



**Landespsychotherapeutenkammer**  
Baden-Württemberg

**Ausschuss**  
**Ambulante Versorgung**  
**der Landespsychotherapeutenkammer**  
**Baden-Württemberg**

**Jürgen Doebert, Susanne Loetz, Ronald Höfner,  
Miliane Molsen & Thomas Müller–Staffelstein**

## **Einleitung**

Die Mitglieder des Ausschusses Ambulante Versorgung haben in ihrer vorletzten Sitzung über die Anfrage der Bundes-Psychotherapeuten-Kammer diskutiert, eine Vision für das Jahr 2015 zu entwerfen. Zwar sah der Ausschuss grundsätzlich darin eine gute Idee, wenn der Versuch unternommen werden soll, über das Tagesgeschäft hinauszusehen, war aber andererseits sehr skeptisch, ob die Fragen viele Kollegen zu Antworten motivieren würden. Der Ausschuss beschloss daher, die Fragen auf die Mitglieder aufzuteilen und zu beantworten. Aus Zeitgründen war es dann aber nicht zu schaffen, ein abgestimmtes Gesamtwerk an die BPTK zu schicken. Daher schickten einige Ausschussmitglieder ihren eigenen Einzel-Beitrag nach Berlin.

In der letzten Sitzung des Ausschusses wurde dann beschlossen, die geleistete Arbeit, die eine Mischung aus Bestandsaufnahme und Vorausschau ist, doch zu beenden und nach Diskussion unter den Mitgliedern des Ausschusses in der Homepage der LPK zu veröffentlichen.

Das Ergebnis liegt vor. Das Gesamtwerk ist ein Projekt des Ausschusses. Jeder Abschnitt hat einen verantwortlichen Autor. In den Texten sind dennoch Ergänzungen der anderen Ausschussmitglieder, die der Autor akzeptieren konnte. Der Text spiegelt die Komplexität und Vielfalt der Themen wider, mit denen sich die Kammern beschäftigen müssen und benennt die Konfliktlinien, in denen sich die Diskussion bewegt.

Der Text ist keine Verlautbarung, sondern eine Diskussionsgrundlage.

# Ausgangspapier

## VISION 2015

### - Fragenkatalog – der BThK

Die Stichpunkte sind jeweils Anregungen, die Fragen bewusst offen gehalten. Es sollte im Sinne einer Vision deutlich werden, wie die Versorgung im Jahre 2015 für psychisch und chronisch somatisch kranke Patienten gestaltet ist. Welchen Part die Psychotherapeuten übernehmen, wie sie mit anderen Berufsgruppen kooperieren, welche Versorgungsstrukturen typisch sein sollten.

1	Welches Tätigkeitsprofil haben Psychotherapeuten?	3
1.1	Wie helfen Psychotherapeuten: <i>Miliane Molsen</i>	3
1.2	Wann und wem können Psychotherapeuten helfen: <i>Miliane Molsen</i>	3
1.3	Welchen Einfluss haben technische Innovationen: <i>Miliane Molsen</i>	3
1.4	In welchen institutionellen Kontexten und Versorgungsstrukturen arbeiten Psychotherapeuten <i>Miliane Molsen und Ronald Höfner</i>	4
1.5	In welchen institutionellen Kontexten und Versorgungsstrukturen arbeiten Psychotherapeuten <i>Ronald Höfner</i>	4
1.6	Wie kooperieren Psychotherapeuten mit anderen Professionen? <i>Ronald Höfner</i>	7
1.7	Wie kooperieren Leistungserbringer und Kostenträger? <i>Ronald Höfner</i>	8
1.8	Welchem gesellschafts- und gesundheitspolitischen Selbstverständnis fühlen sich Profession und Kammern verpflichtet? <i>Jürgen Doebert</i>	9
2	Welche Weichenstellungen sind heute notwendig?	10
2.1	Was muss ein qualifiziertes Studium vermitteln? <i>Susanne Loetz</i>	10
2.2	Wie müssen Aus- Fort und Weiterbildung gestaltet werden? <i>Susanne Loetz</i>	12
2.3	Welchen Beitrag muss die Forschung leisten? <i>Susanne Loetz</i>	12
2.4	Welche Aufgaben haben Landeskammern und Bundespsychotherapeutenkammer zu erfüllen? <i>Jürgen Doebert</i>	13
2.5	Welche Aufgaben haben Berufs- und Fachverbände zu erfüllen? <i>Jürgen Doebert</i>	14
2.6	Welche Rahmenbedingungen muss der Gesetzgeber schaffen? <i>Jürgen Doebert</i>	15
3	Literatur	15

# **1 Welches Tätigkeitsprofil haben Psychotherapeuten?**

---

## **1.1 Wie helfen Psychotherapeuten: Miliane Molsen**

Sie behandeln Patienten mit psychischen Erkrankungen, die sich in störenden oder Symptomen von Krankheitswert und in verzerrten inneren Einstellungen und Haltungen niederschlagen. Sie versuchen sie dem Patienten so zugänglich zu machen, dass er sich in der Auseinandersetzung mit der Umwelt und seinen Bedürfnissen sicherer, angepasster und flexibler bewegen kann. Einschränkungen seiner Lebens- und Arbeitsfähigkeit sollen gemindert und ein innerseelisches Gleichgewicht hergestellt werden im Sinne einer psychisch-körperlichen Gesundheit.

Psychotherapeuten haben eine umfassende Grundausbildung über Entwicklung und Funktionen psychischer Vorgänge im Zusammenspiel und Austausch mit körperlichen Vorgängen und der Umwelt. Sie verfügen über unterschiedliche, aber jeweils umfassende Konzepte über die Entstehung und Behandlung seelischer Erkrankungen. Sie verwenden nach einer wissenschaftlich anerkannten therapeutischen Ausbildung, z.B. Methoden der Gesprächsführung, der Gestaltung der Beziehung zwischen Patient und Behandler, der Provokation von Vorstellungsinhalten, von Einstellungs- und Verhaltensänderungen durch konkrete Übungen oder Bewusstmachung und Aufarbeitung.

Therapeuten sollten sich als Anwalt der Patienten in einer westlichen Welt verstehen, die sich zunehmend nur noch Wettbewerb, Effizienz, Funktionstüchtigkeit und Normierung auf die Fahnen schreibt. Psychotherapie sollte die Probleme des Patienten nicht nur individuell sondern auch in der Einbettung im aktuell herrschenden Zeitgeist mit dem Patient betrachten und erörtern.

## **1.2 Wann und wem können Psychotherapeuten helfen: Miliane Molsen**

Psychotherapeutisch

- Behandlung von neurotisch oder traumatisch bedingten, seelischen und psychosomatischen Erkrankungen
- Behandlung psychiatrischer Erkrankungen besonders nach der akuten Phase in der Rehabilitation aber auch bei chronischen Krankheitsverläufen und mit dem Ziel durch Erfassen der Anlässe für den Ausbruch der Erkrankung und den innerseelischen Problemen und deren Bearbeitung eine Stabilisierung und einen realitätsgerechten Umgang mit der eigenen Erkrankung zu erreichen. Ziel: Vorbeugung oder Begrenzung der Chronifizierung.

Beratend in der Prophylaxe, z.B.

- Bei Säuglingen und Kindern, Beratung von Müttern, Frauen in der Schwangerschaft, Kinderärzten, in Horten, Kindergärten, Schulen, Sozialeinrichtungen
- Unterschichtsbetreuung.
- Bei Erwachsenen in Betrieben und Sportvereinen oder Erholungseinrichtungen als psychohygienische Maßnahme, zum Stressabbau und der Gesundheitsförderung

Unterstützend oder psychotherapeutisch

- in der Behandlung und Rehabilitation bei schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen
- Disease Management, Umgang mit der eigenen Erkrankung
- bei Katastrophen und anderen Großschadensereignissen zur Linderung von Traumafolgen.

## **1.3 Welchen Einfluss haben technische Innovationen: Miliane Molsen**

Zum einen führt die Sturzflut technischer Innovationen dazu, dass einzelne, immer mehr arbeiten müssen, um am Ball zu bleiben um die Zusammenhänge noch zu übersehen. Sie

werden immer weniger Zeit haben, sich mit sich und ihrer Rolle auseinander zusetzen. Die Psychotherapie könnte eine Nische sein, krank machenden Faktoren entgegen zu wirken.

Man kann nur hoffen, dass der Gang zum Psychotherapeuten und die persönliche Begegnung mit ihm als therapeutischer Faktor nicht zugunsten einer Internetberatung unterschätzt werden. Die andere Folge wird sein, dass wir Patienten bekommen, die aus dieser komplexen Struktur herausfallen und neue Lebenskonzepte finden müssen.

Neben einer reinen Internetberatung kann der zeitnahe Austausch zwischen Patient und Therapeut ggf. abhängig von der Therapiemethode für die Übermittlung und Rückmeldung bei Therapieaufgaben und Feedbacks genutzt werden. Therapeuten und Patienten können über das Internet schnell an therapierelevante Informationen kommen. Unsere Aufgabe ist es, Kriterien zu entwickeln und in der Öffentlichkeit zu verankern, die es Patienten und Therapeuten ermöglichen, Seriositätsprüfungen durchzuführen. Standardisierte Qualitätsmerkmale für Psychotherapeuten müssen in der Bevölkerung bekannt werden.

#### **1.4 In welchen institutionellen Kontexten und Versorgungsstrukturen arbeiten Psychotherapeuten *Miliane Molsen* und *Ronald Höfner***

**Vorwort: *Miliane Molsen***

Zu den Versorgungsstrukturen und den daraus erwachsenden Aufgaben der Kammern:

Die Gesellschaft und das Gesundheitssystem werden sich immer mehr dahingehend verändern, dass Solidargemeinschaften abgebaut werden. Es wird eine Minimalversorgung geben und der Rest wird dem Einzelnen überlassen, was er versichern will und was nicht.

Der Stellenwert der Psychotherapie wird in Zeiten hoher Leistungsanforderung und Arbeitslosigkeit trotz Zunahme psychischer Störungen zwar anerkannt aber auch beiseite geschoben (sprich: der Eigeninitiative der Bürger überlassen).

Die Tatsache, dass gerade Psychotherapie den Krankenkassen in Bezug auf die allgemeine Krankheitsrate Kosten spart, wird immer noch nicht ausreichend anerkannt sein. Die Zuzahlung auch bei gesetzlich Versicherten steht weiter im Raum. Damit würde auch im Bereich der Psychotherapie einer Zweiklassenbehandlung Tür und Tor geöffnet.

Die größere Versorgungsstruktur außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen wird die Konkurrenz unter Psychotherapeuten verstärken. Den Psychotherapeutenkammern werden die Aufgaben der Qualitätssicherung und der Zertifizierung von Qualifikationen umfänglicher zuwachsen. Sie müssen veröffentlichen, woran qualifizierte Psychotherapeuten zu erkennen sind.

Psychotherapeuten werden sich immer mehr um Selbstdarstellung kümmern müssen und in noch mehr Bürokratie verwickelt werden. Sie müssen ihre Position innerhalb oder gegenüber von Versorgungsnetzen oder anderen neuen Anbieterstrukturen finden und die Medizinischen Versorgungszentren oder Netzen auf sie zukommenden Zielsetzungen, Verträge und Statuten einer kritischen Prüfung unterziehen. Es wird Aufgabe der Kammern sein, den Rechtstatus zu erwirken, dass Netze ihre Satzungen offen legen müssen, um sie überprüfbar und vergleichbar zu machen, damit jeder Psychotherapeut genau weiß, wenn er sich für eine Institution entscheidet, wie sich sein Rechtsstatus ändert.

#### **1.5 In welchen institutionellen Kontexten und Versorgungsstrukturen arbeiten Psychotherapeuten *Ronald Höfner***

Am 31.12.2005 nahmen ca. 30.000 approbierte Psychotherapeuten an der stationären und ambulanten Versorgung teil. 15.200 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nahmen an der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung teil.

Ende 2005 nahmen 15.200 Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von insgesamt 30.000 approbierten Psychotherapeuten an der ambulanten Behandlung gesetzlich Versicherter teil. Im Jahr 2015 werden es eher mehr sein.

Sie werden eher in Einzelpraxen arbeiten, da neben Ersparnissen bei Miete und Praxisorganisation keine weiteren Vorteile abzusehen sind, wie z.B. gegenseitige Vertretung. Die im Sozialgesetzbuch festgelegten Anforderungen an die Praxis

- in Bezug auf Qualität und Wirksamkeit der Behandlungen, die dem Stand der (medizinischen) Erkenntnis und dem Fortschritt entsprechen müssen
- und in Bezug auf Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit und Umfang werden weiter bestehen.

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist in den vergangenen 30 Jahren mehreren großen Reformen unterzogen worden, deren bisherige Zielsetzungen vermutlich in den kommenden Jahren weiterhin verfolgt werden. Dabei werden auch spezifische Konflikte entstehen:

- Stärkung der Patientensouveränität (z.B. „Patientenbeauftragter“, Mitberatungsrecht von Patienten- und Behindertenverbänden einschließlich der Selbsthilfe insbesondere im Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner besonderen Besetzung für Fragen der Psychotherapie), „Patientenquittung“, elektronische Gesundheitskarte) werden als Methoden diskutiert, ob hier tatsächlich die Patientensouveränität gestärkt wird oder ob Datenschutzprobleme und die Konzentration auf geschriebene Daten den Kontakt zum Patienten gefährden, ist die Frage
- Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung samt der Frage, was gute Qualität überhaupt ist.
- Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen/ Aufhebung der Bedarfsplanung/ Konzentration der Gesundheitsversorgung in Ballungsgebieten sind als kritische Folgen zu erkennen
- Reform der Organisationsstrukturen (Kollektiv- und andere Vertragssysteme, Sicherstellungsauftrag)
- Neugestaltung der Vergütung und Finanzierung im Lichte von großem Bedarf und fehlenden Mitteln

Mit der Gesundheitsreform 2004 wurde eine Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung angestrebt, die in folgenden Punkten Einfluss auf die Versorgungsstruktur nimmt:

- Integrierte Versorgung (IV) (§140a ff SGB V)
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) (§95 SGB V)
- Sozialrechtlich verankerte Fortbildungspflicht (§95d SGB V)
- Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Praxis (§135a Abs. 2 Nr. 2 SGB V)

Für das QM wird es gesonderte Regelungen für Psychotherapie geben. Verträge über Integrierte Versorgung (IV) und MVZ werden Arbeitsmöglichkeiten für Psychotherapeuten bieten. Fraglich wird sein, ob unter den neuen institutionellen Bedingungen überhaupt akzeptable Rahmenbedingungen für eine Psychotherapie gegeben sein werden bzw. von wem diese ausgefüllt werden.

Im Oktober 2006 wurde das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) verabschiedet, das zum 01. Januar 2007 in Kraft trat.

Das Gesetz liberalisiert weitgehend die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Tätigkeit und ermöglicht eine Verzahnung von ambulanten und stationären Leistungen. Es beinhaltet diverse Neuerungen in den unterschiedlichen Ausgestaltungen der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsformen.

Die Ziele des VÄndG sind im Wesentlichen:

- Flexibilisierung ärztlicher und psychotherapeutischer Tätigkeit (Anstellung, Teilzulassung)

- Flexibilisierung von Kooperationsformen (überörtliche Praxisausübung)
- Bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung
- Abbau von Unterversorgung.

Zum VÄG: Allen diesen Reformprojekten gemeinsam ist die Stärkung der Wettbewerbsbedingungen im Gesundheitswesen, um hierdurch Effizienzpotentiale zu nutzen und die Qualität in der Versorgung zu steigern. Dementsprechend werden sich auch die Psychotherapeuten einem zunehmenden Wettbewerbsdruck (z.B. von Seiten der MVZs, der Krankenhäuser oder der Institutsambulanzen) und damit letztendlich auch einem verstärkten Druck auf die Honorare sowie zunehmend steigenden Anforderungen an die Qualität der erbrachten Leistung (siehe evidenzbasierte, leitliniengestützte Intervention) gegenüber sehen.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen darf die eingangs beschriebene Einzelpraxis als gängiges Modell in der ambulanten Versorgung als nur bedingt wettbewerbstauglich angesehen werden, außer es gelänge den Psychotherapeuten, den speziellen Wert der diskreten und höchst persönlichen Einzelpraxis in einer Welt von stressigem Wettbewerb als Hort der Ruhe und Individualität im Bewusstsein zu verankern.

Dies bedeutet, dass es den Psychotherapeuten und ihren Institutionen bis 2015 gelingen muss, **die Besonderheiten psychotherapeutischer Arbeit mit psychischen Krankheiten herauszuarbeiten**. Da Menschen behandelt werden, findet der Gedanke an mehr Geschwindigkeit, Effizienz usw. seine Grenzen in der menschlichen Natur. Es könnte auch sein, dass Psychotherapie als letzte humane Umgangsweise im Gesundheitswesen mit Menschen empfunden wird : es wird in Ruhe gesprochen, der Mensch wird mit seiner individuellen Lern- und Erfahrungsgeschichte wahrgenommen, er wird als einheitliches Ganzes aus Körper und Seele betrachtet und in einer individuellen Beziehung zwischen zwei Menschen behandelt, die die Verantwortung für die Beziehung haben.

Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen ist weiterhin die „Schnittstellenproblematik“ von großer Bedeutung.

Diese bezieht sich auf die Übergänge von der hausärztlichen in den fachärztlichen, hier u.a. den ambulanten psychotherapeutischen Bereich sowie die Kooperation zwischen den verschiedenen fachärztlichen Disziplinen. Hier werden Modelle der „horizontalen integrierten Versorgung“ die Zukunft bestimmen (siehe 1.6).

Die Übergänge von der ambulanten Behandlung in die stationäre Versorgung, aus dieser in die Rehabilitation und aus dieser zurück in den ambulanten Bereich stellen bisher weitere kritische Schnittstellen dar („vertikale integrierte Versorgung“).

Psychotherapie als Heilungsmaßnahme und kostensparender Faktor an der Schnittstelle zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit sollte durch Forschungen über Krankheitsraten und -kosten weiter und immer wieder in das Bewusstsein von Politikern, Kassen und Bürgern eindringen. Aus dieser Erkenntnis ist die Frage des Einsatzes der Psychotherapie in Prävention und Rehabilitation unumgänglich. Die Aufnahme neuer Behandlungsverfahren, z.B. Gesprächspsychotherapie, Neuropsychologie, flexibilisieren die Indikation.

Psychotherapie bleibt auch in Zukunft eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung und wird im gleichen Umfang Bestandteil des nach dem Wettbewerbsstärkungsgesetz neu zu schaffenden Basis-Versicherungstarifs der Privaten Krankenversicherung (mögliche Auswirkungen siehe nächster Abschnitt 1.6).

Präventive Maßnahmen können störungsspezifische Edukation oder Schulungen sein, die Beratung von Einzelpersonen oder Gruppen von Personen zu pathogenen oder salutogenen Faktoren oder verhaltensmodifizierende Interventionen, die Krankheit begünstigendes Verhalten abbauen bzw. Gesundheit förderndes Verhalten verstärken. Oft aber wirkt eine Psychotherapie selbst schon präventiv: bei Eltern und anderen Erziehungspersonen, bei Kindern und Jugendlichen, wenn sie früh genug erfolgt.

Im Bereich der Prävention in Psychotherapie aber auch im gesamten Gesundheitswesen wird die Frage nach dem Zwang zur Gesundheit zunehmend diskutiert. Wann wird aus dem Angebot zur Prävention ein Verbot der Krankheit? Wo werden die Grundrechte des Menschen berührt, wenn er für krankmachendes selbstzerstörerisches Verhalten bestraft wird?

Für den Bereich der ambulanten Rehabilitation kann an ein Leistungsangebot gedacht werden, das stationäre Behandlungen ersetzt (z.B. im Rahmen einer Tagesklinik), das indizierte psychotherapeutische Interventionen nach Beendigung der stationären Rehabilitation fortführt (z.B. niederfrequent in Form von booster-sessions) oder deren Ergebnisse stabilisiert (Generalisierung, Transfer).

Weitere zukünftige Tätigkeitsgebiete für Psychotherapeuten in sich neu oder weiterentwickelten Versorgungsstrukturen können sein, die aber durch entsprechende Honorierung gefördert werden müssen:

- Offene Sprechstunde
- Konsiliarsprechstunde bzw. -dienst
- Sekundäre und tertiäre Prävention, z.B. Disease-Management-Programme
- Integrierte Versorgung (siehe 1.6)
- IgeL-Leistungen (psychotherapeutische Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs der GKV)

Angesichts steigender Zahlen psychisch Kranker und der Notwendigkeit, diese zu behandeln, wird die Forderung nach wesentlich mehr Psychotherapeuten im Raum stehen, da die bis 2015 zu erwartende Anzahl an Psychotherapeuten die oben aufgeführten präventiven Aufgaben nicht erfüllen können wird.

Approbierte KollegInnen in der Beratung wirken heute schon darauf hin, der Manifestation von krankheitswertigen Symptomatiken vorzubeugen.

Zukünftige gesellschaftliche Anforderungen werden die Bedeutung der Prävention steigen lassen. Die ärztliche Heilkunde hat auf dem diesjährigen Ärztetag dieser Entwicklung Rechnung getragen. Die Krankenversicherungen agieren bereits seit längerem auf diesem Gebiet.

Eine Aufsplitterung der Berufsgruppe der Psychotherapeuten in Präventions-, Akut- und Rehabilitations-Therapeuten sollte m. E. verhindert werden, da für alle Bereiche Kompetenzen zur Verfügung stehen. Am ehesten erscheint eine Ausdifferenzierung durch Weiterbildungen sinnvoll.

## **1.6 Wie kooperieren Psychotherapeuten mit anderen Professionen? *Ronald Höfner***

Mit dem VÄndG wurde eine Flexibilisierung von Kooperationsformen für Vertragspsychotherapeuten und -ärzte ermöglicht:

- Berufsausübungsgemeinschaft,
- überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft.
- Akut- und Reha-Einrichtungen
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Psychotherapeuten erhalten das Recht auf Überweisung zu anderen ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringern und das Recht zur Einweisung von Patienten in Akuteinrichtungen sowie die Einweisung von Patienten in Rehabilitations-Einrichtungen.

Im Zusammenhang mit solchen Fragen, in denen es auch immer um die Konkurrenz zu den Ärzten geht, müssen sich Psychotherapeuten über ihre berufliche Identität klarer werden. Dies wird zu diskutieren sein, z.B. in der Frage, ob die Kooperation mit anderen Professionen an institutionelle Verzahnungen gebunden werden muss, oder ob es für unsere stille Tätigkeit im Behandlungsraum nicht besser wäre, da Abstand zu halten. Auch wenn es gesetz-

lich zur Möglichkeit kommen sollte, dass wir z.B. in Akut- und Rehabilitationseinrichtungen einweisen können, müssen wir die Frage sorgfältig beachten, ob solche Maßnahmen, z.B. in einer laufenden Therapie nicht von jemand anderen gemacht werden sollten. Die Kooperation sollte sicherlich verstärkt im Sinne einer vertrauensvollen flankierenden Zusammenarbeit verstärkt, nicht aber durch ständig neue Vorschriften und disziplinierende finanzielle Strafmaßnahmen bürokratisiert werden.

Stärkung der diagnostischen Leistungen, indem die Psychodiagnostik an bestimmte Qualifikationsmerkmale der Leistungserbringer gebunden ist.

**Vorhersage für 2015:** die Masse der Psychotherapeuten arbeitet weiterhin in Einzelpraxen oder Praxengemeinschaften.

### **1.7 Wie kooperieren Leistungserbringer und Kostenträger? Ronald Höfner**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) sind deutliche Flexibilisierungen des tradierten Kollektivvertragssystems zu erwarten durch:

- Integrationsverträge (§ 140 a ff. SGB V)
- Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (§73b SGB v -neu-) sowie
- Verträge zu besonderen Versorgungsaufträgen (§73c SGB V -neu-),

da diese zukünftig als Einzelverträge abgeschlossen werden. Damit wird die Bedeutung der Strukturverträge sukzessive abnehmen, in denen die Kostenträger über die Kassenärztlichen Vereinigungen kollektiv Verträge für alle Leistungserbringer abschlossen. Die Liberalisierung der Wettbewerbsbedingungen durch das WSG dürfte zudem zu einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft, nicht zuletzt auch zu einer weiteren Entmachtung der Kassenärztlichen Vereinigungen führen. Zukünftig wird es den Krankenkassen möglich sein, Verträge mit Hausärzten zur hausarztzentrierten Versorgung unter Umgehung der KVen anzubieten und mit einzelnen oder Gruppen von Leistungserbringern Verträge der „besonderen ambulanten Versorgung“ abzuschließen. Umstritten auch hier die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Der Privaten Krankenversicherung wird durch das WSG auferlegt, einen Basistarif anzubieten. Dieser Basistarif soll ohne Gesundheitsprüfung von allen BürgerInnen in Anspruch genommen werden und den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung stellen. Befürchtet wird, die schrittweise Aushöhlung der PKV, eine Abwanderung von Privatversicherten in diesen Basistarif sowie eine schrittweise Überführung der beihilfeberechtigten Landes- und Bundesbediensteten. Den niedergelassenen Leistungserbringern sowie stationären Einrichtungen könnten so erhebliche Einnahmeeinbußen entstehen. Psychotherapeutische Leistungen in einem angemessenen Umfang müssen Bestandteil des Basistarifs der PKV sein.

Die Einrichtung eines einzigen Spitzenverbandes der Krankenkassen nebst Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2009 (über den der Krankenkassenbeitrag bestimmt und eingezogen werden soll) erlaubt der Gesundheitspolitik, stärker als bisher, eine direkte Einflussnahme auf das Finanzierungsvolumen im Gesundheitswesen, dies wird vielerorts als „Einstieg in die Staatsmedizin“ und Zerschlagung des bisher bestehenden „Gleichgewichts der Kräfte“ aus Kassen im Wettbewerb und Leistungserbringern gesehen.

Die Schaffung von Ersatzstrukturen bei zunehmender Entmachtung der KVen ist ein vorrangiges Thema für ärztliche und psychotherapeutische Berufsverbände, die Heilberufskammern sowie die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Praxisnetze.

Neben den Krankenversicherungen sind als Kostenträger auch die Rentenversicherung und die Berufsgenossenschaften ebenso wie die Sozialhilfe, die Jugendhilfe und die Verbände der Wohlfahrtspflege von Bedeutung.

Die Anzahl der Patienten, die Gesundheitsleistungen als Selbstzahler in Anspruch nehmen (IGeL) wird sicherlich wegen zunehmenden Begrenzungen der Kostenübernahme durch die Sozialversicherungsträger zunehmen.

Zuzahlungs-Modelle und Modelle der Zusatz-Versicherung sowie Modelle der Kostenerstattung werden unter der Kostenspardiskussion zunehmen, müssen von Psychotherapeuten aber zurückgewiesen werden, da Menschen in ihrer Zukunftsvorstellung psychische Krankheiten nicht für sich selbst für möglich halten.

Eine gewichtige Herausforderung stellt die Integration der Psychotherapeuten in die Strukturen der Kostenträger dar, z.B. in den Medizinischen Dienst der Kranken- und Rentenversicherer sowie die Implementierung psychotherapeutischer Kompetenzen in den präventiven und rehabilitativen Sektor dieser Einrichtungen (Entwicklung, Planung, Durchführung und Evaluation).

Die Kooperation von Psychotherapeuten mit Krankenkassen wird sich als schwierig erweisen. Psychisch Kranke und deren Behandlung scheinen nicht als werbewirksames Aushängeschild für eine Krankenkasse geeignet. Alle Verträge, die Krankenkassen mit Psychotherapeuten schließen, bergen die Gefahr des Unterlaufens der Richtlinienpsychotherapie: Die bei uns übliche Richtlinienpsychotherapie der GKV umfasst nahezu alle Diagnosen und definiert weltweit einzigartig festgelegte und plausible Behandlungskontingente. Krankenkassen werden nur Verträge schließen, wenn sie Geld sparen können. Die Standards der Richtlinienpsychotherapie in zukünftigen Verträgen mit den Krankenkassen zu erhalten, gelingt nur durch große Solidarität aller Psychotherapeuten.

### **1.8 Welchem gesellschafts- und gesundheitspolitischen Selbstverständnis fühlen sich Profession und Kammern verpflichtet? Jürgen Doebert**

1. Die Sicherstellung der Versorgung Kranker und die Bereitstellung von Vorsorgemöglichkeiten für Gesunde sind Aufgabe der Allgemeinheit, somit des Staates. Diese Aufgabe kann und soll der Staat delegieren. Die Körperschaften der Selbstverwaltung wie Kammern, Kassen und KVen übernehmen subsidiär diese Aufgabe.
2. Sie müssen verdeutlichen dass Krankheit und Gesundheit anderen Gesetzmäßigkeiten unterliegen als wirtschaftliche Prozesse (z.B. Autoreparatur, Dienstleistung beim Verkauf von Geldanlagen etc): **Kranke sind keine Kunden**. Krankheit und Gesundheit sind höchst persönliche Größen, die aber sehr wohl durch gesellschaftliche Bedingungen beeinflusst werden, wie z.B. Bedingungen am Arbeitsplatz, traumatische Ereignisse wie Unfälle oder Ernährung.
3. Vorsorge und Umgang mit Krankheit liegen in der persönlichen Verantwortung des Einzelnen. Gesundheit kann nicht angeordnet werden. Die Aufgabe des Staates und der subsidiär beteiligten Institutionen liegt in der Bereithaltung von Angeboten für die Versorgung bei Krankheit und in der Gestaltung von gesunden Lebens- und Arbeitsbedingungen. Beispiel: U-Untersuchungen bei Kindern oder die Krebsvorsorge bei Erwachsenen werden von der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten getragen, diese wahrzunehmen liegt in der individuellen Verantwortung
4. Die medizinische und psychotherapeutische Versorgung sollte jedem unabhängig von seinen finanziellen Möglichkeiten zugänglich sein.
5. Diese Forderung wird zwar von der Realität der „Zwei-Klassen-Medizin“ eingeholt, bleibt aber eine Forderung der Kammern. Der Zugang zur Psychotherapie ist ebenfalls nicht gleich verteilt.
6. Der Mensch ist eine leib-seelische Einheit“. Diese Einheit muss bei allen gesetzlichen und körperschaftlichen Regelungen bei der Vorsorge und bei der Behandlung von Krankheiten berücksichtigt werden.

## 2 Welche Weichenstellungen sind heute notwendig?

---

### 2.1 Was muss ein qualifiziertes Studium vermitteln? Susanne Loetz

Die **bisherigen Diplom-Studiengänge** im Fach Psychologie sind bundesweit vergleichbar und gewährleisten aufgrund definierter Vorgaben in der Rahmen-Diplom-Prüfungsordnung einen bestimmten Fächerkanon mit zu beherrschenden Inhalten und Methoden, die fortlaufende Reproduktion der Identität des Faches und seiner disziplinären Einheit. Das bisherige Diplom in Psychologie dokumentiert den interdisziplinären Charakter der Psychologie, denn die Psychologie ist sowohl Teil der Naturwissenschaften wie der Sozial- und Kulturwissenschaften.

Die **derzeitige Entwicklung** bei der Gestaltung der künftigen europaweit einheitlichen Studienstrukturen führt zur Erlangung berufsqualifizierender Bachelor Abschlüsse nach bereits 6 Semestern. Mit der „Bologna-Erklärung“ vom 19. Juni 1999, die inzwischen 45 europäische Staaten unterzeichnet haben, haben sich die Mitgliedsländer bis 2010 zu Schaffung eines einheitlichen europäischen Hochschulraums verpflichtet. Die neuen modularen Strukturen legen nahezu zwingend nahe, dass „die Psychologie“ in unterschiedlichen Studiengängen präsent sein wird, die zu entsprechenden, unterschiedlichen Studienabschlüssen führen. Das sind B.Sc. / M.Sc. in Psychologie an den Universitäten, B.Sc. / B.A. in definierten Teilbereichen der Psychologie an den Fachhochschulen, die Einbindung psychologischer Teilgebiete in interdisziplinäre Studiengänge und Weiterbildungs-Studiengänge (Master).

Angesichts dieser unüberschaubaren Diversifizierungen bereits im Bachelor-Abschluss mit entsprechenden Einschränkungen allgemeiner fachlicher Grundlagen des Absolventen wird „der Master“ (mit weiteren 4 Semestern) aufgrund der höheren fachlichen Qualifizierung die angemessene Zulassungsvoraussetzung für die Ausbildungen zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/in bzw. zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/in darstellen, so wie es von der BthK und der DGPs gefordert wurde. Einen 5-jährigen Regelabschluss der zukünftigen Psychologen sollten die Universitäten allein schon deshalb anstreben, weil das Europäische Diplom in Psychologie ein 5-jähriges Studium, sei es in Form des Diploms oder des Masters, als Voraussetzung für eine europaweit anerkannte Tätigkeit als Psychologe oder Psychologin fordert (Schroeder 2004).

Generell besteht auch zukünftig ein großer Bedarf Psychologinnen und Psychologen aller Fachrichtungen. Die wichtigsten Interessenschwerpunkte befragter Studierenden in Fach Psychologie liegen während des Hauptstudiums bislang auf den folgenden vier Fächern:

- Klinische Psychologie (**69,5 %**),
- Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie (39,3 %),
- Pädagogische Psychologie (30,2 %) und
- Intervention (ebenfalls 30,2 %).

Auch im Masterstudienbereich wird sich dieser Trend der Studierenden zur Klinischen Psychologie erhalten. Im PsychThG, das die Zugangs- und Ausbildungsanforderungen des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten regelt, ist eine bestandene Abschlussprüfung in Psychologie, die das Fach Klinische Psychologie einschließt festgeschrieben. Es ist zu erwarten, dass zukünftig der Master-Abschluss in Klinischer Psychologie „die“ Grundvoraussetzung für eine postgraduale Ausbildung in einem der bislang drei Psychotherapeutischen Richtlinienverfahren an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte darstellt. Allerdings ist derzeit noch völlig offen, welche der vielen Bachelor-Abschlüsse zu einem Masterstudengang in Klinischer Psychologie berechtigen. Ebenso unklar ist, ob auch andere Masterabschlüsse den Zugang zu einer postgradualen Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten nach den Vorgaben des PsychThG ermöglichen. Zur zukünftigen Sicherstellung des steigenden Bedarfs an psychotherapeutischer Versorgung ist es notwendig die erforderliche Anzahl an Studienabgänger mit entsprechendem Masterabschluss auszubilden.

### **Der Bedarf an in Richtlinienverfahren ausgebildete Psychotherapeuten wird steigen**

In jüngster Zeit durchgeführte epidemiologische Untersuchungen (Wittchen & Jacobi, 2005, 2006) rechtfertigen dieses Interesse. Diese weisen auf eine nicht zu unterschätzende Prävalenz psychischer Störungen und damit den entsprechenden Bedarf qualifizierter psychotherapeutischer Versorgung hin. Dem entsprechend muss von einem ansteigenden Bedarf an ausgebildeten Psychotherapeuten ausgegangen werden. Psychische Erkrankungen sind inzwischen der häufigste Grund für Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrenten und ansteigende Ursache für Arbeitsunfähigkeitstage. Psychische Erkrankungen verursachen nach Schätzungen der Europäischen Union Kosten in Höhe von drei bis vier Prozent des Bruttonationalproduktes, vor allem durch Produktivitätsverluste. Wittchen bezifferte die Kosten auf fast 300 Milliarden Euro pro Jahr, von denen allein 132 Milliarden Euro auf indirekte Kosten (also krankheitsbedingte Ausfalltage, früherer Eintritt in den Ruhestand, vorzeitige Sterblichkeit und verringerte Arbeitsproduktivität wegen psychischen Problemen) zurückzuführen sind.

### **Die Verhaltenstherapie ist in der Lehre an den Universitäten überrepräsentiert.**

Die Lehrstühle für Klinische Psychologie und Psychotherapie an den deutschen Universitäten sind seit Jahren zu über 90 % mit Verhaltenstherapeuten besetzt. Folglich ist die akademische Lehre sowohl in der Vermittlung theoretischer wie therapeutischer Kompetenz fast ausschließlich auf kognitiv-behavioraler Basis verhaltenstherapeutisch orientiert, was sicher auch daher rührt, dass es sich hierbei um ein vorwiegend von Psychologen entwickeltes Behandlungsverfahren handelt. Auch nachdem Anfang 1999 das Psychotherapeuten-Gesetz in Kraft trat, hat sich dieses Missverhältnis in der Repräsentanz der drei Psychotherapieverfahren, die in der gesetzlichen Gesundheitsversorgung als Richtlinienverfahren anerkannt sind, an den bundesdeutschen Hochschulen nicht verändert. Seit dem Jahr 1993 wurde bei der Besetzung von 40 Lehrstühlen für Klinische Psychologie/Psychotherapie (inkl. Juniorprofessuren) bei 3 Ausschreibungen eine tiefenpsychologisch/analytische, bei 10 eine verhaltenstherapeutische und bei 15 keine psychotherapeutische Ausbildung verlangt (Fischer, Eichenberg, 2007). Vielmehr werden weiterhin Lehrstühle für ein klinisches Fach besetzt, ohne dass der Nachweis psychotherapeutischer Kompetenzen gefordert wird. Vor diesem Hintergrund entstand die Situation, dass auch hochqualifizierte Bewerber mit psychodynamischem Schwerpunkt noch nicht einmal zu einem Bewerbungsvortrag eingeladen wurden.

Es wird offensiv zu diskutieren sein, woran das liegt und ob diese Einseitigkeit wissenschaftlich auf Dauer zu rechtfertigen ist.

### **Verharren die Hochschulen auf ihrer bisherigen Berufungspraxis und der damit verbundenen einseitigen Lehre und Forschung nur auf behavioraler-verhaltenstherapeutischer Grundlage, ist die breite psychotherapeutische Versorgung so wie wir sie kennen, bald nicht mehr möglich.**

Diese Praxis an den Universitäten steht in auffallendem Gegensatz zu der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, wo die Mehrheit der Patienten (54%) sich in tiefenpsychologisch fundierter (40%) und analytischer Psychotherapie (14%) befindet (Zepf et al., 2003). Beide wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren sind an den Hochschulen v.a. in den psychologischen Studiengängen nicht entsprechend ihrer Bedeutung und Gewichtung in der psychotherapeutischen Versorgungspraxis repräsentiert. Die bislang einseitige Tendenz zugunsten kognitiv-behavioraler Ansätze setzt sich in auffallender Weise in der Ausrichtung postgradualer universitärer Ausbildungsinstitute und zugehöriger klinischer Ambulanzen fort, die in den Jahren nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes (PTG) an vielen Psychologischen Instituten neu gegründet worden sind. An 30 der 46 bundesdeutschen Psychologischen Institute, die einen Diplomstudiengang Psychologie anbieten, wurde ein postgradualer Ausbildungsgang zum „Psychologischen Psychotherapeuten“ nach dem PTG eingerichtet. 25 dieser Institute bieten Verhaltenstherapie als einziges Vertiefungsfach an. In tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie dagegen wird an lediglich fünf Psychologischen Instituten ausgebildet, in einem Fall neben Verhaltenstherapie, im andern Fall neben Gesprächspsychotherapie. Dagegen ist die Ausbildung in analytischer Psychotherapie bisher

nur an zwei Medizinischen Fakultäten realisiert. An zwei Psychologischen Instituten ist sie zur Umsetzung vorgesehen.

## **2.2 Wie müssen Aus- Fort und Weiterbildung gestaltet werden? *Susanne Loetz***

**a. Ausbildung:** Während das Psychotherapeutengesetz die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bislang als postgraduierter Studiengang mit Anschluss an ein abgeschlossenes Studium der Psychologie vorsieht, werden im Rahmen der Einführung der BA/MA-Studiengänge neuerdings Bestrebungen deutlich, Teile der psychotherapeutischen Ausbildung in das Psychologiestudium vorzuverlegen und das Psychotherapeutengesetz in diesem Sinne zu verändern. Würde der Gesetzgeber diese Änderung beschließen, so würde sich die extrem einseitige Ausrichtung der Psychologischen Psychotherapie an den Universitäten womöglich noch weiter verschärfen. Können die Studierenden der Psychologie zwischen den postgraduiert angebotenen unterschiedlichen Psychotherapieverfahren bislang noch frei wählen, so wären mit dieser Gesetzesänderung die Studierenden der Psychologie überwiegend auf Verhaltenstherapie festgelegt, soweit sie nicht gerade bereit und fähig sind, eine beträchtliche Verlängerung ihrer postgraduierten Ausbildung in Kauf zu nehmen und die Kosten dafür zu tragen.

Wenn man sich also die aktuelle Entwicklung fortgeschrieben vorstellt, wird es entweder eine sehr einseitige Ausrichtung an der VT geben oder aber eine durch tiefenpsychologische, analytische und gesprächspsychotherapeutische Elemente ergänzte VT, die dann aber keine VT mehr wäre sondern eine „Allgemeine Psychotherapie“. Da aus allen Untersuchungen hervorgeht, dass die therap. Beziehung ein entscheidender Wirkfaktor ist, wird die wissenschaftliche Auseinandersetzung um die Frage gehen, nach welchen Konzepten man die therapeutische Beziehung begreift, formt, weiterentwickelt.

Solange es die drei Richtlinienverfahren gibt, ist sicherzustellen, dass die theoretische Basis dafür bereits in den Universitäten in der Lehre gewährleistet ist und dass auch Ressourcen für neue Verfahren zur Verfügung stehen.

**b. Fortbildung:** Die Fortbildung der Psychotherapeuten ist durch die Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern geregelt sowie für die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Psychotherapeuten durch das Sozialgesetzbuch V. Die Fortbildung zielt auf die Vermittlung von Kenntnissen in der Berufsausübung, die dem aktuellen wissenschaftlichen Stand der Erkenntnis abzielen.

**c. Weiterbildung:** Demgegenüber vermittelt die Weiterbildung vertiefte Kenntnisse in spezialisierten Tätigkeitsgebieten. Die Bundespsychotherapeutenkammer verabschiedete 2006 eine Muster-Weiterbildungsordnung, in der die Neuropsychologie als eine Arbeitsrichtung geregelt wird. Die Forderungen nach evidenzbasierter sowie leitliniengestützter Berufsausübung auf dem Gebiet der Heilkunde werden die Regelungen zu einer Weiterbildung zukünftig weiter ausdifferenzieren.

**d. Praktika ohne Bezahlung** und z.T. hohe Kosten für die Ausbildung führen zur Selektion von Psychotherapeuten. Es müssen dringend die Rahmenbedingungen der Ausbildung so verändert werden, dass wieder mehr männliche Psychotherapeuten an der Versorgung der Bevölkerung beteiligt sein können. Sonst drohen hier ähnliche dramatische Schief lagen wie schon heute im Bereich der Früh- und (Grund-) Schulpädagogik.

## **2.3 Welchen Beitrag muss die Forschung leisten? *Susanne Loetz***

Niedergelassene Psychotherapeuten, Studierende der Psychologie und Psychotherapie wie auch Vertreter unseres Gesundheitssystems stimmen mehrheitlich darin überein, dass die gesamte Palette psychotherapeutischer Methoden auf dem aktuellen Stand von Forschung und Qualitätsmanagement der bundesdeutschen Bevölkerung zugute kommen sollte.

Das aber kann nur in Verbindung mit universitärer Lehre und Forschung gewährleistet werden. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber das Psychotherapeutengesetz nicht auf eine bestimmte Methode eingeengt, sondern alle als wissenschaftlich anerkannten Verfahren in

Ausbildung und Versorgung der Bevölkerung einbezogen. Eine weitere Bedrohung der Vielseitigkeit der Psychotherapie erwächst zusätzlich dadurch, dass die an Universitäten angesiedelten postgradualen Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten fast alle nur Verhaltenstherapie als Behandlungsschwerpunkt ermöglichen. Diese hier häufig als „Weiterbildungsstudiengang“ bezeichneten Ausbildungen für Diplompsychologen (zukünftig MA oder M.Sc. mit Schwerpunkt Klinische Psychologie) können im Gegensatz zu den nicht vertretenen Verfahren vielfach von personellen und materiellen Ressourcen der Institution Universität profitieren. Diese Ausbildungsinstitute können im Gegensatz zu den übrigen staatlich anerkannten, jedoch rein privatrechtlich organisierten Ausbildungsinstituten, werben mit:

- der engen Anbindung der Institute an die Abteilungen für Klinische Psychologie und Psychotherapie an Psychologischen Instituten bzw. Fachbereichen der Universitäten.
- Kooperation mit Forschungs- und Praxiseinrichtungen im Bereich Klinische Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik, Neuropsychologie und Verhaltensmedizin ihrer Nahe zur Ausbildung in Klinischer Psychologie und Psychotherapie und der expliziten Nutzung der im Rahmen des Studiums erworbenen Kenntnisse
- paralleler Forderung der Ausbildung im wissenschaftlichen und praktischen Bereich („Scientist-Practitioner-Modell“) u.a. durch Einbindung von Promotionsvorhaben

An dieser Stelle wird besonders deutlich, dass eine Einbindung der praxisorientierten Psychotherapeutenausbildung in das System wissenschaftlicher Forschung und die Weiterentwicklung im Bereich der Klinischen Psychologie und Psychotherapie für alle Verfahren gleichberechtigt notwendig ist.

Um diesem Grundsatz mittel- und langfristig zum Durchbruch zu verhelfen, sollte in jedem Bundesland eine gleichmäßige Repräsentanz der psychotherapeutischen Verfahren an den Hochschulen angestrebt werden, die zu gleichen Teilen die anerkannten Methoden berücksichtigt. Eine Gesetzesänderung, die Teile der psychotherapeutischen Ausbildung in das Studium vorverlegt, ist nur unter dieser Voraussetzung zu vertreten.

#### **2.4 Welche Aufgaben haben Landeskammern und Bundespsychotherapeutenkammer zu erfüllen? Jürgen Doebert**

Angesichts zweier gegenläufiger Tendenzen besteht eine Hauptaufgabe aller Kammern darin, einerseits den Wert der Selbstverwaltung und Subsidiarität gegenüber einem Staat zu verteidigen, der immer mehr Einfluss nehmen möchte, andererseits für die Einhaltung von Regeln und Normen zu sorgen, die angesichts zunehmender Ökonomisierung und Wettbewerbsorientierung auch auf europäischer Ebene eine Gefahr für die kunstgerechte Psychotherapie darstellen.

Als Körperschaften öffentlichen Rechts haben die Landeskammern die Aufgabe, die subsidiär an sie delegierten staatlichen Aufgaben gerecht und im notwendigen Ausmaß gegenüber den Mitgliedern der Kammer auszuüben. Daraus ergibt sich ein Spannungsverhältnis gegenüber dem Staat, da ihm gegenüber die Besonderheiten psychotherapeutischer Berufsausübung vertreten und durchgesetzt werden müssen.

Sowohl nach innen gegenüber den Mitgliedern wie nach außen gegenüber allen anderen gesellschaftlichen Größen ist und bleibt die Berufsordnung die zentrale Legitimation und Begrenzung für die Tätigkeit der Kammern.

Gegenüber dem Gesetzgeber, gegenüber anderen staatlichen und halbstaatlichen Institutionen, insbesondere gegenüber Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen haben die Kammern die Aufgabe, mithilfe der Berufsordnung darüber zu wachen, dass die ethischen und konzeptionellen Normen psychotherapeutischer Berufstätigkeit nicht durch Regelungen verletzt werden, die diese Institutionen erlassen. Dies gilt auch für Verträge, die Psychotherapeuten unter einander, mit anderen Heilberufen und/oder Krankenkassen oder anderen Kostenträgern schließen. Das gleiche gilt für Arbeitsverträge angestellter Mitglieder. Für diese Arbeit stehen insbesondere der Bundespsychotherapeutenkammer als Mittel die Wahrnehmung von gesetzlich geregelten Anhörungsrechten, die Wahrnehmung von Sitzen in Gremien, Lobbyarbeit gegenüber dem Gesetzgeber und der Exekutive sowie wissenschaft-

lich-juristischer Informationsarbeit gegenüber Mitgliedern und relevanten gesellschaftlichen Institutionen sowie der Presse zur Verfügung.

Durch ihre Regelungen zur Fort- und Weiterbildung sorgt die Kammer für hohe Standards der Qualität von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten.

Angesichts des Endes der Bedarfsplanung durch europarechtliche Regelungen besteht eine Aufgabe der Landeskammern darin, den Wettbewerb zwischen den Psychotherapeuten unter den Regeln der Berufsordnung zu kanalisieren und dabei die gesellschaftliche Aufgabe, für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung Mitverantwortung zu tragen, nicht aus dem Auge zu verlieren.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat als Zusammenschluss der Landeskammern die Aufgabe, die Interessen der Landeskammern zu sammeln und zu bündeln und auf Bundesebene zu vertreten. Außerdem hat sie die Aufgabe, bundesweit für eine vergleichbare Umsetzung der subsidiär delegierten Aufgaben (insbesondere der Kontrolle der Berufsausübung) Sorge zu tragen.

Einflussnahmen auf sozialrechtliche Regelungen sind nur dann Aufgabe der Kammer, wenn die Berufsausübung nach den Regeln des Berufsrechts durch solche Regelungen beeinträchtigt wird. Einflussnahme auf Honorarvereinbarungen ist nur dann sinnvoll, wenn eine Honorierung vorgesehen ist, die eine ordnungsgemäße Durchführung von Psychotherapie nicht mehr gewährleistet. Einflussnahme auf Bedarfsplanungsfragen ist nur dann sinnvoll, den Regelungen dazu führen, dass Psychotherapeuten ihren Beruf nicht angemessen ausüben können und eine angemessene Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist.

## **2.5 Welche Aufgaben haben Berufs- und Fachverbände zu erfüllen? Jürgen Doebert**

Die Aufgaben der Berufsverbände unterscheiden sich von der Aufgabe der Fachverbände.

Berufsverbände vertreten die Interessen ihrer Mitglieder. Sie tun dies gegebenenfalls auch gegen die Interessen anderer Berufsverbände der Psychotherapeuten. Der Wettbewerb der Berufsverbände unter einander sichert, dass die unterschiedlichen Aspekte psychotherapeutischer Tätigkeit gegenüber allen Institutionen, zu denen auch die Kammern gehören, mit klar konturierter Form vertreten werden. Eine Hauptaufgabe der Berufsverbände ist es, angemessene Arbeitsbedingungen ihrer Mitglieder im Hinblick auf Vergütung, rechtliche Stellung in Angestelltenverhältnissen und Verträgen, Repräsentanz in den Gremien der Selbstverwaltung herbeizuführen. Hierfür stehen ihnen als Mittel politische Aktionen, der Klageweg und Lobbyarbeit zur Verfügung.

Angesichts weiterhin bestehender Nachteile für psychisch Kranke und deren Behandlung ist es eine Aufgabe aller Berufsverbände, gemeinsam auf Rahmenbedingungen hinzuwirken, mit denen die fachgerechte Behandlung psychischer Krankheiten beziehungsweise die entsprechende Prävention erreicht wird. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit der Bundespsychotherapeutenkammer und den Landeskammern. Es kann im Interesse der jeweiligen Mitglieder der Berufsverbände liegen, dass sich die Berufsverbände eine gemeinsame Organisationsform geben, mit der sie als Vertragspartner gegenüber Krankenkassen zum Aushandeln von Vergütungsregelungen und Regelungen zur Qualitätssicherung auftreten.

Die Fachverbände spiegeln die Vielfalt menschlicher psychischer Probleme und ihrer Behandlungsmöglichkeiten wider. Angesichts der durch den Zeitgeist bestimmten Normen von Effizienz im Umgang von Menschen miteinander stellen die Fachgesellschaften mit ihrer Betonung unterschiedlicher psychotherapeutischer Verfahren und die Identifikation mit ihnen ein gegen den Zeitgeist gerichtetes in diesem Sinne konservatives Element dar, mit dem Unterschiedlichkeit von Menschen und Methoden sowie die Unterschiedlichkeit von Zeitbedarf und Menschenbild zum Ausdruck gebracht wird. Aufgabe der Fachgesellschaften ist es, die wissenschaftliche Diskussion innerhalb ihrer jeweiligen Mitgliedschaft sowie den Austausch mit den anderen Fachgesellschaften zum Nutzen der Weiterentwicklung des Gesamtgebietes der Psychotherapie zu pflegen.

Die Mittel der Fachverbände zur Durchsetzung ihrer Interessen sind wissenschaftliche Tagungen, die Herausgabe wissenschaftlicher Zeitschriften und Informationspolitik gegenüber den Medien. Als Träger von Aus- und Weiterbildung sind die Fachverbände u.a. (neben den staatlich anerkannten Weiterbildungseinrichtungen und den Universitäten) verantwortlich für den beruflichen Nachwuchs und für die Standards fachlich richtiger Berufsausübung.

Es gibt einen fließenden Übergang zu den Aufgaben der Berufsverbände, wenn es darum geht die jeweils eigene Methode gegenüber Einflussnahmen des Gesetzgebers und anderer Institutionen zu schützen.

## **2.6 Welche Rahmenbedingungen muss der Gesetzgeber schaffen? Jürgen Doeberl**

Der Gesetzgeber muss im Rahmen der Subsidiarität den Gremien der Selbstverwaltung möglichst viel Spielraum einräumen. Hiermit stärkt er die Werte von Selbstbestimmung und demokratischer Einflussnahme zum Beispiel der Kammermitglieder auf ihre eigene Institution.

Der Gesetzgeber muss in Abwägung des Wertes von erprobten Verfahren und Vorgehensweisen, zum Beispiel in der Psychotherapie, gegenüber der Entwicklung neuer Verfahren, die nicht oder noch nicht ihre Wirksamkeit erwiesen haben, einen Weg finden, der die Patienten schützt und dennoch neue Entwicklungen zulässt. Auch hierzu soll sich der Staat der fachkundigen Gremien der Selbstverwaltung bedienen.

Der Staat muss die Gleichwertigkeit körperlicher und psychischer Erkrankungen in seinen Regelwerken festlegen.

Der Staat muss auch nach Ende der bisherigen Bedarfsplanung eine gleichmäßige Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie sichern.

## **3 Literatur**

- Fischer, G. & Eichenberg, C. (2006). Zukunftschancen der psychodynamischen Therapie an der Universität; Psychodynamic therapy in university research and teaching: Future prospects. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 4(1), 93-100.
- Schroeder, A. (2004). Die Psychotherapieausbildung in einem vereinten Europa - zum Stand der Dinge. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36 (3), 631-638.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies; Ausmass und Last psychischer Störungen in Europa - Ein kritischer Ueberblick und Bewertung von 27 Studien. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2006). Psychische Störungen in Deutschland und der EU. Groesseordnung und Belastung; Mental disorders in Germany and the European Union. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 38(1), 189-192.
- Zepf, S., Mengele, U. & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 53: 152-162.