

Geschäftsführender Vorstand:

* Dr. med. Dipl.-Psych. Karsten Münch (Vorsitzender)
Emil-Trinkler-Straße 24
28211 Bremen
Tel.: 0421 - 498 43 00, Fax: 0421 - 24 28 93 96
E-Mail: dr.karsten.muench@t-online.de

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Dietrich Munz
Karlsbader Straße 31
70372 Stuttgart
Tel.: 0711 - 678 17 54, Fax: 0711 - 678 17 69
E-Mail: dietrichmunz@t-online.de

Dipl.-Psych. Anne A. Springer
Hundekehlestraße 11
14199 Berlin
Tel.: 030 - 88 62 93 03, Fax: 030 - 88 62 93 04
E-Mail: AnneASpringer@aol.com

Dr. med. Gabriele Friedrich-Meyer
Rheinaustraße 146
53225 Bonn
Tel.: 0228 - 46 22 44, Fax: 0228 - 46 22 44
E-Mail: G.Friedrich-Meyer@gmx.de

Dipl.-Psych. Albrecht Stadler
Henrik-Ibsen-Straße 4
80638 München
Tel.: 089 - 159 54 59, Fax: 089 - 159 61 03
E-Mail: aua.stadler@t-online.de

Geschäftsstelle:

RA Holger Schildt, Geschäftsführer und Justitiar
RAin Birgitta Lochner, Justitiarin
Johannisbollwerk 20, 20459 Hamburg
Tel.: 040 - 319 26 19, Fax: 040 - 319 43 00
www.dgpt.de; E-Mail: psa@dgpt.de

Bremen im Januar 2009

Stellungnahme zum Forschungsgutachten zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes

I. Einleitung

10 Jahre nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Forschungsgutachten in Auftrag gegeben, das die erfolgte Umsetzung des Gesetzes evaluieren und gegebenenfalls Vorschläge zu einer Novellierung machen soll. Die Notwendigkeit zu einer solchen Novellierung entstand zunächst einmal dadurch, dass sich aufgrund der neu geschaffenen gestuften Studiengänge (Bachelor und Master) die Zulassungsvoraussetzungen geändert haben und jetzt einer Neuformulierung bedürfen. Darüber hinaus bestehen uneinheitliche Zugangsvoraussetzungen für die Psychotherapieausbildungen im Erwachsenenbereich und im Bereich der Kinder und Jugendlichen. Schließlich hat auch die zumeist völlig unzureichende Vergütung für die Praktische Tätigkeit einen Reformbedarf deutlich gemacht.

Ausgehend von diesen formalen Anlässen hat das BMG zu einer grundsätzlichen Evaluierung des Gesetzes und der auf seiner Basis entstandenen Ausbildungsrealitäten aufgefordert und damit eine Reihe von Fragen verknüpft, die sich an die zukünftige Gestaltung der Ausbildung nach dem PsychThG richten. Insbesondere geht es dabei zum Beispiel um:

- die Erarbeitung von inhaltlichen Vorschlägen für die Zugangsvoraussetzungen und darum, ob in Zukunft weiter wie bisher einer verfahrensorientierten Ausbildung oder eher einer störungsorientierten Ausbildung der Vorzug gegeben werden sollte;
- die Frage, ob eine Erstausbildung an den Hochschulen erfolgen sollte (sogenannte Direktausbildung) anstelle der bisherigen Form der (postgradualen) Ausbildung an anerkannten Ausbildungsinstituten.

Die bevorstehende Novellierung und das in Auftrag gegebene Forschungsgutachten sind für die psychotherapeutische Profession der Anlass gewesen, in einen intensiven Austausch über die aufgeworfenen Fragen zu treten. Die vorliegende Stellungnahme verdeutlicht die Position der DGPT zu den aufgeworfenen Fragen und stellt eine Standortbestimmung aus psychoanalytischer Sicht dar.

II. Versorgungserfordernisse

Eine Ausbildung nach dem PsychThG bildet die Voraussetzung für die selbständige Ausübung der heilberuflichen Tätigkeit des Psychologischen Psychotherapeuten* und des Kinder- und Jugendlichentherapeuten* im ambulanten wie im stationären Rahmen. Mit der Approbation und dem Erwerb der entsprechenden Fachkunde werden die Voraussetzungen erfüllt, um an der Versorgung der gesetzlich und privat Versicherten teilzunehmen. Die Ausbildung nach dem PsychThG muss also auf die Erfordernisse einer adäquaten psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung ausgerichtet sein. Aus diesen Versorgungserfordernissen lassen sich dann die dafür notwendigen psychotherapeutischen Kompetenzen ableiten, auf deren Erwerb die Ausbildung zielen muss.

* Zur besseren Verständlichkeit wurde im Text grundsätzlich die maskuline Form gewählt

Die Versorgung psychisch Erkrankter ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- a) Die Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung nimmt ständig zu. Sowohl groß angelegte epidemiologische Untersuchungen wie auch statistische Auswertungen von Krankenkassen zeigen, dass psychische Erkrankungen insgesamt zu den häufigsten Erkrankungen zählen (12-Monatsprävalenz: 25 %, Lebenszeitprävalenz 50 %) und dass die durch psychische Erkrankungen verursachten Kosten im stationären und im ambulanten Bereich immer weiter, zum Teil dramatisch, ansteigen. Auch müssen immer mehr Menschen aufgrund von psychischen und/oder psychosomatischen Erkrankungen vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden. Daraus folgt, dass der Bedarf an qualifizierter Psychotherapie in Zukunft weiter zunehmen wird und dass alle Regelungen, die den Zugang zur Psychotherapieausbildung und die Ausgestaltung derselben betreffen, hinsichtlich der Frage geprüft werden müssen, ob sie in der Lage sind, für eine adäquate Versorgung, die auch eine realitätsgerechte Bedarfsplanung voraussetzt, und für ausreichenden Nachwuchs zu sorgen.
- b) Aus psychoanalytischer Sicht muss jedwede psychische Erkrankung immer im Gesamtzusammenhang der Persönlichkeit und der Lebenssituation des betroffenen Patienten gesehen und verstanden werden. Die isolierte Betrachtung eines erkrankten Organs, zu der die somatische Medizin mit ihren riesigen Fortschritten in der organbezogenen Diagnostik und Therapie verleitet, hat dazu geführt, dass die Tatsache der Einbindung auch jeder somatischen Erkrankung in einen konkreten Lebenszusammenhang oft nicht gebührend wahrgenommen wird. Dem gegenüber artikulieren sich inzwischen auch in der somatisch tätigen Ärzteschaft ein zunehmendes Unbehagen an einer derartigen Fragmentierung und eine wachsende Aufmerksamkeit gegenüber Forderungen nach einer wieder stärkeren Berücksichtigung der Arzt-Patienten-Beziehung (siehe hierzu etwa das sogenannte Ulmer Papier der Deutschen Ärzteschaft, das auf dem Deutschen Ärztetag 2008 verabschiedet wurde, sowie G. S. Kienle: Vom Durchschnitt zum Individuum, Dt. Ärzteblatt 20. Juni 2008, S. 1381 - 1385).

Dies gilt umso mehr für die Psychotherapie. Aus psychoanalytischer Sicht haben wir es in der Psychotherapie niemals nur mit einem erkrankten Organ oder einem erkrankten Teilbereich im Sinne einer „Störung“ zu tun. Eine psychische Erkrankung betrifft immer einen ganzen Menschen in seinem Bezug zu sich selbst und seiner Welt. So ist zum Beispiel eine Depression niemals nur durch eine Ansammlung bestimmter Symptome ausreichend beschreibbar, sondern sie

umfasst immer auch eben jene grundsätzliche Beeinträchtigung der Beziehung zu sich selbst und zu seiner Lebens-, Beziehungs- und Arbeitswelt, die das Charakteristische des depressiven Erlebens ausmacht

Diese Unmöglichkeit, den Gegenstandsbereich der psychotherapeutischen Versorgung zu zergliedern in eine Vielzahl von Störungen, die grundsätzlich als voneinander unabhängig gedacht werden und vielleicht noch im Sinne von Komorbiditäten miteinander verknüpft, aber nicht ursächlich miteinander verbunden sind, ist aus unserer Sicht das wichtigste Argument gegen eine Störungsorientierung in der psychotherapeutischen Ausbildung. Die Kernkompetenz des Psychotherapeuten besteht nicht in der Behandlung von bestimmten Störungen, sondern in der Behandlung eines psychisch erkrankten Menschen mittels einer hilfreichen therapeutischen Beziehung und mit Hilfe von Behandlungstechniken, die konsistent aus einem spezifischen Krankheitsverständnis und einer diesem Krankheitsverständnis zugrunde liegenden Theorie abgeleitet sind.

- c) Die Realität der psychotherapeutischen Versorgung zeigt des Weiteren, dass es nicht möglich ist, die psychische Erkrankung eines Patienten auf umschriebene „Störungen“ zu beschränken. Die meisten Patienten weisen mehrere „Störungen“ auf, die dann als Komorbiditäten nebeneinander kodiert werden können. Aus psychoanalytischer Sicht ist dies jedoch nur ein unzureichender Versuch, um die Vielzahl der Erscheinungsformen von psychischen Erkrankungen, die in unterschiedlicher Weise ätiologisch und pathogenetisch miteinander verknüpft sein können, diagnostisch zu erfassen. Es ist daher sinnvoll, wie dies in der Operationalisierung des Kriteriums der Versorgungsrelevanz durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie ausgeführt worden ist, eine psychotherapeutische Ausbildung auf den gesamten Bereich der psychischen Erkrankungen zu erstrecken und psychotherapeutische Behandlungskompetenz nicht in eine Vielzahl störungsorientierter Methoden zu zersplittern.
- d) Die Versorgung eines psychisch erkrankten Patienten folgt aus unserer Sicht einem anderen Paradigma als eine Behandlung in der somatischen Medizin. Während in letzterer der „Behandler“ im Sinne eines aktiv Handelnden mittels gewisser Maßnahmen (zum Beispiel Medikamente, Operationen oder Heilmittel) auf den „Behandelten“ einwirkt, besitzt in der Psychotherapie die Eigenaktivität des Patienten einen viel höheren Stellenwert. Vielfach ist Psychotherapie daher auch als „Hilfe zur Selbsthilfe“ bezeichnet worden.

Das bedeutet, dass eine erfolgreiche Psychotherapie Bedingungen herstellen muss, die eine solche Hilfe zur Selbsthilfe möglich machen. Auch wenn der Eindruck entstehen könnte, dass die moderne Psychotherapie letztlich doch ähnlich wie die Medizin durch eine Aggregation von erlernbaren Behandlungsmethoden und -techniken beschrieben werden kann, so zeigen inzwischen doch viele Untersuchungen zur Analyse der Wirkfaktoren in einer gelingenden Psychotherapie, dass es vor allem eines ist, was den zentralen Platz beansprucht, nämlich die therapeutische Beziehung. Während in der somatischen Medizin die Arzt-Patienten-Beziehung der Rahmen ist, innerhalb dessen die spezifischen Maßnahmen dann zur Anwendung gebracht werden, so ist in der Psychotherapie aus psychoanalytischer Sicht die therapeutische Beziehung **selbst** – neben einer konsistent begründeten Behandlungstechnik - das wesentliche Agens. Vielfach ist sogar davon gesprochen worden, dass die Bedeutung der therapeutischen Beziehung im Sinne eines unspezifischen, weil nicht an die spezifischen verfahrensbezogenen Vorgehensweisen gebundenen Wirkfaktors viel mehr Gewicht besitzt als die spezifischen Techniken, die sich aus dem theoretischen Begründungszusammenhang des jeweiligen Verfahrens ableiten lassen. Dies hat dazu geführt, alle Verfahren als potentiell gleichwertig anzusehen (Prinzip der sogenannten Methodenäquivalenz) und eine integrative, verfahrensunabhängige Psychotherapie zu fordern. Dem kann jedoch aus psychoanalytischer Sicht nicht gefolgt werden: Die Hypothese der Methodenäquivalenz übersieht nämlich die spezifische Kompetenz, die in den psychoanalytisch begründeten Verfahren (analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) erworben werden kann, nämlich die Kompetenz der Einbeziehung der Äußerungsformen des Unbewussten. Diese Kompetenz, Unbewusstes zu erleben, zu konzeptualisieren und durch Interventionen zu beeinflussen, besitzt eine hohe versorgungspolitische Relevanz, weil hierdurch tiefergehende und längerfristig wirkende Veränderungen möglich werden und davon auszugehen ist, dass diese sich in einer besseren Effektivität und sehr wahrscheinlich auch in einer höheren Effizienz niederschlagen; s. hierzu etwa die kürzlich von Leichsenring und Rabung im Journal of the American Medical Association veröffentlichte Metaanalyse zu psychodynamischen Langzeittherapien (JAMA, October 1, 2008 – Vol 300, No. 13, p. 1551 – 1564).

- e) Versorgung findet immer in konkreten gesellschaftlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen statt. Die Integration der psychischen Erkrankungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen hat dazu geführt, dass in den

letzten Jahrzehnten im Bereich der Psychotherapie in Deutschland eine vielfältige und breite Versorgungslandschaft entstanden ist, die in der Welt ihresgleichen sucht. Dennoch entwickelt sich die Versorgung auch im Bereich der Psychotherapie ständig weiter: Gegenwärtig ist zum Beispiel deutlich ein Trend hin zu einer Überwindung der Sektorgrenzen und zu einer besseren Vernetzung und Integration der verschiedenen Versorgungsebenen und verschiedener an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen zu erkennen. Das Berufsrecht sollte derartige Veränderungen reflektieren und antizipieren. Daraus leitet sich die Forderung ab, dass Psychotherapeuten zukünftig stärker als bisher ihre Tätigkeit in vernetzten Strukturen konzeptualisieren müssen, dass sie also noch mehr als bisher über eine gute Fähigkeit zur Kooperation innerhalb ihrer eigenen Berufsgruppe, aber auch berufsgruppen-übergreifend verfügen müssen.

- f) Die psychotherapeutische Ausbildung hat Standards zu sichern, die dem einzelnen Patienten eine qualifizierte psychische Behandlung und Schutz vor Scharlatanerie und Gefährdung bieten. Das in den psychischen Symptomen ausgedrückte Leiden des Patienten verlangt vom professionell Heilkundigen die Übernahme einer besonderen Verantwortung und eine besondere ethische Verpflichtung, deren Entwicklung eine umfassende fachliche und persönliche Ausbildung vor Beginn der selbständigen Patienten-Behandlung und der Teilnahme an der Versorgung erfordert. Durch die Regelungen des PsychThG (s. hierzu etwa APrVO § 17, Punkt 8) sind nach übereinstimmenden Einschätzungen hohe Qualitätsmaßstäbe erreicht worden, deren Unterschreiten das Erreichte gefährden könnte.

III. Themen des Forschungsgutachtens

Im Folgenden wird zu den wichtigsten Themen des Forschungsgutachtens Stellung genommen.

1. Ein Beruf / zwei Berufe ?

Nach Ansicht der DGPT benötigen beide Berufe, also der Beruf des Erwachsenen-therapeuten wie auch der Beruf des Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, jeweils eine eigenständige Ausbildung. Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen verlangt besondere Kompetenzen ebenso wie auch die Arbeit mit den Bezugspersonen des sozialen Feldes dieser Patienten. Die von der STÄKO/VAKJP bzw. von den psychoanalytischen Fachgesellschaften anerkannten Ausbildungsinstitute für die analytische Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, die sehr häufig im Verbund mit den 54 DGPT-Instituten arbeiten, bieten eine qualitativ hochstehende, über die Anforderungen der Psychotherapie-Vereinbarungen hinausgehende Aus- und Weiterbildung für den Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie an, die den Richtlinien der Fachgesellschaften und der Vereinigung der Analytischen Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten (VAKJP) folgt.

Hinsichtlich der Zugangsvoraussetzungen fordert die DGPT ein einheitliches akademisches Niveau: Sowohl für eine Ausbildung zum Erwachsenenpsychotherapeuten als auch zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist ein Master-Abschluss erforderlich. Die gegenwärtige Situation – für eine Ausbildung zum KJP ist nach Auskunft des BMG z. Zt. ein Bachelor-Abschluss ausreichend – beruht auf der Äquivalenzregelung der Ländergemeinsamen Strukturregelung gemäß Hochschulrahmengesetz, ist jedoch inhaltlich nicht begründet. Beide Berufsbilder benötigen das gleiche wissenschaftliche Qualifikationsniveau bei der Zulassung.

2. Zugangsvoraussetzungen für die Psychotherapieausbildung

Ein mit einem Master abgeschlossenes wissenschaftliches Hochschulstudium ist als Zugangsvoraussetzung unabdingbar, und zwar für beide Berufe, wie oben ausgeführt. Nur so kann sicher gestellt werden, dass die Absolventen die Fähigkeit zum selbständigen wissenschaftlichen Arbeiten nachgewiesen haben, die unverzichtbar ist

für die Bewältigung der komplexen Aufgaben, die mit dem Versorgungsalltag wie auch mit der Notwendigkeit zur ständigen Einbeziehung des wissenschaftlichen Fortschrittes einhergehen.

Hinsichtlich der Inhalte ist zu fordern, dass der Masterstudiengang einen Schwerpunkt in der Klinischen Psychologie aufweist. Umfang und Inhalt eines derartigen Masterstudienganges sind in Absprache zwischen den Hochschulen, der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), den Trägerorganisationen der Ausbildungsinstitute und der Bundespsychotherapeutenkammer festzulegen.

Ein klinisch-psychologischer Masterstudiengang böte die Möglichkeit, die theoretische Grundausbildung im Umfang von 200 Stunden nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung des PsychThG zu integrieren und ihn dadurch zu einem Masterstudiengang Psychotherapiewissenschaft werden zu lassen. Dies würde zu einer noch besseren Qualifikation der Ausbildungsteilnehmer am Beginn der Psychotherapieausbildung führen; außerdem ließen sich unnötige Redundanzen zwischen Studium und Ausbildung vermeiden. Ein solcher Studiengang könnte dann auch zur Absolvierung der IMPP-Prüfung führen.

Da die Inhalte der theoretischen Grundausbildung jedoch zum Teil verfahrensspezifisch gelehrt werden müssen, verlangt ein derartiges Modell eine ausreichende Repräsentanz aller für die psychotherapeutische Ausbildung anerkannten Verfahren im Studium. Konkret bedeutet dies, dass die Vertretung der verfahrensspezifischen Inhalte durch in diesem Verfahren ausgebildete Lehrende erfolgen muss.

Nur so können das jeweilige Menschenbild und das spezifische Wissenschaftsverständnis vermittelt werden. Weiterhin ist sicher zu stellen, dass das breite Feld der Nachbarwissenschaften, insbesondere die Sozialwissenschaften, Eingang findet in einen derartigen Masterstudiengang.

Der Masterstudiengang Klinische Psychologie bzw. Psychotherapiewissenschaft sollte nicht nur im Sinne eines konsekutiven Studienganges offen für Absolventen eines Bachelor-Studiengangs Psychologie sein, sondern er sollte auch Absolventen benachbarter Wissenschaften wie zum Beispiel der Sozialwissenschaften oder der Pädagogik offen stehen, die sich in Form einer Propädeutik (Brückenkurse) die fehlenden, für einen klinisch-psychologischen Studiengang relevanten, psychologischen Inhalte aneignen können.

3. Ausbildungsstruktur

Die DGPT plädiert für einen zum Ausbildungszugang berechtigenden Studiengang mit Schwerpunkt Klinische Psychologie bzw. Psychotherapiewissenschaft und für eine postgraduale Psychotherapieausbildung an dafür anerkannten Ausbildungsstätten. Diese können an die Hochschulen angegliedert sein oder in freier Trägerschaft arbeiten.

Eine Direktausbildung (Integration wesentlicher Teile der vertieften Psychotherapieausbildung in einen Masterstudiengang mit Abschluss durch eine Approbation), wie in einer der Fragestellungen für das Forschungsgutachten formuliert, ist aus mehreren Gründen abzulehnen.

Im Vordergrund dieser Position steht dabei aus psychoanalytischer Sicht die Auffassung, dass die Vermittlung der für eine psychotherapeutische Tätigkeit erforderlichen spezifischen Kompetenzen in den Hochschulen nicht zu verwirklichen ist. In allen Verfahren, ganz besonders aber in den aus der Psychoanalyse abgeleiteten Behandlungsverfahren, hat sich über die Jahrzehnte eine eigenständige Ausbildungspraxis entwickelt, die durch eine enge Verbindung von Selbsterfahrung, Behandlung unter Supervision und theoretischem Wissenserwerb gekennzeichnet ist. Diese Praxis bildet die grundlegende Tatsache ab, dass die Ausbildung zum Psychotherapeuten eben nicht nur in der Vermittlung von theoretischem Wissen besteht, sondern dass gleichzeitig der Erwerb von personaler Kompetenz und von Beziehungskompetenz eine überragende Bedeutung besitzt.

Dies ergibt sich vor allem aus den oben bereits zitierten Ergebnissen über die Bedeutung der persönlichen Beziehung zwischen Therapeut und Patient als Wirkfaktor einer erfolgreichen Therapie. Auch wenn der Aspekt der persönlichen Entwicklung des Ausbildungsteilnehmers in den verschiedenen Verfahren unterschiedlich stark gewichtet wird – in den psychoanalytisch begründeten Verfahren besitzt die Selbsterfahrung eine ganz zentrale Bedeutung –, so besteht doch Einigkeit in der Profession, dass die Entwicklung der persönlichen Kompetenz einen sehr hohen Stellenwert besitzt.

Welche Rahmenbedingungen benötigt also eine psychoanalytisch/psychotherapeutische Ausbildung, die de lege artis wie oben beschrieben, durchgeführt wird? Diskutiert wird in diesem Zusammenhang das Konzept einer

Direktausbildung, d. h. einer Psychotherapieausbildung im Rahmen eines Masterstudienganges, dessen Abschluss auch die Approbation beinhaltet und dem eine vertiefte Ausbildung als Weiterbildung folgen würde.

Es ist zu fragen, ob die Hochschulen die notwendigen Rahmenbedingungen für eine adäquate Psychotherapieausbildung zur Verfügung stellen und sichern könnten. Zwar könnten nach den Hochschulgesetzen der Länder die Hochschulen grundsätzlich die Psychotherapieausbildung im Rahmen unterschiedlich ausgestalteter Masterstudiengänge formalrechtlich abgesichert anbieten; eine Ausbildung, die de lege artis durchgeführt würde, würde für die Hochschulen jedoch sehr schwer zu lösende Fragen aufwerfen:

- Die Ausbildung verlangt eine Überprüfung der persönlichen Eignung vor Ausbildungsbeginn.
- Die Selbsterfahrung muss von qualifizierten Psychoanalytikern/Psychotherapeuten angeboten werden, die den Prozess der Persönlichkeitsentwicklung, d. h. den Prozess des Erwerbs persönlicher Kompetenz zur späteren verantwortungsvollen Ausübung des Berufs begleiten. In diesem Sinne steht die Selbsterfahrung „quer“ zur primären Aufgabe der Hochschulen (auch im Rahmen anwendungsorientierter Studiengänge), leistungsbezogenes Wissen zu vermitteln, das Prüfungsgegenstand sein kann.
- Die Praktische Ausbildung mit qualifiziert supervidierten Krankenbehandlungen, die im Sinne des Patientenschutzes wie die Selbsterfahrung Vorbedingung des Approbationserwerbs sein müssen, könnte zwar wie in den medizinischen Fakultäten an Hochschuleinrichtungen durchgeführt werden. Sie bedarf aber andererseits auch einer integriert begleitenden, vertieften theoretischen Ausbildung, die aber in den diskutierten Modellen einer Direktausbildung erst im Rahmen einer Weiterbildung gelehrt werden soll. Eine Psychotherapieausbildung mit einer sachgerechten Struktur (Selbsterfahrung als geschützter Raum, d. h. nicht der Leistungsbewertung unterliegend, Supervision in der Praktischen Ausbildung, die sowohl theoretisches Wissen vermittelt als auch der Entwicklung der persönlich-beruflichen Kompetenz dient und vertiefte theoretische Ausbildung), würde also im Rahmen einer Direktausbildung nicht mehr integriert durchgeführt werden.
- Die Verpflichtungen gegenüber den Auszubildenden wie auch die rechtlichen Verpflichtungen der die Eignung Überprüfenden und der Supervisoren wären im Rahmen

einer Hochschule sehr schwierig zu definieren und zu differenzieren. So müssten die Supervisoren z. B. von den zuständigen Landesbehörden anerkannt werden, in einer Direktausbildung würden sie jedoch auch der Hochschule verpflichtet sein. Sowohl in der Überprüfung der persönlichen Eignung als auch in der Supervision würden also Abhängigkeiten entstehen, die dem Aspekt der Persönlichkeitsentwicklung entgegenstehen würden.

- Selbsterfahrung und Supervision werden persönlich bezahlt. Dies würde bedeuten, dass (zusätzliche) Studiengebühren entrichtet werden müssten.
- Die Tatsache, dass an den Hochschulen abprüfbarer Wissenserwerb stattfindet verträgt sich nicht mit der zwar zu bewertenden, aber nicht abprüfaren Entwicklung persönlicher und berufsnotwendiger Kompetenz.

Die in der Diskussion befindlichen Überlegungen zu einer Direktausbildung sind weiterhin vielfach von dem Bestreben geprägt, für die Psychotherapie analoge Ausbildungsstrukturen festzulegen wie sie in der Medizin bereits existieren: Approbation nach dem Studium und damit Zulassung zur Heilkunde, dann Spezialisierung mittels Weiterbildung in Gebiete und Teilgebiete. Diese Position verkennt jedoch wichtige Unterschiede der beiden Bereiche: Während die Medizin eine breit gefächerte Gebietsstruktur aufweist, die unmöglich vollständig durch e i n e Approbation abzubilden ist, stellt die Psychotherapie, bezogen auf die ärztliche Weiterbildungslogik, nur ein Fachgebiet dar. Ebenso wie im Bereich der zahnärztlichen Heilkunde oder des Apothekerwesens besteht auch in der Psychotherapie keine Notwendigkeit, das Gebiet durch Weiterbildungen aufzugliedern. Dies schließt nicht aus, dass vielfältige sinnvolle Fortbildungsinhalte, und zwar sowohl innerhalb der durch die Vertiefungsverfahren abgedeckten Anwendungsbereiche (F-Diagnosen des ICD) als auch außerhalb derselben, vorstellbar sind.

Durch eine Direktausbildung würde darüber hinaus die Approbation auf ihrem bisherigen Niveau abgewertet, weil (zwar vielleicht nicht formalrechtlich, aber jedenfalls doch von den fachlichen Anforderungen her) dann erst eine abgeschlossene W e i t e r b i l d u n g zur selbständigen Ausbildung der Heilkunde berechtigen würde. Auch das überragende Gut des Patientenschutzes verlangt es, dass keine Approbation vor Absolvierung der Inhalte der vertiefenden Ausbildung erteilt werden darf. Dies ist im Übrigen auch haftungsrechtlich relevant.

Aus Sicht der DGPT muss daher weiterhin die Approbation am Ende der Psychotherapieausbildung stehen. Sofern allerdings der klinisch-psychologische Master-

Studiengang, wie oben beschrieben, um die theoretischen Grundlagen der Psychotherapieausbildung erweitert werden würde, wäre ein Abschluss in Form eines Ersten Staatsexamens, kombiniert mit der IMPP-Prüfung, vorstellbar. Dieses erste Staatsexamen wäre dann Voraussetzung für eine Psychotherapieausbildung.

Die Befürworter einer Direktausbildung haben auch das Argument angeführt, dass nach erfolgreicher Approbation die (dann) Weiterbildungsteilnehmer einen anderen Status haben würden, insbesondere für die im jetzigen System so schwierige Phase der Praktischen Tätigkeit, für die meist keine oder nur eine völlig unzureichende Vergütung gezahlt wird. Auch aus unserer Sicht besteht an dieser Stelle dringender Reformbedarf, um die hierdurch eingetretene soziale Schieflage – der Ausbildungsteilnehmer muss ausreichend wohlhabend zu sein, um die „Durststrecke“ einer 18-monatigen unbezahlten Praktischen Tätigkeit überbrücken zu können – zu beseitigen. Dieser Aspekt ist sehr wichtig, er kann aber nicht Grundlage einer so weitreichenden Entscheidung sein wie sie die Umorientierung auf eine Direktausbildung darstellen würde, wenn andere gewichtige Argumente, wie oben ausgeführt, dagegen sprechen. Das hier angesprochene Problem muss auf anderem Wege, z. B. über das Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) oder das Berufsbildungsgesetz (BBiG) gelöst werden.

4. Ausbildungsbausteine

Zunächst ist aus psychoanalytischer Sicht festzuhalten, dass der Begriff „Ausbildungsbaustein“ die Realität einer psychotherapeutischen Ausbildung nach dem PsychThG nicht zutreffend wiedergibt. Das PsychThG und die APrVo formulieren ja gerade sachgerecht eine konsistente Ausbildung, die eben nicht „bausteinmäßig“ erworben werden soll. Eine adäquate psychotherapeutische Ausbildung ist nämlich in der Regel ein Ganzes, das aus verschiedenen Elementen besteht (Selbsterfahrung, Behandlung unter Supervision, theoretisches Wissen), die zwar getrennt beschreibbar, jedoch nicht wirklich unabhängig voneinander zu vermitteln sind. Diese bewährte Trias stellt vielmehr die integralen Bestandteile einer qualitätsgesicherten Ausbildung dar. Ihr Ziel ist die Entwicklung einer Persönlichkeit, die der besonderen Verantwortung und der besonderen ethischen Verpflichtung gerecht werden kann, wie sie für die selbständige Ausübung der Heilkunde mit psychisch kranken Menschen unverzichtbar sind.

Im Einzelnen ergeben sich folgende Aspekte:

- **Theorie:** Durch Verlagerung der theoretischen Grundausbildung in einen Masterstudiengang Klinische Psychologie bzw. Psychotherapiewissenschaft würde die theoretische Ausbildung an den Ausbildungsinstituten von diesen Inhalten entlastet werden. Sie könnten sich dann auf ihre originären Aufgaben beschränken, nämlich die Vermittlung des Vertiefungsgebietes, zu dem neben der Behandlungspraxis auch die Vermittlung der verfahrensspezifischen theoretischen Inhalte gehört. Kritisch ist festzuhalten, dass bisher im Rahmen der vertieften Ausbildung, also dann, wenn die klinische Erfahrung mit dem eigenen Vertiefungsfach gesammelt wird, zu wenig Kenntnisse in den anderen Verfahren vermittelt werden; dadurch wird das Erlernen der differenziellen Indikationsstellung erschwert.

- **Selbsterfahrung:** Aus psychoanalytischer Sicht ist der im Gesetz vorgeschriebene Mindestumfang von 120 Stunden sehr niedrig und stellt lediglich den kleinsten gemeinsamen Nenner der verschiedenen Vertiefungsverfahren dar. An psychoanalytischen Ausbildungsinstituten ist es üblich, dass die Selbsterfahrung die gesamte Dauer der Ausbildung begleitet. Eine Mindestregelung sollte daher unbedingt erhalten bleiben; eine Erhöhung auf 150 oder 200 Stunden ist allerdings aus unserer spezifischen Sicht und auf dem Hintergrund unserer langjährigen Erfahrung sinnvoll. Der Anteil der Einzelselbsterfahrung in Relation zu einer Gruppenselbsterfahrung sollte Zweidrittel des Gesamtumfangs nicht unterschreiten.

- **Praktische Tätigkeit:** Es ist sicher nicht erforderlich, die gesamte Praktische Tätigkeit I (Psychiatrie) in einer stationären Einrichtung zu absolvieren. Eine ausreichende Breite des psychiatrischen Patientengutes vorausgesetzt sollten Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Beratungsstellen und psychiatrische Praxen auch anerkannt werden. Die Einrichtungen sollten aber verbindliche Curricula zur theoretischen Begleitung anbieten. Die Ausbildungsinstitute müssen eine ausreichende fachliche Begleitung (in Form von Supervisionen und Fallseminaren) sicherstellen. Die bisherigen Erfahrungen zeigen nämlich, dass die im Rahmen der praktischen Tätigkeiten gemachten Erfahrungen nur unzureichend in eine theoretische Begleitung oder eine supervisorische Reflexion eingebettet sind. Allerdings sehen nach unserer Kenntnis viele Institute aller Vertiefungsverfahren bereits jetzt begleitende Maßnahmen vor.

Immer wieder Gegenstand der Kritik ist die bereits erwähnte unzureichende Vergütung der Praktischen Tätigkeit. Hierfür müssen adäquate Lösungen gefunden werden.

- **Praktische Ausbildung:** Grundsätzlich sind die angegebenen Mindestzahlen ausreichend (Mindestens 600 Behandlungsstunden mit 150 Supervisionsstunden, mindestens 6 Behandlungsfälle). Sofern verklammerte Ausbildungen angeboten werden (z. B. Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie), tragen die Ermächtigungsbeschlüsse bzw. –ergänzungsverträge dem Rechnung durch Anhebung der Kontingente der Behandlungsstunden auf mindestens 1000 Stunden.
- **Supervision:** Es sollte die vorgeschriebene Mindestzahl von einer Supervision pro vier Behandlungsstunden beibehalten werden. Wie bisher sollte mindestens ein Drittel davon als Einzelsupervisionen durchgeführt werden.
- **Sogenannte Freie Spitze:** Diese sollte aus Sicht der DGPT im bisherigen Umfang erhalten bleiben, um Platz zu lassen für versorgungsrelevante Spezialisierungen, zum Beispiel in Form von Paar- und Familientherapie und für Gruppenpsychotherapie als zusätzliche Qualifikation.
- **IMPP-Prüfung:** Die erfolgreich absolvierte 1. schriftliche Teilprüfung sollte zu einer Zugangsqualifikation werden, also in den Master-Studiengang bzw. an dessen Ende verlegt werden und nicht erst am Ende der Ausbildung erfolgen. Durch diese Prüfung lassen sich die Inhalte der theoretischen Grundausbildung mit gewissen Einschränkungen abprüfen, nicht jedoch die Inhalte der vertieften Ausbildung.
- **Abschluss-Prüfung:** Hinsichtlich der Zahl der Prüfer sollte aus Sicht der DGPT daran festgehalten werden, dass beide Grundberufe (Ärzte und Diplom-Psychologen) in den Prüfungsteams vertreten sind, da einige Teile der theoretischen Inhalte unter Beteiligung von Ärztlichen Psychotherapeuten vermittelt werden müssen. Unter dieser Bedingung könnte die Zahl der Prüfer reduziert werden.

5. Verfahrens- vs Störungsorientierung

Wie schon oben ausgeführt, spricht sich die DGPT ohne Einschränkung für eine Beibehaltung der verfahrensbezogenen Ausbildung aus. Gegen die Störungsbezogenheit der Ausbildung spricht vor allem die Gefahr einer Fragmentierung wie in der somatischen Medizin, während in der Psychotherapie immer der erkrankte Mensch mit seiner ganzen

Persönlichkeit und der Einbettung seiner Krankheitserscheinungen in die Persönlichkeit im Mittelpunkt stehen muss.

Die Verfahrensbezogenheit der Ausbildung ist auch für die Wirksamkeit einer Psychotherapie wichtig: Es hat sich gezeigt, dass die Überzeugung eines Therapeuten vom Wert des von ihm erlernten und verwendeten Verfahrens, die sogenannte allegiance, eine sehr wichtige Rolle spielt für seine therapeutische Wirksamkeit. Ist der Therapeut vom Wert seines Verfahrens und der daraus abgeleiteten Behandlungsmethodik überzeugt, hat er größere Aussichten, seinen Patienten tatsächlich helfen zu können als wenn das nicht der Fall ist. Die positive Besetzung und Identifikation mit dem erlernten Verfahren und den hieraus abgeleiteten Methoden besitzen also eine hohe Bedeutung für die so wichtige professionelle Kompetenz des Therapeuten.

Auch und nicht zuletzt unter dem Aspekt des Patientenschutzes ist eine konsistente Verfahrensbezogenheit (unter Anerkennung der Wirksamkeit anderer psychotherapeutischer Verfahren und Methoden) zu fordern: Es sollte von vornherein für den Patienten klar sein, auf welcher Grundlage gearbeitet wird

Aus der Forderung nach Beibehaltung der Verfahrensbezogenheit der Ausbildung leitet sich die weitere Forderung ab, für eine ausreichende Repräsentanz aller wissenschaftlich anerkannten Verfahren im universitären Ausbildungsbereich (Bachelor- und Master-Studiengänge) Sorge zu tragen. Die gegenwärtig zu beobachtende Praxis der fast ausschließlich auf Verhaltenstherapie ausgerichteten Lehrstühle für Klinische Psychologie führt zu einer völlig unzureichenden Repräsentanz der psychoanalytisch begründeten Verfahren und der Gesprächspsychotherapie. Dieser akademische „bias“ zu Ungunsten von Verfahren, die seit Jahrzehnten in der Versorgung einen festen Platz haben (psychoanalytische begründete Verfahren) oder die zumindest über eine Jahrzehnte lange wissenschaftliche und universitäre Forschungstradition verfügen (Gesprächspsychotherapie), ist als Missstand anzusehen, dessen Behebung dringend notwendig ist. Einzulösen wäre diese Forderung zum Beispiel bei der Akkreditierung der Master-Studiengänge, die nur an solche Studiengänge vergeben werden sollte, die eine ausreichende Repräsentanz aller Verfahren sicherstellen.

6. Sogenannte „medizinische Kompetenzen“

Die Frage der zusätzlichen medizinischen Kompetenzen für Psychotherapeuten (Medikamentenverordnung, Krankschreibung, Einweisung) wurde innerhalb der DGPT – wie auch

die anderen Fragestellungen des Forschungsgutachtens – ausführlich diskutiert. Die Debatte ergab, dass nicht nur auf Seiten Ärztlicher Psychotherapeuten, die sich gegen die Aneignung ärztlicher Kompetenz durch Psychologische Psychotherapeuten wehren, sondern auch bei der überwiegenden Mehrheit der psychologischen Mitglieder unserer Gesellschaft erhebliche Vorbehalten gegenüber einer derartigen Kompetenzausweitung bestehen. Im Einzelnen spielen dabei folgende Argumente eine Rolle:

- a) **Medikamentenverordnung:** Es ist sehr zweifelhaft, ob ohne Medizinstudium über eine Fortbildung tatsächlich eine ausreichende somatische Kompetenz zu erwerben ist, um die Gabe von Psychopharmaka mit allen ihren komplizierten Neben- und Wechselwirkungen, die einen expliziten Eingriff in das körperliche Geschehen darstellen, verantworten zu können.

Die Argumente für eine derartige Kompetenzerweiterung erweisen sich bei näherem Hinsehen – wie bei den beiden folgenden Aspekten der „medizinischen Kompetenzen“ auch – als berufsständisch begründet (weitere Festigung des Berufsstandes der Psychologischen Psychotherapeuten mit entsprechend verbesserten Aufstiegsmöglichkeiten im stationären Bereich) oder versorgungspragmatischer Natur (drohender Ärztemangel, besonders im stationären Bereich). Diese im Einzelnen jeweils nachvollziehbaren Gesichtspunkte rechtfertigen jedoch aus unserer Sicht nicht einen derartig schwerwiegenden Schritt wie es die Möglichkeit zur Verordnung von Medikamenten darstellen würde.

- b) **Krankschreibung:** Tendenziell gelten bei dieser Frage ähnliche Argumente wie die oben ausgeführten. Einerseits kann man zwar mit Fug und Recht vertreten, dass Psychotherapeuten, egal ob ärztlicher oder psychologischer Herkunft, selbst am besten in der Lage sind, zu entscheiden, ob eine Krankschreibung wegen der von ihnen behandelten psychischen Erkrankung erforderlich ist oder nicht. Bisweilen wird sogar von Allgemeinmedizinern mit Unverständnis darauf reagiert, wenn sie eine Krankschreibung vornehmen sollen für Patienten, die in psychotherapeutischer Behandlung sind, die jedoch in ihren Praxen – bezogen auf ihre psychische Problematik – kaum bekannt sind. Jedoch ist auch bei einer Krankschreibung die ärztliche Kompetenz einzubeziehen, z. B. hinsichtlich der Fragen, ob eine bisher nicht erkannte körperliche Erkrankung vorliegt oder zusätzliche Verordnungen erforderlich sind.
- c) **Einweisung:** Ähnlich verhält es sich bei der Frage der Einweisung: Auch wenn die behandelnden Psychotherapeuten einschätzen können, ob eine stationäre Behand-

lungsbedürftigkeit etwa aufgrund einer psychotischen Dekompensation oder aufgrund von nicht absprachefähiger Suizidalität gegeben ist, so ist doch vorher zu klären, ob eine andere Art von ambulanter Behandlung, nämlich eine psychiatrische Behandlung, indiziert ist. Somit ist der behandelnde Psychotherapeut auch an dieser Stelle auf eine enge Kooperation mit Ärzten angewiesen.

Zusammenfassend ergeben sich aus Sicht der DGPT – bei nachvollziehbaren einzelnen Argumenten für eine Kompetenzerweiterung – in der Summe keine ausreichenden Belege, um einer derartig einschneidenden Veränderung des Tätigkeitsprofils des Psychologischen Psychotherapeuten zuzustimmen.

7. Aufsicht, Qualitätssicherung, Zertifizierung

Eine Aufsicht, die über die bisherige Bindung der PsychThG-Ausbildung an eine Anerkennung durch die zuständige Landesbehörde hinausgeht, ist aus Sicht der DGPT nicht notwendig und sinnvoll. Das Gleiche gilt auch für die Frage der Zertifizierung. Wir sind grundsätzlich skeptisch, ob durch Mittel der externen Kontrolle ein positiver Effekt für eine Ausbildung zu erreichen ist, die schon bisher durch einen hohen Qualifikationsanspruch gekennzeichnet ist und sich hohen ethischen Standards verpflichtet fühlt und den Grundsätzen der Berufsordnung entspricht.

Entwicklungsmöglichkeiten bestehen dagegen sicher im Bereich der internen Qualitätssicherung. Zur Frage der Qualitätssicherung von analytischen Ausbildungsinstituten gibt es innerhalb der DGPT bereits umfangreiche Vorarbeiten, die aber noch keinen abgeschlossenen Diskussionsstand widerspiegeln. Auch wäre zu wünschen, durch eine bessere Verbindung mit Hochschulen Möglichkeiten zur Ausbildungsforschung realisieren zu können, zum Beispiel durch katamnestiche Befragungen von Kandidaten einige Zeit nach Abschluss ihrer Ausbildung. Die darin liegenden Möglichkeiten zur Evaluation und Qualitätssicherung werden bisher nicht ausreichend genutzt.

Allerdings ist auch anzumerken, dass derartige Regelungen die Ausbildungseinrichtungen nicht durch zu enge und detaillierte Vorgaben zur Qualitätssicherung einengen dürfen; hierdurch wäre die Kreativität der Institute eingeschränkt. Eine wirksame Qualitätssicherung verlangt nämlich erfahrungsgemäß eine hohe intrinsische Motivation, die durch die Möglichkeit zur eigenständigen Ausgestaltung entscheidend gefördert wird.

IV. Fazit

Grundsätzlich hat sich das bisherige Ausbildungssystem auf der Grundlage des Psychotherapeutengesetzes mit der Schaffung zweier neuer Heilberufe und der Regelung des Approbationserwerbs auf hohem Niveau und der Ausgestaltung konsistenter Ausbildungsgänge bewährt, auch wenn in einzelnen Punkten Reformbedarf besteht, insbesondere z. B. bei den Regelungen zur praktischen Tätigkeit. Die DGPT spricht sich daher dafür aus, an der Struktur der bisherigen Ausbildung festzuhalten und diese weiterhin als eine verfahrensbezogene postgraduale Ausbildung zu erhalten.

Vorstellbar ist aus unserer Sicht die Integration der theoretischen Grundlagen nach dem Psychotherapeutengesetz in einen Master-Studiengang Klinische Psychologie bzw. Psychotherapiewissenschaft, allerdings unter der Voraussetzung, dass alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren an den Hochschulen ausreichend und gesichert in der Strukturqualität repräsentiert sind. Hierdurch wäre auch eine bessere und für die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung sinnvolle Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis, von Grundlagenwissenschaft, Psychotherapiewissenschaft und den Nachbardisziplinen gewährleistet, bei gleichzeitiger Erhaltung der spezifischen Struktur- und Qualitätsanforderungen an eine praxisorientierte Ausbildung. Keinesfalls sollte eine Approbation vor Abschluss der vertieften Ausbildung erworben werden können und diese damit zu einer Weiterbildung werden.

Die Erweiterung der Kompetenz von Psychologischen Psychotherapeuten um bisher den Ärzten vorbehaltenen Zuständigkeiten (Medikamentenverordnung, Krankschreibung, Einweisung) kann von der DGPT nicht befürwortet werden.