sich aus inhaltlichen Gesichtspunkten an, bei der Darstellung des „Standes“ zur Psychotherapie auch gleich kritische Punkte mit aufzunehmen. Die folgenden Punkte können daher eher als eine Art Resümee dieser kritischen Aspekte gesehen werden:

Wenn rund 8 Jahre nach Inkrafttreten des PsychThG aus einer ehemals blühenden Psychotherapie-Landschaft (mit etwas „Unkraut“ – vermutlich aber nicht mehr, als in den somatischen Bereichen des Gesundheitssystems) fast alle Verfahren ambulant in die Illegalität abgedrängt wurden und sich die Gesundheitsbürokraten als Bollwerk gegen Pluralität in der Ausbildung, Therapie und Forschung erweisen, muss dieser Zustand jedem Verantwortlichen als unbefriedigend erscheinen. Viele Patienten können eine für sie adäquat passende Therapie nur bekommen, (a) wenn sie in eine Klinik gehen (mit enormen unnötigen Kosten für die Sozialgemeinschaft), oder (b) zu einem Therapeuten gehen, der über die o. a. Kompetenzen in Nicht-Richtlinienverfahren (noch) verfügt und diese erworbenen Kompetenzen den Patienten nicht vorenthält.

Da sich Therapeuten in ihrem Weiterentwicklungspotential nicht beliebig beschneiden lassen und passungsgerechtes Vorgehen den Patienten nicht beliebig vorenthalten werden kann, arbeitet – wie die o. a. repräsentative Umfrage zeigte – die ganz überwiegende Mehrheit realer Therapeuten de facto integrativ. Sie verwenden damit Konzepte und Vorgehensweisen, die (in der BRD) offiziell nicht durchgeführt werden können und daher auch zunehmend weniger oder gar nicht mehr gelehrt oder weiter erforscht werden können. Damit aber sorgen WBP und G-BA letztlich für Dilettantismus, Illegalität, Behinderung von For-

schung und eine suboptimale Ausbildung. Denn letztlich wird ja eine passungsgerechte, integrative Psychotherapie und eine qualifizierte Aus-Weiter- und Fortbildung in Nicht-Richtlinienverfahren verhindert. Welche Motive auch immer dahinter stehen: dies sollte nicht mit „Wissenschaftlichkeit“ verbrämt werden oder mit der Berufung auf „Nutzen“, „Zweckmäßigkeit“ bzw. „Notwendigkeit“ und „Wirtschaftlichkeit“.

Die Beschränkung der berufs- und sozialrechtlichen Anerkennung nur auf die psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen – und damit die Marginalisierung sowie die Ausgrenzung von Ausbildungs- und Kassenabrechnungsstrukturen von humanistischen und systemischen (sowie ggf. körperorientierten) Ansätzen ist eine Fehlentwicklung in der BRD, die bei vielen Forschern, Juristen und Fachleuten im Gesundheitssystem, vor allem aber auch im Ausland vorwiegend Unverständnis und Kopfschütteln hervorruft. Die berufsrechtliche Anerkennung der Gesprächspsychotherapie durch den WBP kann da nicht beruhigen – zumal selbst hier die „Anerkennung der Wissenschaftlichkeit“ für Erwachsene und Kinder/Jugendliche auseinanderdividiert und nur für Erwachsene ausgesprochen wurde. Die inhaltlich m. E. nicht tragfähige Begründung dieser Auftrennung und vor allem auch die absurde Konsequenz, dass ein in Gesprächspsychotherapie ausgebildeter PP zwar Kinder und Jugendliche (mit-)behandeln darf, während die speziell für Kinder und Jugendliche ausgebildeten Gesprächspsychotherapeuten in Deutschland keine Approbation erwerben und behandeln können, wurde bereits oben kritisiert.

Gerade und aktuell am Beispiel der Gesprächspsychotherapie (GPT) zeigt sich das Systemversagen der Zulassungsstrukturen im Psychotherapiesektor des deutschen Gesundheitssystems. Es war „blauäugiges“ Vertrauen in die Unabhängigkeit oder zumindest angemessene Handhabung von Interessen-Kollisionen, die den Gesetzgeber die Entscheidungsbefugnis über die berufsrechtliche und sozialrechtliche Zulassung zwei Gremien übertragen ließ, die ganz überwiegend (WBP) oder, auf der Seite der Leistungserbringer, ausschließlich (G-BA) mit Vertretern besetzt sind, für die jede Neuzulassung eine Konkurrenz und damit Beschneidung eigener Einflussmöglichkeiten und Verringerung von Ressourcen darstellt. Mir ist kein Gremium in Politik und Verwaltung bekannt, wo so etwas funktionieren könnte.

So erfreulich es sein mag, dass mit dem G-BA-Beschluss vom 21.11.2006 zur GPT nach rund zwei Jahrzehnten der Verschleppung nun endlich eine Entscheidung auf Drängen des Ministeriums vorgelegt wurde, die vor Gericht anfechtbar ist, so schädlich ist dieser Beschluss und die Art und Weise wie er zustande kam für das Ansehen solcher Entscheidungsorgane in den Augen der Bürger. Es mag zwar trösten, dass der G-BA in seinem Eifer, die GPT abzulehnen, so maßlos über das Ziel hinausgeschossen ist und aus der großen Fülle international angesehener Studien sowie den vielen hunderten nationaler Belege nur einen einzigen Hinweis zu Gunsten der GPT gefunden hat. Die Absurdität des Verfahrens und die Voreingenommenheit werden damit überdeutlich. Aber die Glaubwürdigkeit des G-BA, und die Hoffnung, dass ein solcher Ausschuss selbst in der ungünstigen „Konkurrenz-Situation“ ein zumindest hinreichend sachgerechtes und rechtsstaatliches Verfahren würde durchführen könnte, sind damit nachhaltig zerstört.

Es ist hier nicht der Ort, auf Details einzugehen – die zentralen Dokumente sind (erfreulicherweise) im Internet publiziert und öffentlich zugänglich⁵. Diese werden sicher nicht nur für die Gerichte in nächster Zeit, sondern auch für künftige Wissenschafts- und Organisationsforscher eine reichhaltige Quelle abgeben.

Es ist aber schon beklemmend, wie willkürlich und kontrafaktisch fast zur gesamten Datenlage ein solches Gremium seine staatlich verliehene Macht zur Konkurrenzabwehr einsetzt. Aus seinen Dokumenten wird deutlich, wie sich der G-BA in Widerspruch setzt zur gesamten Wissenschafts- und Fachwelt aus dem Bereich der GPT, aber auch zur ganz

⁵ Seitens des G-BA:

http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2006-11-21-Psycho-GT_WZ.pdf
(Beschluss)

http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2006-11-21-Psycho-GT_TrG.pdf
(tragende Gründe zum Beschluss)

<http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2006-11-21-Abschluss-Psycho-GT.pdf>
(Bericht zur Nutzenbewertung)

http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2006-11-21-Psycho-GT_Stellungnahmen.pdf
(Dokumentation der Stellungnahmen)

Seitens der Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie:

http://www.gwg-ev.org/download/aktuell-061222-dokumentation_gpt-verbaende_18_12_06.pdf
(Dokumentation der Verfahrensfehler und Mängel)

http://www.gwg-ev.org/download/aktuell-061222-synoptische_kommentierung_g-ba-beschluss.pdf
(Synoptische Kommentierung der „Tragenden Gründe“)

http://www.gwg-ev.org/docs/2006-12-11-Oeffentliche_Erklaerung_zum%20G-BA_Beschluss-04-12-06.pdf

(öffentl. Erklärung des Wiss. Beirats der GwG)

überwiegenden Wissenschafts- und Fachwelt der klinischen Psychologie und Psychotherapie, zu den mehrfachen Forderungen der Länder- und der Bundespsychotherapeutenkammer, zu den Ergebnissen international anerkannter und ausgezeichnete Psychotherapieforschung und selbst zur ganz überwiegenden Mehrheit (77 von 78) der vom G-BA selbst eingeholten Expertenmeinungen. Dass dabei selbst solche Kernkonzepte wie „Kriterien der evidenzbasierte Medizin“ zu einer Karikatur verzerrt werden, indem eine sehr große Anzahl von Studien und anderen Evidenznachweisen entgegen den EbM-Kriterien nicht berücksichtigt wurden (z. B. Dissertationen, wissenschaftliche Untersuchungen die in Büchern publiziert sind, etc.) mag daran zweifeln lassen, ob es überhaupt noch eine gemeine Basis für die zukünftige Bewertung von Fakten und Studien geben kann, oder ob auch diese hier leichtfertig zerstört wurde. Würde der G-BA an anderer Stelle ebenso verfahren, wie er die GPT abgelehnt hat, so könnte in Deutschland künftig kein Heilverfahren und kein Medikament mehr zugelassen werden.

4. Ausblick

Ausblicke auf die Psychotherapie in Deutschland sind daher leider überschattet von den aktuellen Vorgängen im G-BA im Zusammenhang mit dessen Beschlüssen zur Gesprächspsychotherapie. Hier wurde nicht nur ein Systemversagen offenkundig, sondern es ist unklar, wie es überhaupt weitergehen könnte, wenn man die Psychotherapie nicht für Jahrzehnte auf die drei Richtlinienverfahren zurückschrauben will. Wobei nach konsequenter G-BA Argumentation sogar nur noch ein einziges Verfahren ausreichend wäre.

Zwar hat sich gezeigt, dass immer noch ein sehr großer Teil der Psychotherapeuten über eine breite Verfahrenskompetenz verfügt, die weit über die Richtlinienverfahren hinausreicht. Aber die Möglichkeiten für künftige Psychotherapeuten, den Qualitätsstandard in dieser Hinsicht zu halten, ist ernsthaft bedroht: Sollte es den Richtlinienvertretern tatsächlich gelingen, in Deutschland die Ausbildungs- und Forschungsstrukturen aller konkurrierenden Verfahren finanziell ganz auszutrocknen und damit zu zerstören, können diese Inhalte auch nicht mehr qualifiziert vermittelt werden. Entweder verzichten dann deutsche Psychotherapeuten auf ein großes Spektrum an international gängigen und effektiven Konzepten und Ansätzen, oder sie bilden sich zunehmend selbst und

zufallsgesteuert darin weiter ohne von qualifizierten Ausbildungsstrukturen unterstützt zu werden. Dies würde einem zunehmenden Dilettantismus Tor und Tür öffnen.

Sofern man dieser Analyse zustimmt, folgt daraus notwendig, dass die Zulassungswege für Psychotherapie grundlegend und dringend geändert werden müssen. Diese müssen von Gremien entkoppelt werden, in denen eine zu große Interessenkollision besteht. Der WBP kann weiterhin nützliche Arbeit für Fragen der zukünftigen wissenschaftlichen Forschung in Psychotherapie und bei der Erörterung von Kriterien zur Qualität bestimmter Studien leisten. Und der G-BA kann sich weiter mit Zulassungsfragen im medizinischen System im engeren Sinne (ohne Psychotherapie) befassen. Für die Entscheidungen über Fragen der Psychotherapie-Zulassung müssen Wege gefunden werden, wie ein rechtsstaatlich einwandfreies und fachlich angemessenes Verfahren zu sichern wäre. Hinzu kommt eine schwierige und komplexe Verknüpfung von sozial- und berufsrechtlichen Fragen. Vielleicht kann hier die inzwischen hohe Kompetenz der Kammern mit Unterstützung ausländischer und unabhängiger Gutachter eingebunden werden. Der Gesetzgeber ist jedenfalls dringend aufgerufen, Klärung und Verfahrenssicherheit zu schaffen.

Wenn diese dringlichen Aufgaben, die die gesamte Entwicklung überschatten, befriedigend erledigt sind, können die eher erfreulichen Aspekte der Psychotherapie-Entwicklung ins Auge gefasst werden. Das Bedürfnis und die Notwendigkeit der Psychotherapeuten nach einer stärkeren Integration der vielfältigen Vorgehensweisen müssen durch organisatorische und strukturelle Rahmenbedingungen unterstützt werden. Dies kann in der Praxis durch Überwindung der antiquierten Abschottung einzelner Richtlinienverfahren und Möglichkeiten zu integrierenden Aus-, Fort- und Weiterbildungen geschehen. Wissenschaftler und Forscher sind gefragt, eklektische Notlösungen durch die Entwicklung wirklich integrativer Theorien (oder zumindest umfassender Konzepte) voranzutreiben.

Das von mir hier favorisierte 4-Säulen-Modell (s. Abb. 3) wurde bereits an anderer Stelle ausführlicher vorgestellt (Kriz 2005, 2006).

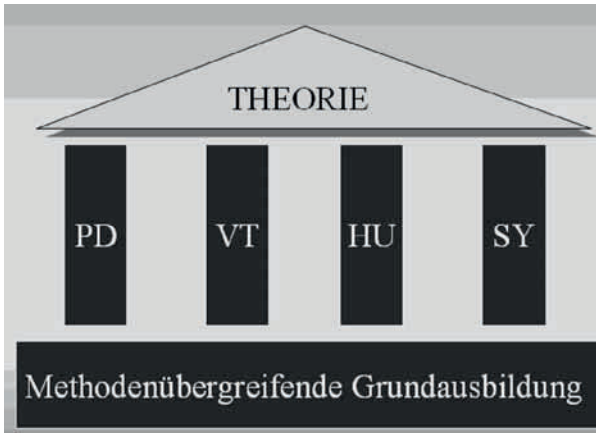


Abbildung 3: Das 4-Säulen-Modell der Psychotherapieausbildung

Dieses sieht eine methodenübergreifende Grundausbildung vor, die vor allem das vermitteln soll, was ich „Passungskompetenz“ (Kriz 2006) genannt habe. Gemäß dem AMP-Modell (vgl. Abb. 2). Damit ist die Kompetenz gemeint, nicht nur theoretisch zu wissen, dass es solche Passungsprobleme gibt und welche Bedeutung sie haben, sondern diese in den konkreten Fällen bei den Patienten auch zu erkennen und damit umgehen zu können.

Die methodenübergreifende Grundausbildung von Therapeuten ist wichtig, damit die spezifischen Bedürfnisse von Patienten nicht nur im Licht der eigenen Richtungen wahrgenommen werden können und Kenntnisse über die passenden spezifischen Angebote von anderer Richtungen als der eigenen bekannt sind. Ohne den Erwerb einer grundlegenden Passungskompetenz können Patienten mangels Kenntnis auch keine passenden Angebote im Sinne des AMP gemacht werden, die über die o. a. Passung zwischen dem eigenen Ansatz und den Erwartungen des Patienten hinausgehen. Eine methodenübergreifende Grundausbildung ermöglicht zugleich, zukünftige Fort- und Weiterbildungsprogramme besser mit der Primärausbildung zu verzahnen, ohne einfach ein „eklektisches Additivum“ darzustellen.

Eine solche methodenübergreifende Grundausbildung erscheint heute umso wichtiger, als im Zuge der Etablierung einer „tertiären Ausbildung“ im Rahmen von Weiterbildungsstudiengängen an Universitäten inzwischen im eigentlichen psychologisch-klinischen Hauptstudium an vielen Psychologischen Instituten die Vermittlung integrativer und übergreifender Kenntnisse und Fähigkeiten inzwischen zurückgefahren wurde – mit der Begründung, das würde dann ja sowieso in der „tertiären“ Psychotherapie-Weiterbildung unterrichtet.

Aufbauend auf diesem Sockel wird dann allerdings ein großer Teil der Ausbildung in „Säulen“ stattfinden, da kein Therapeut alle Ansätze lernen kann und zudem eine Identität mit einem bestimmten Ansatz, dessen Menschbild etc. wichtig erscheint. Hier können allerdings auch andere als die angegebenen Säulen sinnvoll und wünschenswert sein. Beispielsweise ist ein Ausbildungsgang denkbar, der in größerem Maße körpertherapeutische Aspekte ins Zentrum rückt. Diese dann wieder in einem gemeinsamen theoretischen Dach zu vereinen soll die Gefahren eines widersprüchlichen Eklektizismus verringern und zu einer Integration im engeren Sinne beitragen. Weitere Spezialisierung – die im Modell nicht ausgewiesen ist – sollte möglich sein. Auch die KJP-Ausbildung kann dabei als eine solche Spezialisierung verstanden werden.

Auch die Kooperation zwischen stationärer und ambulanter sowie zwischen medizinischer und psychotherapeutischer Profession – im Sinne der Modelle von Abschnitt 1 – wird zunehmend wichtiger und sollte gezielt gefördert werden. Hier liegen noch wenig Modelle vor, wie eine solche Zusammenarbeit unterstützt werden kann.

Der Gesetzgeber ist allerdings auch gefragt, die Rahmenbedingungen für die Psychotherapie insgesamt zu verbessern. Dazu gehört beispielsweise das vielerorts noch unbezahlte einjährige stationäre Praktikum in der Ausbildung der Psychotherapeuten, als auch die Umsetzung der eigenen Erkenntnisse (etwa aus der o. a. „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“). Dies alles kann allerdings nur gelingen, wenn die vorrangige Aufgabe gelöst ist, die berufs- und sozialrechtlichen Zulassungsstrukturen auf eine neue gesetzliche und verwaltungstechnische Basis zu stellen.

Für die Psychotherapieforschung ist als Ausblick zu wünschen, dass die Paralisierung durch eine Fixierung auf „Rechtfertigungsforschung“

zugunsten einer stärkeren Grundlagen- und Prozessforschung einerseits sowie einer an Fragen der Praxis orientierten Forschung andererseits überwunden wird.

So wichtig für manche Forschungsfragen RCT-Studien auch sind: die Psychotherapie sollte nicht versuchen, die Organmedizin an Präzision übertreffen zu wollen, sondern eher von dieser hinsichtlich der Grenzen lernen. So wurde beispielsweise kürzlich im Ärzteblatt ausgeführt:

Es besteht die Gefahr, dass Therapien ohne RCT-Wirksamkeitsnachweis, auch wenn sie wirksam sind, eliminiert werden nach dem Motto mancher EbM-Lehrbücher: „Start stopping them.“ Julian und Norris schrieben kürzlich im Lancet, dass zur koronaren Herzerkrankung (Domäne klinischer Studien par excellence) die ärztliche Erfahrung und die evidenzbasierten Behandlungsrichtlinien kurios divergieren können. Die elektrische Defibrillation bei Kammerflimmern kann schätzungsweise viermal so viele Leben retten wie die in großen randomisierten Studien untersuchte frühe Fibrinolyse, war aber bisher nie Gegenstand randomisierter Studien, ebenso wenig die Behandlung der Infarktschmerzen oder die wichtige Nikotinabstinenz zur Sekundärprophylaxe. Die kardio-pulmonale Reanimation zur akuten Myokardinfarktbehandlung wird unter Clinical Evidence schon nicht mehr erwähnt. Sollten diese Behandlungen den Patienten vorenthalten werden? (Kiele et al. 2003)

Diese Warnung und Einschränkung gilt noch mehr für den Sektor der Psychotherapie, auf dem in Deutschland bereits umgesetzt ist, dass international in ihrer Wirksamkeit unbestrittene Psychotherapieverfahren den Patienten vorenthalten werden.

Literatur

- Brockmann, J., Schlüter, Th., Brodbeck, D. & Eckert, J. (2002). Die Effekte psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. Eine vergleichende Studie aus der Praxis niedergelassener Therapeuten. Psychotherapeut, 47, 6
- Bühning P. (2003). Psychosoziale Versorgung in der Medizin. Bedarf steigt mit dem Fortschritt. Deutsches Ärzteblatt. PP. Heft 11, 487–488.
- Eckert, J., Frohburg, I. & Kriz, J. (2004): Therapiewechsler. Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? Psychotherapeut, 49, 6, 415 – 426

- Kienle, G., Karutz, M., Matthes, H., Matthiessen, P., Petersen, P. & Kiene, H. (2003): Evidenzbasierte Medizin: Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? Deutsches Ärzteblatt 100, S. A-2142/B-1784/C-1688
- Könning, J., Szczepanski, R., v. Schlippe, A. (Hrsg.) (1994): Betreuung asthmakranker Kinder im sozialen Kontext. Stuttgart: Enke
- Kriz, J. (2005): Von den Grenzen zu den Passungen. Psychotherapeutenjournal, 4, 1, 12–20
- Kriz, J. (2006): Methodenintegration auf der Basis des 4-Säulen-Modells. Ein Plädoyer zur Erhöhung therapeutischer Passungskompetenz. Leitvortrag am 2. Berliner Landespsychotherapeutentag „Einheitliches Berufsbild und Vielfalt des Vorgehens.“ Berlin, Dokumentation der Berliner Landeskammer. (S. 6–13)
- Kröner-Herwig, B. (2004): Die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei psychischen Störungen von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen. Tübingen: DGVT-Verlag
- Maschke, U. & Otto, Th. (2003). Therapieziele aus Patientensicht. Unveröff. Diplomarbeit. Humboldt-Universität zu Berlin: Institut für Psychologie/Lehrstuhl für Psychotherapie (Prof. I. Frohburg)
- Meichinger H., Machleidt, W. & Rössler W. (2003). Psychiatrische Versorgung. Ausgaben auf dem Prüfstand. Dtsch Ärztebl; 100: A 2840-2852 [Heft 44].
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. (1987): A generic model of psychotherapy. J. Integrative Eclectic Psychother 6: 6–27. Deutsch: 1988. Ein allgemeines Psychotherapiemodell. Integrative Therapie 4: 281–308
- Schindler, H. & v. Schlippe, A (2006): Psychotherapeutische Ausbildungen und psychotherapeutische Praxis kassenzugelassener Psychologischer PsychotherapeutInnen und Kinder- und Jugendlichen-therapeutInnen. PiD, 7/3 334-337
- Wasilewski, R. & Funk, W. (1989): Kosten der Psychotherapie bei Klinischen Psychologen. Schriftenreihe des Instituts für Freie Berufe. Band 14, Nürnberg/Bonn.
- Zielke M. & Limbacher K. (2004). Fehlversorgung bei psychischen Erkrankungen: Studie im Auftrag der DAK. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36 (3), Suppl. 3 [Rosa Beilage], 8–12.