

# Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft

---

**Ist hervorragendes Expertentum durch  
die Reform gefährdet?**

Herausgegeben von Serge Sulz

mit Beiträgen u. a. von  
**Rainer Sachse Steffen Fliegel Jürgen Kriz  
Dirk Revenstorf Bernhard Strauß  
Christine Amrhein Benedikt Waldherr**

**Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft  
– Ist hervorragendes Expertentum durch  
die Reform gefährdet?**

# **Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft**

---

**Ist hervorragendes Expertentum durch  
die Reform gefährdet?**

Herausgegeben von Serge Sulz

**TEIL I PSYCHOTHERAPIE UND WISSENSCHAFT**

01	Wie Psychotherapie-Ausbildung sein sollte Eine psychologische Analyse didaktischer Erfordernisse <i>R. Sachse, J. Fasbender, P. Hammelstein</i>	<b>15</b>
02	Empirische Fundierung von Psychotherapie: Grundlegende Paradigmen Implikation der Paradigmen <i>R. Sachse, P. Hammelstein, J. Breil</i>	<b>38</b>
03	Ein Vierteljahrhundert bis zum Psychotherapeutengesetz – und die 15 Jahre danach <i>B. Waldherr</i>	<b>62</b>
04	Zusammenfassung der Ergebnisse des Forschungsgutachtens <i>C. Amrhein</i>	<b>74</b>
05	Direktausbildung Psychotherapie – Ein Weg mit fatalen Konsequenzen <i>S. Fliegel</i>	<b>88</b>
06	Qualitätsverlust? Die Ausbildungsdiskussion vier Jahre nach dem Forschungsgutachten <i>B. Strauß &amp; S. Nodop</i>	<b>102</b>
07	Das Kuckucksei Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapie-Forschung <i>D. Revenstorf</i>	<b>126</b>
08	Wie evident ist Evidenzbasierung? Über ein gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung <i>J. Kriz</i>	<b>154</b>
09	Wissenschaftsdiskussion vor Reformdiskussion: Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft <i>S. Sulz</i>	<b>186</b>

**TEIL II WIRD DIE PSYCHOTHERAPIE DER EMANZIPATION DER PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN GEOPFERT?**

10	Psychotherapie-Definition, Berufsbild und Kompetenzprofil – Der Teufel liegt im Detail <i>S. Sulz</i>	<b>233</b>
11	Kann die Psychotherapie-Ausbildung ein Direkt-Universitätsstudium werden? <i>S. Sulz &amp; M. Sichort-Hebing</i>	<b>248</b>
12	Weshalb Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Beruf mit eigenständiger Approbation nicht abgeschafft werden darf <i>S. Sulz &amp; A. Richter-Benedikt</i>	<b>274</b>
13	Wieso das Facharztweiterbildungsmodell ungeeignet für die Psychotherapeuten-Ausbildung ist <i>S. Sulz &amp; A. Hoenes</i>	<b>290</b>
14	Weiterbildung nach der dualen Direktausbildung in Psychotherapie <i>S. Sulz</i>	<b>306</b>
15	Medizinische Psychotherapie als neuer medizinischer Beruf <i>S. Sulz &amp; S. Backmund-Abedinpour</i>	<b>332</b>
16	Kleine Reform für eine große Zukunft der Psychotherapeutenausbildung incl. PiA-Bezahlung <i>S. Sulz</i>	<b>346</b>

## Vorwort des Herausgebers

Es ist sehr ungewohnt, ein Buch herauszugeben, das sich nicht auf wissenschaftliche Weise mit rein psychotherapeutischen oder wissenschaftlichen Themen befasst, sondern das diese ganz unter dem Vorzeichen der Berufspolitik abhandelt. Es werden zwar wissenschaftliche Betrachtungen angestellt oder es wird psychotherapeutischen Fragen nachgegangen, aber stets nur gezwungen durch einen bildungs- und gesundheitspolitischen Streitpunkt.

Es geht also um bildungs- und gesundheitspolitische Fragen und bildungs- und gesundheitspolitische Antworten. Die wissenschaftlichen Fragen sind ebenso wie die psychotherapeutischen Fragen jeweils nur ein erster Schritt auf der Suche nach der bildungs- und gesundheitspolitischen Antwort – wenngleich sie vielleicht die eigentliche Essenz dieses Unterfangens sind.

Dabei kann es durchaus sein, dass niemand eine Frage stellt und vor allem niemand die Fragen stellt, denen sich die Autoren dieses Buches widmen. Und noch wichtiger: dass niemand von den Autoren eine Antwort will oder sich gar belästigt fühlt durch die Fragestellungen und Antworten der Autoren.

Also ist bereits das Aufwerfen der Fragen in diesem Buch Bildungs- und Gesundheitspolitik bzw. der Versuch, mit Bildungs- und Gesundheitspolitikern in einen Dialog zu treten. Aber nicht nur mit diesen. Denn es werden auch Fragen gestellt über das Entwicklungsstadium der gegenwärtigen Wissenschaft, über deren mögliche Weiterentwicklung oder Stagnation. Solche Fragen blieben unvermeidlich, weil die Universitätspsychologie sich bereit erklärt hat, eine komplette Psychotherapie-Ausbildung als grundständiges Studium anzubieten und ohne großen Aufwand leisten zu können – ein aus Sicht der Autoren nicht machbares Projekt.

Eine große Schwierigkeit ist, dass man bei solchen Plänen dazu neigt, sachimmanente Aspekte anzusprechen und nicht merkt, dass es den Protagonisten um ganz anderes geht. Dass es ihnen z. B. nicht um Qualitätserhalt oder gar Verbesserung der Psychotherapie-Ausbildung geht, sondern um Themen, die weit davon entfernt sind. Also sind sie auch nicht zugänglich

für Diskussionspunkte, die sich mit der Qualität der Ausbildung oder der Patientenversorgung befassen.

Diese für die Autoren entfernten (emanzipatorischen) Themen könnte man natürlich diskutieren und würde da eventuell zu großem Konsens kommen – was die Ziele belangt. Aber die Verquickung des Themas der Emanzipation der Psychologischen PsychotherapeutInnen mit der Abschaffung bewährter Bildungsgänge und das auch noch mit Herbeiholen eines Themas, das dazu dienen soll, die Entscheidungsträger für sich zu stimmen (PiA-Vergütung), ist ein Vorgang, der nicht dazu führt, vornehme Zurückhaltung in den eigenen Formulierungen zu bewahren.

Also kommt es zum Streit, zum Angriff auf die nunmehr gegnerische Seite. Diese wehrt sich und geht ihrerseits zum Angriff über. „Der ist ja paranoid, der malt den Teufel an die Wand, der hetzt die Leute auf.“ In fast jedem Streit wird schließlich vom Angriff auf das gegnerische Argument zum Angriff auf die Person des Gegners übergegangen. Er sei unwissenschaftlich, unkollegial oder gar ein Arzt. Spätestens dann wird der Streit emotionaler und die Argumente auch irrationaler. Ein Argument wird zum Vorwurf, die Erwiderung soll die Person treffen, indem z. B. „Sie sind ein Brandstifter“ gesagt wird oder das Schimpfwort „Demagoge“ fällt. Oder indem dem Gegenüber eigennützige bis böartige Motive unterstellt werden. „Dem geht es ja nur um Macht oder um Geld.“

Sowohl die berufspolitischen Akteure, die hier sehr kritisch unter die Lupe genommen werden, als auch die Kritiker müssen sich fragen, ob der Zweck die Mittel heiligt. Die Kritiker haben ihre Kritik schon sehr früh und sehr ausgiebig kundgetan. Und niemand hat Notiz genommen. Die Bildungs- und Gesundheitspolitiker haben nicht gehört, weil es sie an ihren Vorhaben gehindert hätte. Aber da gibt es noch die schweigende Mehrheit der Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die nicht ausreichend informiert wurden.

Deshalb ist es verständlich, dass die Rufe der Autoren heute lauter und ihre Formulierungen schärfer sind. Sie bleiben auch immer wieder einen Beleg für einzelne Aussagen schuldig. Dadurch wird deutlich, dass es sich um ihre Überzeugung handelt, um ihr emotionales Engagement für eine aus ihrer

Sicht gute und wichtige Sache. Was sie sagen bzw. schreiben ist also entgegen wissenschaftlicher Usance nicht das, was sie für eine belegte Tatsache halten und das empirischer Prüfung standhält, sondern es ist ihre subjektive Sicht der Dinge – aus neutraler Sicht oft logisch nachvollziehbar oder gar zu bestätigen, aber aus der Sicht der Kritisierten falsche Behauptungen sind, so dass diese mit ebenso wenig belegten und belegbaren Argumenten dagegen halten.

In diesem Buch ist auch keine ausgewogene Mischung kontroverser Standpunkte zu finden. Vielmehr ist es der späte Versuch, bei weit fortgeschrittenen politischen Entscheidungen doch einmal zu Wort zu kommen. Die Gegenseite hat die psychotherapeutische Berufsöffentlichkeit so einseitig mit ihren Darstellungen beliefert, dass sich dieses Buch als eine notwendige und längst fällige Ergänzung versteht – derjenigen, die bislang nicht gehört wurden.

Das Buch besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil „Psychotherapie und Wissenschaft“ besteht aus wissenschaftlichen Abhandlungen, die als Teil eines wissenschaftlichen Diskurses verstanden werden wollen, ganz im Sinne der Philosophen Kuhn und Feyerabend. Zunächst schreiben Rainer Sachse und MitarbeiterInnen wie Psychotherapie-Ausbildung sein sollte und was Psychotherapie von der Wissenschaft braucht. Danach berichtet Benedikt Waldherr über die 40 Jahre dauernde Emanzipation der Psychologischen Psychotherapie in Deutschland. Christine Amrhein fasst die wichtigsten Punkte des Forschungsgutachtens zusammen, das 2007 vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegeben wurde, um festzustellen, ob das Psychotherapeutengesetz reformbedürftig ist. Das Ergebnis ist bekannt: Nur zwei erhebliche Mängel sind festzustellen: Den Zugang über ein Diplomzeugnis gibt es als Folge des Bolognaprozesses nicht mehr. Das Diplom wurde durch das Master-Zertifikat ersetzt. Und die Vergütung während der praktischen Tätigkeit in der Klinik ist viel zu gering. Dagegen machen die Ausbildungsinstitute ihre Arbeit gut. Einer der Autoren des Forschungsgutachtens, Steffen Fliegel, warnt vor übertriebenem Reformeifer, der sich völlig von den Empfehlungen des Forschungsgutachtens entfernt. Und Bernhard Strauß, ein weiterer Autor des Forschungsgutachtens kann den aus keinen wissenschaftlichen

Erkenntnissen abgeleiteten rigorosen Umstülpungen der Psychotherapie-Ausbildung ebenfalls nichts Gutes abgewinnen. Auch er plädiert dafür, bei Reformplänen das Forschungsgutachten als Grundlage zu nehmen. Dirk Revenstorf analysiert kritisch das wissenschaftliche Procedere bei der Anerkennung von Psychotherapie-Verfahren – das zu sehr vom RCT-Forschungsparadigma geprägt ist. Jürgen Kriz bringt eine anspruchsvolle Analyse und Diskussion der Evidenzbasierung, die dazu führt, dass der Leser nicht anders kann, als den unbequemen Weg mit ihm zu gehen, der dazu führt, das Zauberwort Evidenzbasierung zu entzaubern. Dieser Teil mündet in der Aussage von Sulz, dass Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft und dass sie deshalb in den Händen von WissenschaftlerInnen nicht gut aufgehoben ist, die sich – wissenschaftshistorisch gesehen – dringend einem Paradigmenwechsel unterziehen sollten, weg von der puren quantitativen RCT-Forschung.

Der zweite Teil des Buches ist bildungs- und gesundheitspolitisch und spricht die wesentlichen zur Diskussion stehenden Entscheidungen an, die bei einer Reform des Psychotherapeutengesetzes getroffen werden müssen. All das wird benannt, was bei der raschen Entscheidung für eine basale Direktausbildung als grundständiges Universitätsstudium unberücksichtigt blieb. Dass diese die Abschaffung des gesetzlich geschützten Berufs der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen mit eigener Approbation erzwingt, dass nicht bedacht wird, dass Psychotherapie sich nicht wie die Medizin in einem grundständigen Studium lehren lässt, dass Psychotherapie ein vorausgehendes möglichst gut auf die postgraduierte Ausbildung vorbereitendes Studium als akademische Basis braucht, dass klinikinterne Weiterbildung zu einem Flaschenhals führt, zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung führt und finanziell nicht machbar ist.

In diesem Buch steckt viel Spannendes und Erhellendes, viel Kontroverses und zum Widerspruch Reizendes. Wenn es dazu beitragen kann, die Zukunft der Psychotherapie in Deutschland zum Wohle der PatientInnen, die Psychotherapie brauchen, besser zu machen oder eine Verschlechterung zu verhindern, dann hat es sich gelohnt.

*Serge Sulz*

TEIL

I

# 01 Wie Psychotherapie-Ausbildung sein sollte

*Eine psychologische Analyse didaktischer Erfordernisse*

Rainer Sachse, Jana Fasbender, Philipp Hammelstein

*Wir möchten hier auf der Basis der Expertise-Forschung (Ericsson et al., 2006) diskutieren, wie eine Ausbildung in Psychotherapie beschaffen sein sollte und welche Forderungen für eine politische Strukturierung dieser Ausbildung daraus abgeleitet werden können.*

## **Psychotherapie als komplexe Aufgabe**

Bereits die Betrachtung von Standard-Lehrbüchern der Psychotherapie (z. B. Herpertz et al., 2008; Lutz, 2010; Margraf & Schneider, 2009; Strauß, Hohagen & Caspar, 2007a, 2007b; Petermann & Reinecker, 2005) und noch mehr die Analyse von Werken, die sich mit empirischer Forschung befassen (z. B. Bergin & Garfield, 1971, 1994; Garfield & Bergin, 1978, 1986; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Lambert, 2004) macht unmissverständlich deutlich, dass Psychotherapie eine hoch komplexe Aufgabe ist (vgl. auch Becker & Sachse, 1998; Gäßler & Sachse, 1992; Sachse, 1992a, 1992b, 1992c, 2006; Sachse & Rudolf, 2008). Psychotherapeuten müssen

- die vom Klienten kommende Information „in Echtzeit“ verarbeiten,
- sie müssen daraus (z.T. komplexe) Schlüsse ziehen: Diagnosen ableiten, Probleme analysieren, „Modelle“ über Klienten bilden etc.,
- sinnvolle therapeutische Ziele bestimmen und angemessene therapeutische Strategien entwickeln,
- konkrete Interventionen realisieren, die Klienten verstehen und konstruktiv umsetzen können,
- Prozesse des Klienten ständig „überwachen“ und sich auf den Klienten und seine jeweiligen Prozesszustände einstellen,

– Über einen gut organisierten Wissensspeicher im Hinblick auf Störungs- und Veränderungswissen verfügen, aus dem sie jederzeit relevante Wissensschemata abrufen können usw.

Aus dieser sehr hohen Komplexität therapeutischer Aufgaben folgt, dass Psychotherapeuten sehr gut ausgebildet werden müssen, um dieser komplexen Aufgabe gewachsen zu sein. Dennoch gibt es bis heute keine elaborierte Psychotherapie-Didaktik, die angeben würde, wie eine solche Ausbildung gestaltet sein sollte.

In dieser Arbeit skizzieren wir, auf der Grundlage psychologischer Forschungen, nämlich der Forschung zur Expertise, welche Anforderungen an eine Psychotherapie-Ausbildung gestellt werden müssen: Wir skizzieren, wie eine Psychotherapie-Ausbildung beschaffen sein sollte, damit sie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hervorbringt, die der Komplexität der Aufgabe gewachsen sind.

### **Psychotherapeuten als Experten: Ergebnisse der Expertise-Forschung**

Die Prämisse der folgenden Überlegungen ist, dass es das Ziel jeder Psychotherapie-Ausbildung sein sollte, Psychologen zu Psychotherapie-Experten auszubilden.

Was ein Experte ist, dazu gibt uns die Expertise-Forschung Auskunft (vgl. Alexander, 2003; Anderson, 1983, 1999; Chase & Simon, 1973; Chi, 2006; Chi et al., 1981, 1982; Ericsson et al., 2006; Patel & Groen, 1991; Sachse, 2006, 2009) und aus dem, was einen Experten auszeichnet, lässt sich auch ableiten, wie eine entsprechende Ausbildung gestaltet werden sollte (vgl. Adelson, 1984; Campbell et al., 1992; Ericsson & Smith, 1991; Gruber, 1991, 1994; Gruber & Ziegler, 1990; Mandl et al., 1992; Ross et al., 2006; Sachse, 2006; Schneider et al., 1990).

Nach der Expertise-Forschung unterscheiden sich Experten (fachkompetente Personen) von Novizen (Anfängern auf einem Fachgebiet) in vielen psychologischen Charakteristika. Diese Unterschiede wollen wir im Folgenden kurz

darstellen (siehe die entsprechende Forschungsliteratur: Adelson, 1984; Chi, 1978, 2006; Durso & Dattel, 2006; Ericsson et al., 2006; Feltovich et al., 2006; Gobet & Charness, 2006; Hodges et al., 2006; Hoffman & Lintern, 2006; Kellogg, 2006; Norman et al., 2006; Proctor & Vu, 2006; Reimann, 1998; Rosenbaum et al., 2006; Ross et al., 2006; Sonnentag et al., 2006; Wilding & Valentine, 2006; Yates & Tschirhart, 2006): Ein *Experte* ist eine Fachperson, die sich durch bestimmte psychologische Merkmale auszeichnet.

Experten sind, im Vergleich zu Novizen (Anfängern), Personen,

- die einen hohen Wissensstand aufweisen, die also über ein umfangreiches, fachrelevantes Wissen verfügen;
- die über gut strukturiertes, schnell abrufbares und hoch anwendungsorientiertes Wissen verfügen: Das Wissen ist für den jeweiligen Anwendungsbereich hoch relevant, gut organisiert und zwar so, wie es in dem Bereich tatsächlich benötigt wird und psychologisch gut verfügbar ist (vgl. Adelson, 1984; Ye & Salvendy, 1994);
- die ein integriertes Wissen aufweisen: Die viele Wissensbereiche sinnvoll aufeinander beziehen können und zu einem in sich schlüssigen Modell vereinigen können und nicht nur über eine Anzahl unverbundener „Werkzeuge“ verfügen und auch keine unverbundenen Wissensinhalte aufweisen (vgl. Eteläpelto, 1993; Sonnentag & Lange, 2002);
- die deshalb komplexe Informationen schnell und valide verarbeiten können: Sie können schnell Zusammenhänge herstellen und schnell elaborierte Schlussfolgerungen ziehen, sie benötigen dazu nur relativ wenige kognitive Ressourcen (Schneider, 1985);
- die in der Lage sind, aus „Klienten-Rohdaten“ Schlüsse auf Theorien zu ziehen (bottom-up) und die Theorien auf Daten beziehen können (top-down): Diese gezielte Anwendung von „Wissen auf Daten“ erlaubt es, weit über die jeweils gegebene Information hinaus valide Schlüsse zu ziehen;
- die schnell zwischen relevanten und irrelevanten Daten unterscheiden können: Das versetzt Experten in die Lage, schnell zwischen „Spuren“ zu unterscheiden, denen

man folgen und die man vertiefen sollte und „Spuren“, denen man keine Aufmerksamkeit schenken sollte; dies wiederum ermöglicht es Experten, sehr sorgfältig und gezielt mit der begrenzten kognitiven Speicherkapazität umzugehen (vgl. Stokes et al., 1997);

- die konfligierende Informationen besser integrieren und Diskrepanzen somit besser und valider beseitigen können (vgl. Wiegmann et al., 2002);
- die Hypothesen bilden, prüfen, modifizieren und „in der Schwebe halten“ können: Dadurch sind sie in der Lage, schnell relevante Hypothesen zu bilden und so die komplexe Information zu strukturieren, können aber Hypothesen als Hypothesen betrachten und sie durch neue Informationen elaborieren, modifizieren und auch verwerfen;
- die komplexe Informationen verarbeiten und komplexe Modelle über Klienten bilden können: Sie bilden schnell erste Modelle und bauen diese systematisch aus; sie bilden auch komplexe Modelle, die viele Variablen umfassen können;
- die die besten Lösungen generieren, auch noch unter Zeitdruck (de Groot, 1965) und die diese Lösungen schneller finden (Klein, 1993);
- die „tiefe Schlüsse“ aus Daten ziehen können (vgl. Chi et al., 1981; Lesgold et al., 1988) und so auch in der Lage sind, das vom Klienten (komplex) Gemeinte zu rekonstruieren (vgl. Herrmann, 1984, 1985; Hörmann, 1976; Sachse & Sachse, 2011);
- die zwischen sequentiell analytischem und intuitiv-holistischem Verarbeitungsmodus umschalten können (vgl. Caspar, 1995a, 1995b, 1997): Die somit analytisch einzelne Informationen Schritt für Schritt verarbeiten können, als auch in der Lage sind, große Informationsmengen „parallel“ zu verarbeiten;
- die über relevantes, praxisorientiertes Handlungswissen, auf strategischem wie taktischem Niveau verfügen;
- die aufgrund des Klienten-Modells Ziele entwickeln, Strategien entwerfen und für den Klienten umsetzbare Interventionen entwickeln können (Simon & Simon, 1978; Voss et al., 1983),

- die trotz der Verfolgung von Strategien den jeweiligen Ist-Zustand des Klienten beachten können und die sich flexibel verhalten können, wenn es erforderlich ist,
- die verzweigte Strategien entwickeln und „mehrere Züge vorausdenken“ können (Larkin et al., 1980; Lemaire & Siegler, 1995).

Eine sehr wesentliche Frage ist nun, wie sich eine solche, beschriebene Expertise entwickelt: Was muss eine Person tun, um zu einem Experten zu werden?

Die erste Antwort, die von der Forschung gegeben wird, ist: Sie muss sehr lange und sehr hart trainieren. Für die meisten Domänen sind ca. 10 Jahre lang ca. 5 Stunden Training täglich notwendig, also ca. 10.000 Stunden Praxiserfahrung (vgl. Ericsson, 2002, 2004, 2006; Ericsson et al., 1993; Norman et al., 2006; Simon & Chase, 1973). Das bedeutet:

- Expertise entwickelt sich nicht von selbst.
- Zur Entwicklung von Expertise ist harte Arbeit erforderlich.
- Daher ist dazu auch hohe Motivation und hohe Ausdauer erforderlich.

Und:

- Expertise entwickelt sich wesentlich durch Training, nicht allein durch Vermittlung von Wissen.

Wesentlich ist aber dabei die Frage, wie ein Training aussehen muss, mit dessen Hilfe man Expertise entwickeln kann.

In der Expertise-Forschung wird deutlich, dass hier eine sogenannte „deliberate practice“ entscheidend ist: Man muss eine Handlung oder Tätigkeit nicht nur einfach ausführen, man muss vielmehr reflektieren. Wesentlich ist es,

- eine Handlung in der Praxis auszuführen,
- diese Handlung dann zu analysieren und zu reflektieren,
- von Experten Feedback zu erhalten,
- aus Handlungsfehlern zu lernen, Schlüsse zu ziehen, Aspekte zu verbessern,
- dann, mit der erarbeiteten Modifikation erneut in der Praxis zu handeln,
- die Handlung erneut zu reflektieren, Feedback

einzuholen, Schlüsse zu ziehen usw. Diese Vorgehensweise erweist sich in den unterschiedlichsten Domänen als hoch effektiv (vgl. Davids, 2000; Ericsson, 1996, 2001, 2002, 2004, 2006; Krampe & Ericsson, 1996; Sonnentag, 1995; Sonnentag et al., 2006; Sonnentag & Kleine, 2000).

Damit wird deutlich:

- Weder eine (theoretische) Informationsvermittlung allein,
- noch ein reines Ausführen von Handlungen allein schafft Expertise!

Expertise erfordert neben einer Wissensvermittlung vor allem eine reflektierte Praxis und zwar lange und intensiv und angeleitet von Experten.

Deutlich wird auch, dass Experten diese Form von Training aufrechterhalten müssen, um Experten zu bleiben: Hören sie mit der reflektierten Praxis auf (und handeln nur noch routinemäßig), dann verlieren sie mit der Zeit ihre Expertise (Krampe & Charness, 2006).

### **Wie sollte eine Ausbildung beschaffen sein, um Expertise zu erreichen?**

Aufgrund von Ergebnissen der Expertise-Forschung kann man angeben, wie eine Ausbildung gestaltet sein sollte, die in der Lage ist, Personen zu Experten auszubilden.

Rein theoretische Ausbildung ist zur Bildung grundlegender Wissensstrukturen wesentlich aber in gar keiner Weise ausreichend. Eine rein theoretische Ausbildung schafft zwar eine (notwendige) Wissensgrundlage, bewirkt aber nicht,

- dass Wissen sich anwendungsorientiert organisiert,
- dass Wissen „von Daten“ aus abrufbar wird,
- dass Wissen schnell verfügbar wird.

Theoretisches Wissen muss auf konkrete Situationen beziehbar sein: Eine Ausbildung im DSM garantiert in gar keiner Weise, dass ein Therapeut einen histrionischen Klienten erkennen kann, da sich Verhaltensweisen von Klienten nur

selten nach den Beschreibungen des DSM richten: Therapeuten müssen lernen, wie sich Kriterien in der Praxis zeigen und das geht nur durch Anwendungstraining.

Das Umgekehrte gilt genauso: Eine rein praktische Ausbildung ohne die Ausbildung grundlegender Wissensstrukturen bewirkt zwar eine praktische Handhabung einzelner therapeutischer Maßnahmen bei genau vorgegebenen psychologischen Targets, aber vernachlässigt die Modellbildung und die Ausbildung von theoretischen Modellen, die dann top-down aktiviert werden können und entsprechende Transferleistungen ermöglichen.

Um Wissen anwendbar, verfügbar und praxisrelevant zu machen, muss die Anwendung von Wissen auf die Praxis konkret trainiert werden: Verarbeitungs- und Handlungsprozesse müssen konkret trainiert werden, die praktischen Vorgehensweisen müssen unter Feedback-Bedingungen reflektiert werden, aus Fehlern und Erfahrungen müssen Schlussfolgerungen gezogen werden: Anwendbares Wissen entsteht nur über reflektierte Praxis, also durch konkretes, ausgewertetes Training (Ericsson, 2006; Ericsson et al., 1993; Koubek & Salvendy, 1991; Sonnentag, 1995, 1998; Turley & Bieman, 1995).

Die Fähigkeit, Schlüsse aus Daten auf Theorien und aus Theorien auf Daten zu ziehen, entsteht ebenfalls nur durch konkretes Verarbeitungs-Training, nicht durch reine Theorie-Vermittlung. Verarbeitungs- und Modellbildungsprozesse müssen lange und intensiv trainiert werden, um Personen eine ausreichende Expertise zu vermitteln (Ericsson & Lehmann, 1996; Hoffman & Lintern, 2006; Proctor & Vu, 2006).

Auch die Fähigkeit, aus Modellen Entscheidungen für therapeutische Handlungen abzuleiten, Strategien zu bilden und Interventionen zu bilden und deren Effekte auf den Klienten zu überwachen und auszuwerten, bilden sich durch entsprechendes Training: Sie bilden sich keineswegs „automatisch“ durch Theorievermittlung (Ericsson, 2006; Ericsson & Lehmann, 1996; Gobet & Simon, 1996; Shanteau, 1992)!

Expertise zu erlangen bedeutet, genau diejenigen Kompetenzen zu erwerben, die man für das jeweilige Praxisfeld auch wirklich benötigt. Das bedeutet, dass didaktisch auch die tatsächlich relevanten Inhalte vermittelt werden und dass

irrelevante Inhalte nicht vermittelt werden (Ericsson & Lehmann, 1996; Gobet & Simon, 1996; Shanteau, 1992).

Daher sind Dozenten und Ausbilder nötig,  
– die über relevantes theoretisches Wissen verfügen  
– und, vor allem, die über relevantes praktisches Wissen verfügen,  
– sodass sie anwendungsorientiert und praxisorientiert ausbilden können.

Daher ist es unerlässlich, dass Dozenten, die auf ein Praxisfeld vorbereiten, die Praxis und die Erfordernisse der Praxis sehr gut kennen: Dozenten müssen ebenfalls Experten sein und das setzt voraus, dass sie über mindestens 10 Jahre reflektierte Praxiserfahrung verfügen (ca. 10.000 reflektierte Praxisstunden, vgl. Norman et al., 2006; Simon & Chase, 1973).

Natürlich müssen Dozenten auch über fundiertes theoretisches Wissen verfügen, um den angehenden Therapeuten eine theoretische Integration zu ermöglichen, sonst läuft die Ausbildung doch wieder auf einen „Koffer voller Tools“ hinaus: Praxis muss auf Theorie bezogen sein und durch theoretische Modelle integriert werden können.

Außerdem müssen die Dozenten über die didaktischen Mittel wie Trainings, Analyse von Therapieprozessen auf Mikro-Niveau, Analyse von Audio- oder Video-Material usw. verfügen.

Expertise-Entwicklung bedeutet auch, dass Auszubildende alle relevanten Kompetenzen erlernen, die sie in ihrem Praxisfeld benötigen (Becker & Sachse, 1998; Ericsson & Lehmann, 1996; Sachse, 2007; Sachse & Rudolf, 2008). Damit reicht es nicht, Manuale zu lernen und die Kompetenz zu haben, mit Achse-I-Klienten umzugehen. Ein Therapeut muss in der Lage sein,

– ein gutes Klienten-Modell zu bilden, zu elaborieren, zu modifizieren und anzuwenden,  
– in der Lage sein, einlaufende Informationen schnell und valide zu verarbeiten, Hypothesen zu bilden, sie in der Schwebe zu halten, sie zu modifizieren und zu verwerfen und zwar in Realzeit (was nur durch ausführliches und langes Training zu erreichen ist!),  
– eine angemessene Beziehungsgestaltung zu Therapie-

beginn und über die gesamte Therapie hinweg zu leisten,  
– Strategien der Klärung, der Ressourcenaktivierung und der Bewältigung zu realisieren,  
– Klienten angemessen zu motivieren,  
– mit Vermeidungsverhalten von Klienten angemessen umzugehen,  
– mit schwierigen Interaktionssituationen angemessen umzugehen,  
– störungsspezifische Strategien für Achse-I-Klienten zu entwickeln bzw. umzusetzen,  
– mit schwierigen Klienten wie psychosomatischen Klienten oder Sucht-Klienten therapeutisch zu arbeiten,  
– mit persönlichkeitsgestörten Klienten konstruktiv Therapie zu machen, einschließlich Borderline-Klienten.

Eine Ausbildung sollte alle diese Inhalte vermitteln und zwar (wie oben ausgeführt) mit entsprechenden Trainings, um den Auszubildenden eine wirkliche Expertise zu ermöglichen (Ericsson & Lehmann, 1996; Gobet & Simon, 1996; Shanteau, 1992).

Um Experte zu werden, ist es wesentlich, dass Auszubildende ein einheitliches Konzept von Psychotherapie entwickeln: Sie sollen ein Rahmenkonzept entwickeln, in das sie verschiedene Inhalte sinnvoll integrieren können, denn sonst bildet sich kein organisiertes Netzwerk von Wissen.

Der Person einen „Koffer von Werkzeugen“ („Tools“) zu vermitteln, der keine Einheit bildet, macht sie noch lange nicht zu einem Experten (Hoffman & Lintern, 2006; Proctor & Vu, 2006).

Man muss sich klarmachen: Die hohe Verarbeitungsgeschwindigkeit von Experten geht auf die gute und praxisrelevante Organisation von Wissen bei Experten zurück: Sind Elemente unverbunden und unintegriert, wird das die Verarbeitung stark beeinträchtigen und es wird die Personen darüber hinaus verunsichern.

Daher muss eine Ausbildung ein Rahmenkonzept von Psychotherapie vermitteln, unterschiedliche Ausbildungsinhalte und Seminare müssen inhaltlich aufeinander beziehbar sein und wenn unterschiedliche Dozenten unterschiedliche Inhalte vermitteln, muss den Ausbildungsteilnehmern

systematisch bei einer Integration geholfen werden. Somit reicht es auch nicht, wenn unterschiedliche Experten inkompatible Inhalte vermitteln: Daraus entsteht bei Auszubildenden kein integriertes Konzept, sondern eher ein Chaos.

Expertise baut sich am besten „von einem Kern“ aus zu komplexeren Strukturen hin auf. Didaktisch ist es sinnvoll, Ausbildungsteilnehmern zuerst Basis- oder Kernkompetenzen zu vermitteln und zwar gleich von Anfang an in einer Theorie-Praxis-Vermittlung, um dann Schritt für Schritt komplexe Kompetenzen aufzubauen.

Expertise im Bereich Psychotherapie bedeutet auch, dass man eigene Schemata, persönliche Hindernisse und Schwierigkeiten reflektiert und beseitigt. Daher ist Selbsterfahrung nicht ein überflüssiger oder gar „veralteter“ Teil der Ausbildung, sondern ein extrem wichtiger und unverzichtbarer Teil der Ausbildung (vgl. Fasbender, 2011; Schlebusch, 2011; Zimmermann, 2006). Und Selbsterfahrung (SE) darf sich auch nicht auf Aufgaben beschränken, wie man lernt, seinen Schlüssel nicht mehr zu verlegen, sondern SE muss sich auf relevante Schemata und Verarbeitungsprozesse beziehen.

### **Konsequenzen für eine qualitativ hochwertige Psychotherapieausbildung**

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich nun ableiten, wie eine qualitativ hochwertige Psychotherapie-Ausbildung im Prinzip aussehen müsste und wie sie nicht aussehen sollte, als eine Ausbildung, die Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten (AK) zu „Experten für Psychotherapie“ macht und sie in die Lage versetzt, die Verarbeitungs- und Handlungsqualifikationen aufzuweisen, die man von Experten erwarten kann.

*Die Ausbildung darf auf keinen Fall rein theoretisch sein.*

Eine gute und fundierte Therapieausbildung ist wesentlich: Natürlich müssen die AK in relevanten psychologischen Grundlagen, in den Grundlagen von Klinischer Psychologie und Psychotherapie fundiert ausgebildet werden. Theoretische Grundlagen sind eine unverzichtbare Basis für Expertise – sie

sind jedoch auch nicht mehr als eine Basis. Rein theoretisches Wissen und rein theoretische Wissensvermittlung reichen zur Herstellung von Expertise in gar keiner Weise aus.

*Die Ausbildung darf auf keinen Fall rein praktisch sein, ohne die Vermittlung eines theoretischen Rahmenkonzeptes.*

Eine gute theoretische Ausbildung ist unerlässlich, da sie die Basis für eine Expertise darstellt. Denn das praktische Wissen muss innerhalb der Trainings in vorhandene Wissensstrukturen integriert werden können.

*Notwendig sind praktische Trainings.*

Zur Erlangung von Expertise ist es extrem wichtig, AK zu trainieren: Sie müssen trainiert werden in

- Verarbeitungsprozessen,
- Modellbildung,
- Handlungsplanung,
- Beziehungsgestaltung,
- Interventionen,
- Strategien,
- Störungsspezifischen Vorgehensweisen,
- der Bewältigung schwieriger Interaktionssituationen etc.

Training bedeutet eine Folge von Handeln → Reflektieren → Lernen → Handeln → Reflektieren → Lernen.

Es müssen praktische Übungen in Psychotherapie durchgeführt werden, die ausführlich und auf Mikro-Ebene analysiert werden, sodass die AK lernen, wie man Information verarbeitet, wie man allgemeines Wissen auf spezifische Informationen anwendet, wie man Hypothesen bildet etc.

Sie müssen in praktischer Anwendung lernen, wie man Interventionen realisiert, wie man deren Wirkungen einschätzt, wie man Strategien bildet und umsetzt etc.

*Notwendig ist eine praktische Ausbildung unter guter Supervision.*

Zur Entwicklung von Expertise genügt es nicht, „ein paar Stunden lang zu trainieren“: Man muss sehr lange und sehr intensiv trainieren.

Daher ist für eine Expertise-Entwicklung eine praktische Ausbildung notwendig: Die AK müssen (mindestens) 600 Therapiestunden mit konkreten, realen Klienten reale Therapien machen, um Verarbeitungs- und Handlungsprozesse wirklich zu etablieren. Und sie müssen die Gelegenheit haben, ihre Verarbeitungen und Handlungen ständig zu reflektieren und aus Fehlern zu lernen. Daher ist Supervision entscheidend: Eine Supervision durch Experten auf der Grundlage realer Therapie-Aufzeichnungen auf der Mikro-Ebene.

Um es deutlich zu machen: Die Supervisoren müssen alles das, was sie ausbilden und anleiten, selbst sehr gut können, sie müssen also selbst Experten sein.

Die Supervision muss anhand von realen Therapieaufzeichnungen geschehen, damit man die Verarbeitungsprozesse und die Handlungsevokationen der AK auch wirklich trainieren kann.

Und: Die Reflexion muss auf einer Mikro-Ebene von Psychotherapie geschehen, also auf der Verarbeitungsebene, auf der die AK auch im Therapieprozess Informationen in Realzeit verarbeiten müssen.

Das bedeutet, dass Supervision sowohl auf theoretischer Ebene als auch auf praktischer Ebene die notwendigen Prozesse selbst vollziehen, vermitteln und überprüfen können müssen.

Im Grunde erweist sich schon die augenblickliche Trainingszeit noch als deutlich zu kurz: Sie noch weiter zu reduzieren, würde die therapeutische Kompetenz der AK stark reduzieren.

Es muss reflektiert werden:

- Welche Informationen sind relevant?
- Wie bezieht man Wissen auf Information?
- Wie bildet man Modelle und wie stellt man Diagnosen?
- Welche Strategien entwickelt man?
- Wie interveniert man im konkreten Einzelfall?
- etc.

Das lernt man nur durch konkretes Üben und durch detailliertes Reflektieren auf einer Mikro-Ebene an realen Therapie-Aufzeichnungen. Eine Abschaffung einer solchen praktischen Ausbildung wäre für eine Psychotherapieausbil-

dung vollständig unverantwortlich, weil es den Experten-Status von Psychotherapeuten extrem reduzieren würde. Die dann bei AK zu erwartende Qualität von Verarbeitungs- und Handlungsprozessen läge dann mit Sicherheit weit unter dem Niveau heute ausgebildeter Psychotherapeuten.

*Expertise ist bereichsbezogen: D. h. dass ein Experte genau solches Wissen und solche Kompetenzen benötigt, die er in seinem jeweiligen Praxisfeld braucht.*

Dazu ist es aber nötig, dass die Dozenten und Supervisoren ebenfalls Experten in dem jeweiligen Praxisfeld sind.

Und das impliziert, dass Dozenten und Supervisoren

- das Praxisfeld sehr gut kennen (d. h. nach der Expertise-Forschung etwa, dass sie ca. 10000 Therapiestunden absolviert haben sollten) und ihre eigene Praxis sehr gut reflektiert haben sollten, sodass sie wirklich wissen, was relevant ist (das bedeutet nach der Expertise-Forschung, dass sie ca. 500-1000 Stunden Supervision absolviert haben sollten));

- gute didaktische Modelle für Psychotherapie aufweisen sollten, also eine Reihe von Seminaren absolviert und eine Anzahl von Supervisionsstunden abgehalten haben sollten.

Wiederum reicht es keinesfalls, wenn Dozenten (für den Praxisteil der Ausbildung) und Supervisoren (im Praxisteil der Ausbildung) eine rein theoretische Qualifikation mitbringen und nur wenige Therapiestunden und Supervisionsstunden aufweisen. Gleichfalls ist es nicht ausreichend, wenn Supervisoren eine rein praktische Qualifikation mitbringen, ohne ausreichende theoretische Modelle, auf die sich ihr praktisches Wissen beziehen kann.

*Eine Ausbildung in Psychotherapie muss ein einheitliches Rahmenkonzept von Psychotherapie vermitteln.*

Eine Ausbildung in Psychotherapie sollte den AK ein einheitliches, in sich schlüssiges Rahmenkonzept von Psychotherapie vermitteln, in das die AK einzelne Techniken und Vorgehensweisen kognitiv integrieren können. In der Ausbildung sollte dafür gesorgt werden, dass zentrale Ausbildungsteile

von den AK in dieses Rahmenverständnis integriert werden können. Es genügt keineswegs, den AK unverbundene „Tools“ an die Hand zu geben, ihnen Vorgehensweisen zu vermitteln, die sich inhaltlich widersprechen etc. Denn man muss sich klarmachen: Die gute Verfügbarkeit des Wissens von Experten geht auf die gute Strukturierung und auf die anwendungsorientierte Gestaltung des Wissens zurück: Unverbundenheit von Wissenselementen beeinträchtigt die Expertise sehr deutlich, führt aber darüber hinaus auch zu einer (tiefen) Verunsicherung der AK.

*Eine Psychotherapie-Ausbildung muss den AK in hohem Maße ermöglichen, eigene Schemata selbst zu erarbeiten und zu repräsentieren und gegebenenfalls therapeutisch zu bearbeiten: D. h. zu einer echten Expertise-Entwicklung gehört Selbsterfahrung als zentrales Element dazu.*

### **Politische Forderungen, die sich aus einem Expertise-Modell der Psychotherapie-Ausbildung ableiten lassen**

Wir wollen hier versuchen, aus dem dargestellten Expertise-Ausbildungsmodell Forderungen abzuleiten, wie eine Psychotherapie-Ausbildung in einem großen, u. U. gesetzlichen Rahmen prinzipiell geregelt werden sollte, damit aus der Psychotherapie-Ausbildung Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hervorgehen, die eine wirklich gute psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung gewährleisten können.

#### **Psychotherapie-Ausbildung sollte nicht ausschließlich an Universitäten stattfinden**

Dozenten, die an Universitätsinstituten tätig sind, sind (mit einigen Ausnahmen!) überwiegend in theoretischer und empirischer Forschung tätig: Sie sind damit ganz unbestritten Experten für Theorie und Experten für Forschung. Sie sind jedoch nur selten ebenfalls Experten für die Praxis von Psychotherapie: Sie weisen meist nur relativ wenig Praxiserfahrung und auch wenig Erfahrung als Supervisoren auf.

– Wir haben aber gesehen, dass Psychotherapie ein Anwendungsfach und ein Anwendungsfeld darstellt, bei dem die Vermittlung von Praxiskompetenzen zentral ist.  
– Ausbildungsinstitute stellen eine Praxisausbildung sicher. Daraus resultiert, dass (private) Ausbildungsinstitute an der Psychotherapie-Ausbildung auf alle Fälle beteiligt sein sollten: Denn die Dozenten an diesen Instituten sind überwiegend Experten für die Praxis-Seite von Psychotherapie. Sie kennen die psychotherapeutische Praxis sehr genau, wissen damit sehr genau, was Psychotherapeuten in der Praxis und für die Praxis benötigen, wissen, wie man theoretisches Wissen in Praxis umsetzt und wie man im konkreten Therapieprozess Modelle bildet, Interventionen realisiert, mit schwierigen Interaktionssituationen umgeht, wie man die real existierende Komplexität handhabt (und sie weder reduziert, noch ausblendet) usw.

Damit ist aber die praktische Expertise von Praxis-Experten für eine gute Psychotherapie-Ausbildung vollständig unverzichtbar.

*Universitäten und Privatinstitute sollten kooperieren. Es erscheint sinnvoll, dass die jeweiligen Experten diejenigen Aspekte vermitteln, für die sie auch wirklich Experten sind.*

So können die Universitäten sicher hervorragend Aspekte von Theorie, neuen theoretischen Entwicklungen, von Forschung und Forschungsergebnissen vermitteln usw.

Privatinstitute können dagegen hervorragend praktisch-therapeutische Aspekte vermitteln: Trainings von therapeutischer Informationsverarbeitung, Modellbildung, Handlungsplanung, Bewältigung schwieriger Situationen usw.

Sinnvoll ist es daher, wenn eine Theorie-Vermittlung als erster Ausbildungsschritt an den Universitäten stattfinden würde und sich daran eine Vermittlung praktischer Kompetenzen an Privat-Instituten anschliesse.

### **Auf eine zur Praxis-Ausbildung gehörende Ambulanz-Zeit kann auf keinen Fall verzichtet werden.**

Eine Ambulanz-Zeit, in der die Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten (AK) mit realen Klienten reale Therapien durchführen und bei der sie unter der Supervision von Praxis-Experten stehen, ist, wie ausgeführt, ein essentiell wesentlicher Teil einer wirklich guten Psychotherapie-Ausbildung. Denn nur durch ein solches Vorgehen von „Machen→guter, praxisbezogener Reflexion→Machen→Reflexion usw.“

kann eine wirkliche Expertise im Bereich von Psychotherapie erreicht werden. Daher ist es wesentlich,

- dass eine „Ambulanz-Zeit“, also eine reale praktische Tätigkeit von mindestens 600 Stunden, beibehalten wird;
- dass diese Tätigkeit an Ambulanzen und nicht an Kliniken stattfindet, denn nur so werden Therapeuten auf die Erfordernisse von ambulanter Psychotherapie vorbereitet;
- dass diese Tätigkeit von wirklichen Praxis-Experten angeleitet und supervidiert wird. Daher ist es kontraindiziert, diese Praxisanteile an Kliniken oder an Hochschulen zu verlagern.

### **Eine inhaltliche Diversifikation von Psychotherapie und Psychotherapie-Ausbildung sollte erhalten bleiben.**

Zur Zeit sind wir forschungsmäßig in einer Situation,

- dass unterschiedliche Therapieformen evidenzbasierte, therapeutische Vorgehensweisen anzubieten haben und dass weitere Therapieformen ihre Vorgehensweisen empirisch evaluieren;

- dass es damit nicht nur eine effektive Therapieform gibt, sondern viele, z.T. sehr verschiedene Ansätze sich als effektiv erwiesen haben oder sich noch als effektiv erweisen werden;
- dass bisher keine Therapieform allen anderen wirklich sehr deutlich und eindeutig überlegen ist;
- dass es bisher keine Therapieform gibt, die alle Störungen effektiv oder gleich effektiv behandeln kann;
- dass Klienten sehr unterschiedlich sind, dass nicht alle

Klienten positiv auf das gleiche therapeutische Angebot ansprechen und nicht gleich stark von allen therapeutischen Vorgehensweisen profitieren.

Daher sollte im Sinne einer guten und effektiven psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung die Vielfalt therapeutischer Ansätze unbedingt erhalten bleiben. Und damit sollte auch die Vielfalt von Therapieausbildungen erhalten bleiben.

Auch wenn die theoretische Ausbildung primär von Universitäten übernommen werden sollte, dann sollte dies auf keinen Fall zu einer „inhaltlichen Gleichschaltung“ von Psychotherapie führen, auch wenn einige Psychologen glauben, es gäbe das einheitliche Fach „Psychotherapie und Klinische Psychologie“, so ist dies doch in der Praxis tatsächlich nicht so. Und in einer demokratisch-pluralistischen Gesellschaft und vor allem angesichts der Tatsache, dass die Wahrheit nicht im Besitz Einzelner ist, sollte es auch nicht so sein.

### **Literatur**

Adelson B. (1984). When novices surpass experts: The difficulty of a task may increase with expertise. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 10, 483–495.

Alexander P.A. (2003). Can we get there from here? *Educational Researcher*, 32, 3–4.

Anderson J.R. (1983). *The architecture of cognition*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Anderson J.R. (1999). Specifying non-„specifics“ in therapists: The effect of facilitative interpersonal skills in outcome and alliance formation. Paper presented at the 30th annual meeting of the International Society for Psychotherapy Research, Braga, Portugal.

Becker K. & Sachse R. (1998). *Therapeutisches Verstehen*. Göttingen: Hogrefe.

Bergin A.E. & Garfield S.E. (1971). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.

Bergin A.E. & Garfield S.E. (1994). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th edition. New York: Wiley.

Campbell R.L., Brown N.R. & DiBello L.A. (1992). The programmer's burden: Developing expertise in programming. In: R.R. Hoffman (Ed.), *The*

psychology of expertise. *Cognitive research and empirical AI*, 269–294. New York: Springer.

Caspar F. (1995a). Hypothesenbildungsprozesse in psychotherapeutischen Erstgesprächen. Probleme und Möglichkeiten des empirischen Zuganges. Habilitationsschrift, Universität Bern.

Caspar F. (1995b). Information processing in psychotherapy intake interviews. In: B. Boothe, R. Hirsig, A. Helminger, B. Meier & R. Volkart (Hrsg.), *Perception-Evaluation-Interpretation*, 3–10. Bern: Hogrefe & Huber.

Caspar F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research*, 7(2), 105–125.

Chase W.G. & Simon H.A. (1973). Perception in chess. *Cognitive Psychology*, 4, 55–81.

Chi M.T.H. (1978). Knowledge structure and memory development. In: R. Siegler (Ed.), *Children's thinking: What develops?*, 73–96. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Chi M.T.H. (2006). Two Approaches to the Study of Experts' Characteristics. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 21–30. Cambridge: University Press.

Chi M.T.H., Feltovich P.J. & Glaser R.M. (1981). Categorization and representation of physics problems by experts and novices. *Cognitive Science*, 5, 121–152.

Chi M.T.H., Glaser R.M. & Rees E. (1982). Expertise in problem solving. In R.J. Sternberg (Ed.), *Advances in the psychology of human intelligence*, 7–76. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Davids K. (2000). Skill acquisition and the theory of deliberate practice. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 461–466.

De Groot A. (1965). *Thought and choice in chess*. The Hague: Mouton.

Durso F.T. & Dattel A.R. (2006). Expertise and Transportation. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 355–372. Cambridge: University Press.

Ericsson K. A. (1996). The acquisition of expert performance: An introduction to some of the issues. In: K. A. Ericsson (Ed.), *The road to excellence: The acquisition of expert performance in the arts and sciences, sports, and games*, 1–50. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Ericsson K.A. (2001). The path to expert golf performance: Insights from the masters on how to improve performance by deliberate practice. In: P.R. Thomas (Ed.), *Optimising performance in golf*, 1–57. Brisbane, Australia: Australian Academic Press.

Ericsson K. A. (2002). Attaining excellence through deliberate practice: Insights from the study of expert performance. In: M. Ferrari (Ed.), *The pursuit of excellence in education*, 21–55. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Ericsson K.A. (2004). Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Academic Medicine*, 79, 70–81.

Ericsson K.A. (2006). The Influence of Expertise and Deliberate Practice on the Development of Superior Expert Performance. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 653–682. Cambridge: University Press.

Ericsson K.A., Charness N., Feltovich P.J. & Hoffman R.R. (2006). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. Cambridge: University Press. Ericsson, K.A., Krampe, R.T. & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100, 363–406.

Ericsson K.A. & Lehmann A.C. (1996). Expert and exceptional performance: evidence on maximal adaptations on task constraints. *Annual Review of Psychology*, 47, 273–305.

Ericsson K.A. & Smith J. (1991). *Toward a general theory of expertise. Prospects and limits*. Cambridge: Cambridge University Press.

Eteläpelto A. (1993). Metacognition and the expertise of computer comprehension. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 37, 243–254.

Fasbender J. (2011). Praxis der Selbsterfahrung in der Klärungsorientierten Psychotherapie. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie 2*, 323–344. Lengerich: Pabst.

Feltovich P.J., Prietula M.J. & Ericsson K.A. (2006). Studies of Expertise from Psychological Perspectives. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 41–68. Cambridge: University Press.

Gäßler B. & Sachse R. (1992). Psychotherapeuten als Experten. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier*, 1, 663–664. Göttingen: Hogrefe.

Garfield S.L. & Bergin A.E. (1978). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2nd edition. New York: Wiley.

Garfield S.L. & Bergin A.E. (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edition. New York: Wiley.

Gobet F. & Charness N. (2006). Expertise in Chess. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 523–538. Cambridge: University Press.

Gobet F. & Simon H.A. (1996). Recall of rapidly presented random chess positions is a function of skill. *Psychonomic Bulletin and Reviews*, 3, 159–163.

Grawe K., Donati R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.

Gruber H. (1991). *Wissensaquisition und Gedächtnisleistung in Abhängigkeit vom Expertisegrad*. München: Ludwig-Maximilian-Universität,

- Gruber H. (1994). *Expertise-Modelle und empirische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Gruber H. & Ziegler A. (1990). Expertisegrad und Wissensbasis. Eine Untersuchung bei Schachspielern. *Psychologische Beiträge*, 32: 163–185.
- Herpertz S., Caspar F. & Mandl C. (2008). *Störungsorientierte Psychotherapie*. München: Urban & Fischer.
- Herrmann T. (1984). „Sprachverstehen“ und das Verstehen von Sprechern. In: J. Engelkamp (Hrsg.), *Psychologische Aspekte des Verstehens*, 15–30. Berlin: Springer.
- Herrmann, T. (1985). *Allgemeine Sprachpsychologie*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Hodges N.J., Starkes J.L. & MacMahon C. (2006). Expert Performance in Sport: A Cognitive Perspective. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 471–488. Cambridge: University Press.
- Hörmann H. (1976). *Meinen und Verstehen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Hoffman R.R. & Lintern G. (2006). Eliciting and Representing the Knowledge of Experts. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 203–222. Cambridge: University Press.
- Kellogg R.T. (2006). Professional Writing Expertise. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 389–402. Cambridge: University Press.
- Klein G. (1993). A recognition primed decision model of rapid decision making. In: G. Klein, J. Orasana, R. Calderwood & C. Zsombok (Eds.), *Decision making in action*, 138–147. Norwood: Ablex.
- Koubek R.J. & Salvendy G. (1991). Cognitive performance of super-experts on computer program modification tasks. *Ergonomics*, 34, 1095–1112.
- Krampe R.T. & Charness N. (2006). Aging and expertise. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 723–742. Cambridge: University Press.
- Krampe R.T. & Ericsson K.A. (1996). Maintaining excellence: Deliberate practice and elite performance in young and older pianists. *Journal of Experimental Psychology: General*, 125, 331–359.
- Lambert M.J. (2004). *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Larkin J.H., McDermott J., Simon D.P. & Simon H.A. (1980). Models of competence in solving physics problems. *Cognitive Science*, 4, 317–345.
- Lemaire P. & Siegler R.S. (1995). Four aspects of strategic change. *Journal of Experimental Psychology: General* 124, 83–97.
- Lesgold A.M., Rubinson H., Feltovich P., Glaser R., Klopfer D. & Wang Y.

- (1988). Expertise in a complex skill. In: M.T.H. Chi, R. Glaser, M.J. Farr (Eds.), *The nature of expertise*, 311–342. Hillsdale: Erlbaum.
- Lutz W. (2010). *Lehrbuch Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Mandl H., Gruber H. & Renkl A. (1992). Problems of knowledge utilization in the development of expertise. München: Ludwig-Maximilians-Universität, Institut für Empirische Pädagogik und Pädagogische Psychologie (Forschungsbericht Nr. 9).
- Margraf J. & Schneider S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 1. Heidelberg: Springer.
- Norman G., Eva K., Brooks L. & Hamstra S. (2006). Expertise in medicine and surgery. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 339–353. Cambridge: University Press.
- Patel V.L. & Groen G.J. (1991). The general and specific nature in medical expertise. In: K.A. Ericsson & J. Smith (Eds.), *Towards a general theory of expertise*, 93–125. Cambridge: University Press.
- Petermann F. & Reinecker H. (2005). *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Proctor, R.W. & Vu K.P. (2006). Laboratory studies of training, skill acquisition, and retention of performance. In: K.A. Ericsson, M. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 265–286. Cambridge: University Press.
- Reimann P. (1998). Novizen- und Expertenwissen. In: F. Klix & H. Spada (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Wissen*, 336–368. Göttingen: Hogrefe.
- Rosenbaum D.A., Augustyn J.S., Cohen R.G. & Jax, S.A. (2006). Perceptual-Motor Expertise. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 505–522. Cambridge: University Press.
- Ross K. G., Shaffer J. L. & Klein G. (2006). Professional judgments and „naturalistic decision making.“ In: K.A. Ericsson, N. Charness, R. R. Hoffman & P. J. Feltovich (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 403–419. New York: Cambridge University Press.
- Sachse R. (1992a). Flexibilität der Intentionbildung im Therapieprozeß. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier*, 1, 665–666. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse R. (1992b). Informationsverarbeitungs- und Handlungsplanungsprozesse bei Psychotherapeuten. In: L. Montada (Hrsg.), *Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Trier*, 2, 942–946. Göttingen: Hogrefe.
- Sachse R. (1992c). Psychotherapie als komplexe Aufgabe: Verarbeitungs-, Intentionbildungs- und Handlungsplanungsprozesse bei Psychotherapeuten. In: R. Sachse, G. Lietaer & W.B. Stiles (Hrsg.), *Neue Handlungskonzepte der Klientenzentrierten Psychotherapie*, 109–112. Heidelberg: Asanger.

Sachse R. (2006). Psychotherapie-Ausbildung aus der Sicht der Expertise-Forschung. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 306–324. Lengerich: Pabst.

Sachse R. (2007). Therapeutische Informationsverarbeitung. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 2, 1359–1386. Göttingen: Hogrefe.

Sachse R. (2009). Psychotherapeuten als Experten. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 269–291. Göttingen: Hogrefe.

Sachse R. & Rudolph R. (2008). Aufgaben und Person des Psychotherapeuten. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mandl (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 91–101. München: Urban & Fischer.

Sachse R. & Sachse M. (2011). Implikationsstrukturen: Verstehen, Modellbildung und therapeutische Explizierungen. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie II*, 94–130. Lengerich: Pabst.

Schlebusch P. (2011). Grundlagen-Aspekte von Selbsterfahrung. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & M. Sachse (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie 2*, 294–322. Lengerich: Pabst.

Schneider W. (1985). Training high performance skills. *Human Factors*, 27 (3), 285–300.

Schneider W., Körkel J. & Weinert F.E. (1990). Expert knowledge, general abilities, and text processing. In: W. Schneider & F.E. Weinert (Eds.), *Interactions among aptitudes, strategies, and knowledge in cognitive performance*, 235–251. New York: Springer.

Shanteau J. (1992). The Psychology of Experts: An Alternative View. In: J. Shanteau (Ed.), *Expertise and Decision Support*, 11–24. New York: Plenum Press.

Simon H. & Chase W. (1973). Skill in chess. *American Scientist*, 61, 394–403.

Simon D.P. & Simon H.A. (1978). Individual differences in solving physics problems. In: R.S. Siegler (Ed.), *Children's thinking: What develops?*, 325–348. Hillsdale NJ: Erlbaum.

Sonnentag S. (1995). Excellent software professionals: Experience, work activities, and perceptions by peers. *Behaviour & Information Technology*, 14, 289–299.

Sonnentag S. (1998). Expertise in professional software design: A process study. *Journal of Applied Psychology*, 83, 703–715.

Sonnentag S. & Kleine B.U. (2000). Deliberate practice at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 87–102.

Sonnentag S. & Lange I. (2002). The relationship between high performance and knowledge about how to master cooperation situations. *Applied Cognitive Psychology*, 16, 491–508.

Sonnentag S., Niessen C. & Volmer J. (2006). Expertise in software design.

In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 373–387. Cambridge: University Press.

Stokes A.F., Kemper K. & Kite K. (1997). Aeronautical decision making, cue recognition, and expertise under time pressure. In: C.F. Zsombok & G. Klein (Eds.), *Naturalistic decision making*, 183–196. Mahwah: Erlbaum.

Strauß B., Hohagen F. & Caspar F. (2007a). *Lehrbuch Psychotherapie*, Teilband 1. Göttingen: Hogrefe.

Strauß B., Hohagen F. & Caspar F. (2007b). *Lehrbuch Psychotherapie*, Teilband 2. Göttingen: Hogrefe.

Turley R.T. & Bieman J.M. (1995). Competencies of exceptional and nonexceptional software engineers. *Journal of Systems and Software*, 28, 19–38.

Voss J., Greene T., Post T. & Penner B. (1983). Problem solving skill in the social sciences. In: G. Bower (Ed.), *The Psychology of Learning and Motivation*, 165–213. New York: Academic Press.

Wiegmann D.A., Goh J. & O'Hare D. (2002). The role of situation assessment and flight experience in pilots' decisions to continue visual flight rules flight into adverse weather. *Human Factors*, 44, 187–197.

Wilding J.M. & Valentine E.R. (2006). Exceptional Memory. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 539–552. Cambridge: University Press.

Yates J.F. & Tschirhart M.D. (2006). Decision-Making Expertise. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 421–438. Cambridge: University Press.

Ye N. & Salvendy G. (1994). Quantitative and qualitative differences between experts and novices in chunking computer software knowledge. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 6, 105–118.

Zimmermann B.J. (2006). Development and Adaptation of Expertise: The Role of Self-Regulatory Processes and Beliefs. In: K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich & R.R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, 705–722. Cambridge: University Press.

## 02 Empirische Fundierung von Psychotherapie: Grundlegende Paradigmen

### *Implikation der Paradigmen*

Rainer Sachse, Philipp Hammelstein, Janine Breil

Wir wollen hier einige Implikationen dieser beiden Paradigmen herausarbeiten und damit deutlich machen, dass die beiden Paradigmen mehr sind als „Forschungsparadigmen“: Unseres Erachtens nach sind es grundlegende Paradigmen darüber, wie man „Psychotherapie“ auffasst, wie man die Rolle des Klienten definiert, wie man die Rolle des Therapeuten definiert und wie man die Rolle der Psychotherapie im Versorgungssystem auffasst. Es sind damit grundlegende und grundlegend unterschiedliche „Paradigmen über Psychotherapie“.

Wir wollen die Implikationen des EST- und des EBP-Paradigmas jeweils herausarbeiten und gegenüberstellen, wobei wir uns nicht um Objektivität bemühen, denn es ist völlig klar, dass wir aus allen dargelegten Gründen das EBP-Paradigma für das psychologisch Angemessene halten.

### **1 Der Vorrang:**

#### **Welche Aspekte sind in jedem Paradigma zentral?**

Als Erstes wollen wir diskutieren, welche Aspekte in jedem der Paradigmen zentral sind: Denn dies hat gravierende Auswirkungen darauf, welche Aspekte als weniger bedeutsam bzw. als vernachlässigbar gelten können.

#### **Der Vorrang im EST-Paradigma: Wissenschaftlichkeit und Ökonomie**

Im EST-Paradigma hat die Wissenschaftlichkeit Vorrang vor allen anderen Belangen.

Zentral geht es um eine möglichst zweifelsfreie und kausale Nachweisbarkeit von Effektivität einer psychotherapeutischen Methode: Die Effektivität soll empirisch-experimentell mit allen methodischen Mitteln abgesichert werden

(Chambless & Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2000; Goldfried & Eubanks-Carter, 2004; Westen et al., 2004).

Damit ist die Effektivität einer Methode auch nicht nur das wichtigste Kriterium dieser Methode, sondern im Grunde das Einzige, was wirklich zählt: Alle anderen Charakteristika einer Therapiemethode sind zweit- oder drittrangig (falls überhaupt relevant): Klientenorientierung, Flexibilität etc. der Methode sind (vollständig) irrelevant.

Damit wird auch nur ein solches, hochgradig experimentell-empirisch abgesichertes Verfahren als „in der Praxis zulässig“ betrachtet: Nur solche Verfahren dürfen von Therapeuten durchgeführt werden und nur deren Durchführung wird als „ethisch vertretbar“ betrachtet (vgl. Bohart, 2005).

Um eine solche empirische Absicherung zu erreichen und vor allem, um möglichst gute experimentelle Kontrollen zu gewährleisten, muss man die Therapien in starker Weise einschränken (Bohart, 2005; Goldfried, 2000; Kendall et al., 1999; Nathan et al., 2000; Westen & Morrison, 2001; Westen et al., 2004):

- Das Therapieverfahren möglichst genau standardisieren und damit manualisieren,
- dafür sorgen, dass die Therapeuten sich möglichst genau und damit eng an das Manual halten,
- muss man möglichst alle therapeutischen „Störeffekte“ wie klinische Entscheidungen,
- Fallkonzeptionen u. a. aus dem Therapieprozess ausschalten,
- muss man sich auf eine einzelne Störung konzentrieren,
- alle anderen Störfaktoren wie Co-Morbiditäten etc. ausschließen,
- die Ziele der Therapie auf die Reduzierung von Symptomen konzentrieren,
- alle anderen therapeutischen Ziele systematisch ausschließen,
- die Erfolgsmessung damit auch auf spezifische Symptommaße konzentrieren,
- und alle anderen Erfolgsindikatoren systematisch ausschließen,
- die Therapiezeiten möglichst kurz anlegen, da lange

Therapiezeiten die experimentelle Kontrollierbarkeit exponentiell beeinträchtigen.

Die zentralen Therapieziele, die für Patienten angestrebt werden, sind damit

- sehr enge Veränderungen und keine weiten, breiten, über Symptomverbesserungen hinausgehenden Änderungen,
- schnelle Veränderungen, aber keine andauernden, stabilen Veränderungen (vgl. Howard et al., 1993; Kopta et al., 1994, Mueller et al., 1999).

Ein weiteres Hauptprinzip des EST-Paradigmas ist die Effizienz: Es geht darum, möglichst kostengünstige Psychotherapien zu etablieren: Also Therapien,

- die möglichst kurz sind,
- die aufgrund ihrer Standardisierung auch von „Hilfspersonal“ durchgeführt werden können.

Diese starke Ökonomie-Orientierung macht dieses Paradigma für Krankenkassen sehr interessant und dadurch entsteht gesellschaftlich eine sehr starke Lobby für dieses Paradigma. Daraus leitet sich auch die starke Tendenz dieses Paradigmas zu einem hegemonialen Anspruch (mit) ab (Bohart, 2005; Westen et al., 2004).

### **Vorrang im EBP-Paradigma: Der Klient**

Zentraler Aspekt des EBP-Paradigmas ist der Klient: Es geht darum, den Klienten durch Psychotherapie zu erreichen, ihm eine Methode anzubieten, die er verwenden kann, die seine zentralen Probleme nachhaltig und tiefgreifend löst und die der Klient als respektvoll, vertrauenerweckend, hilfreich und motivierend erlebt (vgl. Bohart, 2005; Norcross, 2002a, 2002b; Westen et al., 2004).

Auch hier geht es also darum, dem Klienten eine effektive Therapie anzubieten: Eine Therapie, die zentral auf seine Probleme eingeht und die ihm nachhaltig hilft. Aber darum geht es nicht nur: Es geht auch darum, dass eine Therapie den Klienten als Person ernst nimmt und respektiert, die dem Klienten eine Problementfaltung ermöglicht und es ihm erlaubt,

seine Ziele und Probleme erst einmal zu reflektieren, ehe er sich für Lösungen entscheiden muss (Bohart, 2005; Sachse, 2003; Westen et al., 2004a, 2004b).

Eine gute Therapie sollte dabei

- auf die Bedürfnisse und zentralen Probleme von Klienten eingehen, in Erfahrung bringen, was ein Klient letztlich will und was einem Klienten wirklich helfen kann,
- dem Klienten eine Therapie anbieten, die seine Probleme so grundlegend und so tiefgreifend wie möglich angeht und ihm zu einer möglichst dauerhaften Lösung verhilft,
- auf Besonderheiten von Klienten eingehen, z. B. auf die Tatsache,
  - dass viele Klienten keine (klare) DSM-Diagnose erhalten können (Persons, 1991; Westen, 1998),
  - dass viele Klienten zu Beginn der Therapie ihre Probleme gar nicht klar definieren können (vgl. Caspar, 1996, 2000; Caspar & Grawe, 1982a, 1982b, 1992; Grawe, 1998),
  - dass viele Klienten erst nach Etablierung einer vertrauensvollen Therapeut-Klient-Beziehung dem Therapeuten relevante Informationen geben (Sachse, 2006b).
- darauf eingehen, dass viele Klienten-Probleme hoch komplex sind, dass viele psychologische Aspekte auf komplexe Weise interagieren (wie psychologische Störungskonzepte unschwer erkennen lassen),
- berücksichtigen, dass eine Reduzierung von Therapie auf oberflächliche Symptomaspekte vielen Klienten in gar keiner Weise gerecht wird.

Auch in diesem Paradigma sollten psychotherapeutische Maßnahmen effektiv sein und ihre Effektivität sollte bestätigt sein. Anders als im EST-Paradigma geht man jedoch davon aus,

- dass es außer der experimentellen Bestätigung im „Goldstandard“ noch viele andere Wege gibt, die Effektivität von Psychotherapie zu evaluieren,
- dass viele therapeutische Vorgehensweisen und Strategien sowie „Therapeuten-Variablen“ existieren, die

schon gut evaluiert sind: Strategien der Beziehungsgestaltung, Strategien der Klärung, Strategien der Problemaktualisierung, Strategien der Ressourcen-Aktivierung (vgl. Beutler et al., 1994; Grawe et al., 1994),  
– dass alle diese Strategien sinnvoll und ethisch vertretbar eingesetzt werden können.

Außerdem wird davon ausgegangen, dass für die reale therapeutische Praxis solche Studien aussagekräftig sind, die die reale therapeutische Praxis zum Inhalt haben und nicht solche, die sich auf artifizielle Situationen beziehen und deren Generalisierbarkeit hochgradig fraglich ist.

## 2 Hegemonie und Toleranz

Mit beiden Paradigmen sind große Unterschiede im Hinblick auf Toleranz bzw. „Alleinvertretungsanspruch“ verbunden.

### **Starke hegemoniale Tendenzen im EST-Paradigma**

Das EST-Paradigma lässt extrem starke „hegemoniale Tendenzen“ (Westen et al., 2004a) erkennen. Die Vertreter dieser Ansätze reklamieren u. a.,

- dass die experimentelle „Goldstandard“-Vorgehensweise das einzig akzeptable wissenschaftliche Vorgehen ist (und alle anderen Vorgehensweisen zweit- oder drittklassig seien),
- dass nur die Anwendung von derart validierten Verfahren ethisch vertretbar sei,
- dass deshalb alle Praktiker umgehend solche Verfahren anzuwenden hätten,
- dass andere Verfahren sofort als unzulässig zu gelten haben und nicht mehr praktiziert werden dürften.

Alle diese Ansichten sind weder wissenschaftlicher Konsens noch sind sie haltbar, wie wir weiter unten aufzeigen werden: Sie stellen lediglich eine (extreme) wissenschaftstheoretische Position dar, die in vielfacher Hinsicht diskutierbar ist.

Die Vertreter des EST-Ansatzes treten jedoch in

wissenschaftlichen wie politischen Gremien mit diesem „Alleinvertretungsanspruch“ auf und sie haben auf der Seite von Politikern und Krankenkassen starke Verbündete, denen das Angebot angeblich effektiver, angeblich kurzer und angeblich kostengünstiger Therapien sehr recht ist.

- Die Therapien, die hier angeboten werden,
- passen jedoch auf die meisten Klienten, die in realen Versorgungseinrichtungen auflaufen, nicht (denn dort befinden sich Klienten, die komplexe Co-Morbiditäten aufweisen, gar keine klar definierten Probleme zeigen, deutlich schwerer gestört sind als die „Untersuchungsklienten“; vgl. Beutler et al., 1994; Braun et al., 1994; Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1986, 1994; Gomes-Schwartz, 1978; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008; Kessler et al., 1998; Westen et al., 2004a)),
  - sind damit tatsächlich für das relevante Praxisfeld gar nicht validiert,
  - zeigen keine nachhaltigen Wirkungen oder Veränderungen bei Klienten.

Die angeblich hohe Kosten-Effektivität ist daher überhaupt nicht realistisch, sondern ein Schein-Effekt.

Außerdem muss man ein derartiges Auftreten aus der Sicht eines liberalen Wissenschaftsverständnisses (was eigentlich ein Pleonasmus sein sollte!) als hochgradig intolerant und in der Tat als hegemonial betrachten. Sieht man es als wissenschaftliches Grundverständnis an, dass Wissenschaft niemals „absolute Wahrheiten“ produziert, dann erscheinen solche Tendenzen auch als hochgradig unwissenschaftlich, sondern eher als hochgradig klerikal: Weder ist ein einzelnes wissenschaftliches Vorgehen allein gültig, noch ist es „allein ethisch“; solche Aussagen vertragen sich u.E. nicht mit „Wissenschaftlichkeit“.

### **Toleranz im EBP-Paradigma**

Das EBP-Paradigma ist vergleichsweise tolerant: Auch hier gibt es Diskussionen, ob Therapiemethoden angemessen sind, ob die empirische Fundierung ausreicht u. a.

Es wird jedoch im Wesentlichen von Annahmen ausgegangen wie:

– Bisher gibt es kein Therapieverfahren, das wirklich gute Effektstärken und das wirklich gute langfristige Effekte erzeugt, sodass es alle anderen Verfahren weit hinter sich lässt. Also kann auch kein Verfahren eine allgemeine Überlegenheit und schon gar nicht eine Monopolstellung beanspruchen.

– Viele Verfahren weisen sehr ähnliche Effekte auf, obwohl sie anscheinend völlig anders vorgehen:

Das weist darauf hin, dass es

- entweder starke „common factors“ gibt, die unabhängig von spezifischen Therapieformen wirken,
- oder dass ähnliche Effekte durch unterschiedliche Vorgehensweisen erreicht werden können,
- oder beides.

– Dass Klienten extrem unterschiedlich sind, von ihren Problemen her, vom „psychologischen Funktionieren“ ihrer Probleme her, von ihren Co-Morbiditäten her, von ihren Persönlichkeiten und Persönlichkeitsstörungen her und von ihren Kontexten her (vgl. Untersuchungen zu sogenannten „Klienten-Variablen“, z. B.: Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1986, 1994; Hertz & Caspar, 2008; Johnson et al., 1991; Orlinsky & Howard, 1987; Orlinsky et al., 1994, 2004; Sachse & Elliott, 2002; Steiger & Stotland, 1996), sodass

- keine noch so breite Therapieform allen Klienten gerecht werden kann,
- insbesondere hoch spezialisierte Methoden nicht allen Klienten gerecht werden können.

– Dass Psychotherapie ein nicht-vollständig determinierter, nicht völlig berechenbarer und nicht völlig vorhersagbarer Prozess ist (vgl. Haken & Schiepek, 2010; Tretter, 2005), sodass

- Psychotherapie nie im Detail planbar ist,
- ein Therapeut immer auf unvorhergesehene Ereignisse reagieren müssen,
- immer therapeutische Entscheidungen erforderlich sein werden, z. B. die, einem alten Thema zu folgen oder auf ein neues und tatsächlich relevantes Thema zu wechseln.

– Dass Psychotherapie ein hoch komplexer Prozess ist, sodass

- ein einzelnes Therapieverfahren nie alle Aspekte von Psychotherapie berücksichtigen können,
- Therapeuten eine hohe Expertise benötigen, um die Komplexität zu bewältigen,
- sehr wahrscheinlich aber auch die Kapazitäten von Therapeuten begrenzt sein werden, sodass auch nicht alle Therapeuten alle Aspekte werden abdecken können.

Die Konsequenz aus diesen Annahmen ist *Pluralität*:

– Es ist sinnvoll, dass unterschiedliche Therapieverfahren nebeneinander existieren.

– Es ist sinnvoll, dass verschiedene Therapieverfahren Klienten unterschiedliche Strategien und Vorgehensweisen anbieten und Klienten Wahlmöglichkeiten lassen.

– Es ist sinnvoll, dass unterschiedliche Therapieansätze miteinander in Konkurrenz treten, um sich gegenseitig zu stimulieren, aber auch dazu führen, dass sich die Ansätze weiterentwickeln.

– Es ist nach wie vor sinnvoll, neue therapeutische Strategien und Ansätze zu entwickeln.

Dies macht aber nur dann Sinn, wenn diese die Chance haben, in der Praxis ausprobiert zu werden, um sich bewähren zu können.

### **3 Medizinische vs. psychologische Grundorientierung von Psychotherapie**

Die Paradigmen unterscheiden sich stark im Ausmaß, in dem sie in einem medizinischen oder psychologischen Denken verwurzelt sind.

#### **EST-Paradigma: Medizinische Grundorientierung**

Eine sehr wesentliche Implikation des EST-Paradigmas ist seine medizinische Grundhaltung: Das Forschungsparadigma der experimentellen Therapieforschung folgt sehr stark

den Grundideen einer pharmakologischen Forschung und die Grundideen (Exploration – Diagnose – Therapie – Planung – Therapie) entsprechen weitgehend denen eines medizinischen Therapiemodells.

Medizinische Modellvorstellungen legen auch den Annahmen zugrunde,

- dass das Therapieverfahren hoch spezifische, umgrenzte und genau definierbare Wirkfaktoren enthält,
- dass diese Wirkfaktoren auf die Störung einwirken, unabhängig von den genauen psychologischen Mechanismen der Störung und unabhängig von der Einbettung der Störung in andere, z. B. Persönlichkeitsfaktoren,
- dass der Klient „Ziel“ von Strategien ist und damit eher passiver Faktor einer Therapie und nicht eine eigenständige Person, um die es letztlich gehen sollte,
- dass der Therapeut „Durchführer“ des Verfahrens ist, jedoch eher eine „Störgröße“ als ein kompetenter Agent.

Psychologische Störungsmodelle kommen allenfalls noch am Rande vor, haben aber kaum Einfluss: Vor allem psychologisches Denken (z. B. im Hinblick auf den Umgang mit dem Klienten, die Beachtung von Klienten-Variablen etc.) spielt allenfalls eine untergeordnete Rolle.

### **EBP-Paradigma: Psychologische Grundorientierung**

Eine wesentliche Implikation des EBP-Modells ist seine starke psychologische Orientierung:

- Psychologisch fundierte Störungstheorien spielen eine große Rolle beim Verständnis von Störungen und zur Ableitung von Interventionen. Hier spielen nicht nur lerntheoretische, sondern auch kognitions-, motivationstheoretische, emotionspsychologische, sozialpsychologische u. a. Konzepte eine große Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass sich aus einem psychologischen Störungsverständnis psychologische Strategien zur Störungsveränderung ableiten lassen, die sich dann psychologisch erfassen lassen (Caspar et al., 2008a; Fiedler, 2007; Flor, 2007; Goschke, 2007; Grawe, 1998; Krause, 2007; Lauth & Naumann, 2005; Reizenzein, 2005; Resch, 2005).

– Psychotherapieprozesse werden stark psychologisch konzipiert: Sprachpsychologische Verstehenskonzepte, kognitionstheoretische Modelle der Informationsverarbeitung etc. sind von großer Bedeutung (Caspar et al., 2008b; Grawe, 1998; Grosse-Holtforth et al., 2010; Lutz, 2010).

– Psychologische Konzepte der Beziehungsgestaltung, des Umgangs mit Klienten etc. bilden die Basis-Konzepte von Psychotherapie (Caspar, 1996; Grawe, et al., 1994; Herpertz & Caspar, 2008; Norcross, 2001, 2002; Sachse, 2006a).

Es wird hier somit zentral davon ausgegangen, dass Psychotherapie ein Teilgebiet der Psychologie ist, mit genuin psychologischem Denken und psychologischen Konzepten. Und dass es auch zu den psychologischen Grundhaltungen gehört, darüber nachzudenken, wie man den Klienten als eigenständige und entscheidungstreffende Person zu respektieren und in den Therapieprozess einzubinden hat; und dass es aus psychologischer Sicht nicht angehen kann, einen Klienten als passiven, „erduldenden“ Rezipienten einer a priori festgelegten Therapiemaßnahme anzusehen.

### **4 Implikationen für das Konzept „Psychotherapie“**

Die Paradigmen haben auch deutliche Konsequenzen im Hinblick darauf, wie der Psychotherapieprozess als solcher konzipiert wird.

#### **EST: Psychotherapie ist wenig komplex**

Eine wesentliche Implikation des EST-Paradigmas ist die Annahme, dass der Psychotherapieprozess selbst wenig komplex ist oder, dass die Komplexität des Prozesses ohne starke und relevante Realitätsverzerrung erheblich reduziert werden kann.

Betrachtet man Forschungen über „Klienten-Variablen“ und deren Auswirkungen auf Therapieprozess und –ergebnisse (vgl. Clarkin & Levy, 2004; Garfield, 1986, 1994), betrachtet man Forschungen zu Co-Morbiditäten, insbesondere mit

Persönlichkeitsstörungen und deren Auswirkungen auf Therapieprozess und -ergebnisse (vgl. Fava et al., 2000; Gouzoulis-Mayfrank et al., 2008; Kessler et al., 1998, 2005; Melartin et al., 2002) und betrachtet man Forschungen zu Therapeuten-Variablen und therapeutischen Vorgehensweisen, dann erkennt man sehr deutlich die extrem hohe Komplexität von Therapieprozessen.

Betrachtet man dagegen manualisierte Therapien, dann wird sehr deutlich, dass von allen komplexen Aspekten, die im Therapieprozess offenbar möglich sind, nur wenige Prozent in den Manualen Berücksichtigung finden. Ganz offensichtlich und offenbar unbestreitbar reduzieren die Manuale die zu erwartende Komplexität des Therapieprozesses in extrem starker Weise.

Sie machen damit die Implikationen,

- dass sich die Komplexität der Therapie sinnvoll auf wenige, zentrale Aspekte reduzieren lässt, dass die Manuale diese zentralen Aspekte identifizieren können und dass diese auch die zentralen Wirkfaktoren abbilden;
- dass die ausgeblendeten Aspekte tatsächlich irrelevant sind, dass die Reduktion der Komplexität tatsächlich solche Aspekte ignoriert, die sich „ungestraft“ aus der Realität ausblenden lassen.

Tatsächlich sind diese Annahmen jedoch

- empirisch völlig ungeprüft, denn um sie zu untersuchen, müssten alle relevanten Variablen untersucht werden, was nie versucht wurde;
- empirisch wie theoretisch höchst unplausibel, denn Ergebnisse zeigen z. B., dass das Vorliegen von Co-Morbiditäten mit Persönlichkeitsstörungen die empirischen Ergebnisse massiv verändert.

### **EBP: Psychotherapie ist hoch komplex**

Im EBP-Paradigma wird davon ausgegangen, dass Psychotherapie ein hoch komplexes Vorgehen ist, in dem Variablen des Klienten, seine aktuellen Stimmungen, Motivationen, Ziele usw. in Wechselwirkung treten mit Variablen des Therapeuten und diese Aspekte wiederum wechselwirken mit therapeutischen Strategien usw. Man erkennt die Komplexität gut an dem

„Generic-Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1987), wobei gesehen wird, dass dieses Modell immer noch eine Vereinfachung der tatsächlichen Komplexität darstellt. Wesentliche Implikationen, die sich aus der Annahme von Psychotherapie als komplexem Prozess ergeben, sind:

- Therapeuten müssen, um der Komplexität der Psychotherapie auch nur annähernd Rechnung tragen zu können, Experten im Sinne der Expertise-Forschung sein.
- Therapeuten müssen in ihrer Ausbildung zu Experten ausgebildet werden.

## **5 Implikationen für das Konzept des Patienten /des Klienten**

Die Paradigmen haben Auswirkungen darauf, wie die Rolle des „zu Behandelnden“ definiert wird: Entweder als „Patient“ (von lateinisch „patiens“: geduldig) oder als „Klient“.

### **Das Konzept „Patient“ im EST**

Eine zentrale Implikation des EST-Paradigmas, insbesondere von dessen medizinischer Orientierung, ist das Konzept des „Patienten“.

Im EST-Paradigma wird ein Patient aufgefasst als eine Person, die eine „Krankheit“ aufweist und die damit „Behandlung“ benötigt.

Diese Behandlung wird ihm vom Therapeuten „verordnet“ und sie wird vom Therapeuten durchgeführt; der Patient hat nur sehr wenig aktive Gestaltungsmöglichkeit und seine Wünsche werden nur minimal berücksichtigt. Als „Laie“ hat er die Behandlung zu akzeptieren, schließlich ist sie ja nachgewiesen effektiv.

Der Therapeut kann sehr schnell entscheiden, was die zentralen Probleme des Patienten sind und er kann dann auch schnell die „richtige“ Behandlung verordnen: Nach dieser Entscheidung sollte diese nicht mehr in Frage gestellt werden und das muss sie auch nicht, da Fehler in dem System nicht vorgesehen sind.

Hat ein Therapeut sich einmal für eine Methode entschieden, dann sollte er sich vom Patienten auch nicht mehr

davon abbringen lassen: Weder durch neue Themen, noch durch neue Probleme: Denn jede Abweichung von der Standard-Prozedur reduziert deren Effektivität im Hinblick auf die Reduktion der relevanten Symptome. Der Patient kann damit nach der Entscheidung kaum noch etwas bewirken: Auch wenn er relevante Themen oder Probleme einbringen wollen würde, wäre das im System nicht vorgesehen.

Die Rollenverteilung Therapeut-Patient ist sehr ähnlich der von Arzt-Patient: Der Arzt entscheidet praktisch allein über medizinische Maßnahmen und die Mitarbeit des Patienten besteht darin, ihnen zu folgen.

### **Das Konzept des „Klienten“ im EBP-Paradigma**

Eine zentrale Implikation des EBP-Paradigmas, vor allem dessen psychologische Orientierung, ist das Konzept „Klient“ („Auftraggeber“).

Ein Klient ist eine Person, die eine psychische Störung aufweist, die ihr Kosten verursacht und die sich daraufhin entscheidet, eine Psychotherapie aufzusuchen. Sie hat damit ein Anliegen an einen Dienstleister, den Therapeuten. Das Anliegen ist, die Kosten zu reduzieren und damit, die psychische Störung zu bearbeiten. Damit ist ein Klient ein Kunde, der von einem professionellen Dienstleister eine spezifische Dienstleistung in Anspruch nimmt.

Dieser „Kunde“ hat bestimmte Rechte: Er hat das Recht, eine effektive Therapie zu erhalten, er hat aber auch das Recht, respektvoll behandelt zu werden, gehört zu werden, letztlich die Entscheidungen darüber zu fällen, was er will oder nicht will; er hat das Recht, nicht pathologisiert zu werden, das Recht, nicht bevormundet zu werden und das Recht, selbst über seine Ziele und sein Leben zu entscheiden.

Aus psychologischer Sicht ist der Klient auch nicht „krank“: Das Konzept „Krankheit“ ist ein krankenkassen-juristisches und kein psychologisches Konzept: Man kann aus krankenkassen-juristischen Gründen den Klienten „krank“ nennen, aus psychologischer Perspektive ist er es nicht. Der Klient ist für seine Probleme und insbesondere für deren Behebung mit verantwortlich und er behält auch seinen Teil der Verantwortung in der Therapie. Der Klient muss vom Therapeuten in die Therapie einbezogen werden: Er muss

erkennen, dass er etwas ändern muss, er muss Änderungsmotivation entwickeln, er muss aktiv mitarbeiten usw. und die Aufgabe des Therapeuten ist es, diese Prozesse in Gang zu setzen und zu fördern.

Aus der Sicht des EBP-Paradigmas bilden Klient und Therapeut ein Team, in dem

- der Therapeut, der Experte für den Prozess ist: Der Experte für Störungen und deren Behebung, der Experte für Klärung, Ressourcen-Aktivierung etc., der Experte für die Steuerung konstruktiver Prozesse;
- der Klient der Experte für die Inhalte ist: Er muss die Inhalte klären, die Prozesse vollziehen, die Veränderungen aktiv umsetzen usw.

Der Klient wird in der Therapie als Experte für die Inhalte angesehen, als eine Person, die mitbestimmt, deren Mitarbeit erforderlich ist, die verstehen soll, was ihr Problem ist und die verstehen soll, warum was in der Psychotherapie getan werden sollte. Der Klient soll nicht nur eine stabile und adäquate Problemlösung erarbeiten, er soll durch Therapie auch zu einem kompetenten Problemlöser werden.

Der Therapeut ist der Prozessexperte, der angeben kann, was ein Klient tun kann und tun sollte, um sein Problem zu lösen: Er arbeitet dabei aber mit dem Klienten zusammen und geht, soweit dies möglich und sinnvoll ist, auf den Klienten ein.

Die Rollenverteilung von Therapeut und Klient ist eher egalitär: Beide haben in einem Team spezifische Aufgaben, aber auch der Klient hat ein Mitspracherecht und die Compliance des Klienten ist von zentraler Bedeutung: Also ist es eine zentrale Aufgabe des Therapeuten, den Klienten zu überzeugen, nicht, ihm Anweisungen zu geben.

## **6 Die Rolle des Therapeuten**

Die beiden Paradigmen definieren insbesondere die Rolle und die Kompetenzen des Therapeuten sehr stark unterschiedlich.

## Die Rolle des Therapeuten im EST-Paradigma

Eine besonders wesentliche Implikation des EST-Modells betrifft die Rolle des Therapeuten. Da die Therapie hoch standardisiert ist und die Therapie streng genommen auch nur in genau der vorliegenden Form evaluiert ist, sollte sich ein Therapeut auch so genau wie möglich an das Manual bzw. das Standardvorgehen halten. Damit darf ein Therapeut streng genommen nur genau das tun, was die Autoren des Manuals vorschreiben; und er muss auch nur genau das tun und nichts anderes. Ein Therapeut darf damit seine klinischen Kompetenzen nicht einsetzen, auch dann nicht, wenn es ihm sinnvoll erscheint. Er darf außerhalb des Manuals

- keine Information verwerten,
- keine Entscheidungen treffen,
- keine anderen therapeutischen Handlungen ausführen.

Das bedeutet in der therapeutischen Praxis,

- dass ein Therapeut nicht auf spezifische Wünsche und Bedürfnisse des Patienten eingehen darf und dass der Therapeut sich auch nicht von neuen/anderen Themen /Problemen des Patienten vom Manual „ablenken“ lassen darf, denn jede Ablenkung vom Standardprogramm reduziert dessen Effektivität;
- dass ein Therapeut damit auch nicht bearbeiten soll /kann, ob neue Themen des Patienten u.U. viel relevanter sind und auf viel relevantere Probleme des Patienten hinweisen können, denn dann verlässt der Therapeut ja den empirisch gesicherten Weg und das ist nicht zulässig;
- dass der Therapeut auf Persönlichkeitsaspekte/Persönlichkeitsstörungen des Patienten nicht eingehen kann;
- dass der Therapeut systematisch alle komplizierenden Problemaspekte systematisch ignorieren muss.

Dies impliziert aber für den Therapeuten auch,

- dass er seine psychologische Expertise (freiwillig) auf die einer therapeutischen Hilfsperson reduziert;
- dass er sein gesamtes psychologisches und psychotherapeutisches Wissen ausblendet;
- dass er keine klinischen Verarbeitungen und klinischen Entscheidungen mehr vollzieht.

Arbeitet er als Psychotherapeut nur noch nach dem Paradigma, dann reduziert er seine gesamte psychotherapeutische Expertise auf die eines Manual-Gehilfen. Damit aber verliert ein Psychotherapeut vollständig seine Professionalität und Psychotherapie wird eine Domäne von Pflägern mit „Psychotherapie-Zusatzausbildung“.

Konsequenterweise traut das EST-Paradigma den Therapeuten auch wenig zu. Einerseits betont das Paradigma stark,

- wie begrenzt die Verarbeitungskapazität von Therapeuten sei,
- wie fehleranfällig „klinische Urteile“ seien,
- wie wenig Expertise zum Erfolg von Therapie beitrage.

Unerwähnt bleibt aber,

- dass Therapeuten zu einem großen Teil bestimmte Urteile nicht fällen können, weil das Paradigma ja auch schon dazu führt, die Therapeuten gar nicht systematisch auf die Verarbeitung von Informationen zu trainieren: Nach der Expertise-Forschung ist dann auch keine Expertise zu erwarten!
- dass spezifische, systematische Trainings Verarbeitungsfehler stark reduzieren und dass wirkliche Experten wenige Fehler machen;
- dass die Untersuchungen, die angeblich zeigen, dass Expertise im Psychotherapie-Bereich nicht relevant sei, meist mit sehr „leicht gestörten“ Klienten arbeiten wo klar ist, dass Expertise sich erst bei schwierigen Problemen zeigen kann (wie RS es formuliert: „Beim Braten von Spiegeleiern werden durchschnittliche Hausmänner und Hausfrauen französischen Spitzenköchen kaum überlegen sein!“).

## Die Rolle des Therapeuten im EBP-Paradigma

Eine wesentliche Implikation des EBP-Modells im Hinblick auf den Therapeuten ist, dass ein Psychotherapeut ein hoch ausgebildeter und extrem gut trainierter Experte sein muss (vgl. Westen & Weinberger, 2004; Westen et al., 2004, 2005).

Wenn man davon ausgeht,

- dass Klienten und Klienten-Probleme hoch komplex sind,
- dass Problemaspekte, Klienten-Variablen und psycho-

logische Prozesse komplex miteinander interagieren,  
– dass z. B. Klienten mit Persönlichkeitsstörungen extrem hohe Anforderungen an Therapeuten stellen im Hinblick auf Motivierung, Problembearbeitung, Interaktionsprobleme usw.,  
– dass Probleme von Klienten oft erst im Verlauf eines Therapieprozesses zum Ausdruck kommen,  
– dass Therapeuten über viele sehr unterschiedliche Kompetenzen verfügen müssen („Therapeuten-Variablen“),  
– dass Therapieprozesse nur zu einem Teil berechenbar und steuerbar sind, dann muss man logischerweise davon ausgehen, dass Therapeuten hochgradige Experten im Sinne der Expertise-Forschung sein müssen (vgl. Sachse, 2006, 2009).

Das bedeutet, Therapeuten müssen  
– über ein fundiertes, gut strukturiertes, anwendungsorientiertes Wissen über Störungen, psychologische Modelle, Psychotherapieprozesse, Strategien, Interventionen usw. verfügen;  
– in der Lage sein, schnell und valide Klienten-Informationen zu verarbeiten, Klienten-Modelle zu bilden, Therapie-Situationen einzuschätzen etc.;  
– in der Lage sein, therapeutische Entscheidungen zu treffen, welche Aspekte relevant sind, welchen Spuren und Themen sie folgen wollen und welchen nicht, welche Probleme zentral sind usw.;  
– über spezifische therapeutische Strategien verfügen, die sie flexibel einsetzen können: Über Strategien der Beziehungsgestaltung, der Klärung, der Problem-Aktualisierung, der Ressourcen-Aktivierung und der Bewältigung;  
– in der Lage sein, Intervention so zu realisieren, dass Klienten sie verstehen, ausführen wollen und umsetzen;  
– in der Lage sein, Compliance zu schaffen, Klienten ausreichend zu Veränderung motivieren usw.;  
– in der Lage sein, Prozesse zu evaluieren, zu beurteilen, ob ein Therapieprozess gut läuft;  
und vieles mehr.

Der EBP-Ansatz traut Therapeuten viel zu, er mutet Therapeuten aber auch viel zu. Daher sollten Therapeuten  
– für eine gute Ausbildung sorgen, in der sie die entsprechende Expertise auch erwerben können;  
– für gute Supervision sorgen, um ihre Qualität zu halten;  
– ihre Arbeit weiterhin reflektieren und sich weiterbilden;  
– alle Hilfsmittel nutzen, die sie sinnvoll verwenden können.

Im EBP-Paradigma hat die Praxis Vorrang vor der Forschung. Es wird davon ausgegangen,  
– dass psychotherapeutische Praxis immer von lebenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt wird; auch wenn manualisierte Therapien durchgeführt werden, so werden diese von Therapeuten ausgeführt: Kein Manual macht Psychotherapie!  
– dass es letztlich diese PsychotherapeutInnen sind, die mit den Klienten arbeiten, die Diagnosen stellen, therapeutische Entscheidungen treffen, Interventionen realisieren, Effekte kontrollieren usw.;;  
– und dass damit auch letztlich diese PsychotherapeutInnen die Verantwortung für den Therapieprozess, für Entscheidungen usw. haben (und nicht Manuale);  
– dass Psychotherapie im realen sozialen Kontext eines Versorgungssystems erfolgt, im Kontext von realen Patienten (und nicht in artifiziellen Labor-Kontexten);  
– dass Psychotherapie mit realen Klienten geschieht, die vielfältige, komplexe Probleme, Persönlichkeitsstörungen, Interaktionseigenheiten usw. in die Therapie mitbringen.

Daher wird in diesem Paradigma angenommen,  
– dass psychotherapeutische Konzepte sich vorrangig an der Realität von Psychotherapie, an naturalistischen Kontexten zu orientieren haben (und nicht an artifiziellen Forschungskonzepten);  
– dass Psychotherapie-Konzepte die Komplexität von Klienten und Klienten-Problemen abbilden und berücksichtigen müssen, deren Eigenarten und Bedürfnisse;  
– dass Psychotherapie-Konzepte die realen Probleme und

Aufgaben von Psychotherapeuten berücksichtigen müssen; – dass Psychotherapie-Konzepte berücksichtigen müssen, dass Therapeuten eine hohe Expertise für ihren Beruf brauchen, dass sie diese haben und dass sie diese durch gutes Training erwerben können.

## Literatur

Beutler L.E., Machado P.P. & Allstetter-Neufeldt S. (1994). Therapist variables. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 229–269. New York: Wiley.

Bohart A.C. (2005). Evidence-based psychotherapy means evidence-informed, not evidence-driven. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35 (1), 39–53.

Braun D.L., Sunday S.R. & Halmi K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859–867.

Caspar F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.

Caspar F. (2000). Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess. In: J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Bd. 1, 2. Aufl., 155–166. Berlin: Springer.

Caspar F. & Grawe K. (1982a). Vertikale Verhaltensanalyse (VVA): Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung. *Forschungsberichte aus dem Psychologischen Institut*. Bern: Universität Bern.

Caspar F. & Grawe K. (1982b). Vertikale Verhaltensanalyse (VVA): Analyse des Interaktionsverhaltens als Grundlage der Problemanalyse und Therapieplanung. In H. Bommert & F. Petermann (Hrsg.), *Diagnostik und Praxis-kontrolle in der klinischen Psychologie*, 25–29. München: Steinbauer & Rau.

Caspar F. & Grawe K. (1992). Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer integrierender Produktionsprozess? *Report Psychologie*, 7, 10–22.

Caspar F., Herpertz S.C. & Mundt C. (2008a). Was ist eine psychische Störung? In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 3–32. München: Urban & Fischer.

Caspar F., Herpertz S.C. & Mundt C. (2008b). Was ist Psychotherapie? In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 33–54. München: Urban & Fischer.

Chambless D. & Hollon S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.

Chambless D. & Ollendick T. (2000). Empirically supported psychological

interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.

Clarkin J.E. & Levy K.M. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 194–226. New York: Wiley.

Fava M., Rankin M.A., Wright E.C., Alpert J.E., Nierenberg A.A., Pava J. et al. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 97–102.

Fiedler P. (2007). Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 39–60.

Flor H. (2007). Lern- und Verhaltenstheoretische Störungslehre. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 217–237.

Garfield S.E. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd edition, 215–256. New York: Wiley.

Garfield S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L.

Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 190–228. New York: Wiley.

Goldfried M.R. (2000). Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone? *Psychotherapy Research*, 10, 1–16.

Goldfried M.R. & Eubanks-Carter C. (2004). On the need for a new psychotherapy research paradigm: Comment on Westen, Novotny, and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin*, 130 (4), 669–673.

Gomes-Schwartz B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 1023–1035.

Goschke T. (2007). Kognitive und affektive Neurowissenschaft des Gedächtnisses. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 93–130.

Gouzoulis-Mayfrank E., Schweiger U. & Sipos V. (2008). Komorbide Störungen. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 657–677. München: Urban & Fischer.

Grawe K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

Grawe K., Donati R. & Bernauer F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Grosse-Holtforth M., Lutz W. & Egenolf Y. (2010). Diagnostik und Therapie-Planung in der Psychotherapie. In: W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, 71–87. Bern: Huber.

Haken H. & Schiepek G. (2010). *Synergetik in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe.

Herpertz S.C. & Caspar F. (2008). Therapeutische Beziehung, Patientenmerkmale und Behandlungsprognose. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie*, 77–89. München: Urban & Fischer.

Howard K.I., Lueger R., Maling M. & Martinovich Z. (1993). A phase model of psychotherapy: Causal mediation of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 106–110.

Johnson C., Tobin D.L. & Dennis A. (1991). Differences in treatment outcome between borderline and nonborderline bulimics at one-year follow-up. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 617–627.

Kendall P.C., Marrs-Garcia A., Nath S.R. & Sheldrick R.C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 285–299.

Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R. & Walters E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.

Kessler R.C., Stang P.E., Wittchen H.U., Ustun T.B., Roy-Burne P.P. & Walters E.E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 55, 801–808.

Kopta S., Howard K., Lowry J. & Beutler L. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009–1016.

Krause R. (2007). Emotion. In: B. Strauß, F. Hohagen & F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, Band 1, 61–92.

Lauth, G.W. & Naumann, K. (2005). Denken und Problemlösen. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 52–58. Göttingen: Hogrefe.

Lutz, W. (2010). Was ist Psychotherapie? In: W. Lutz (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie*, 28–47. Bern: Huber.

Melartin T.K., Rytsala H.J., Leskela U.S., Lestela-Mielonen P.S., Sokero T.P. & Isometsa E.T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 126–134.

Mueller T.I., Leon A.C., Keller M.B., Solomon D.A., Endicott J., Coryell W. et al. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1000–1006.

Nathan P.E., Stuart S.P. & Dolan S.L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126, 964–981.

Norcross, J.C. (2001). Purposes, processes and products of the task force on empirically supported therapy relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 345–356.

Norcross J.C. (2002a). Empirically Supported Therapy Relationships. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work*, 1–16. Oxford: University Press.

Norcross J.C. (2002b). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

Orlinsky D.E., Grawe K. & Parks B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition, 270–276. New York: Wiley.

Orlinsky D.E. & Howard K.I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6–27.

Orlinsky D.E., Ronnestad M.L. & Willutzki U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th edition, 307–389. New York: Wiley.

Persons J.B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist*, 46, 99–106.

Reisenzein R. (2005). Motivation und Emotion. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 60–67. Göttingen: Hogrefe.

Resch F. (2005). Entwicklungspsychopathologie. In: F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*, 69–79. Göttingen: Hogrefe.

Sachse R. (2003). *Klärungsorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse R. (2006a). *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe.

Sachse R. (2006b). Valide Information entsteht im Therapieprozess: Zur Bedeutung von Beziehungsgestaltung und Klärung in der Anfangsphase von Psychotherapie. In: R. Sachse & P. Schlebusch (Hrsg.), *Perspektiven Klärungsorientierter Psychotherapie*, 281–293. Lengerich: Pabst.

Sachse R. (2009). Psychotherapeuten als Experten. In: R. Sachse, J. Fasbender, J. Breil & O. Püschel (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte Klärungsorientierter Psychotherapie*, 269–291. Göttingen: Hogrefe.

Sachse R. & Elliott R. (2002). Process-Outcome Research on Humanistic Therapy Variables. In: D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of Research and Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Steiger H. & Stotland S. (1996). Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: Long-term responses on eating and psychiatric symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 149–161.

Tretter F. (2005). *Systemtheorie im klinischen Kontext*. Lengerich: Pabst.

Westen D. (1998). Case formulation and personality diagnosis: Two processes or one? In: J. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful*, 111–138. Washington, DC: American Psychological Association.

Westen D. & Morrison K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875–899.

Westen D., Novotny C.M. & Thompson-Brenner H. (2004a). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130 (4), 631–663.

Westen D., Novotny C.M. & Thompson-Brenner H. (2004b). The next generation of psychotherapy research: Reply to Ablon and Marci (2004), Goldfried and Eubanks-Carter (2004), and Haaga, 2004). *Psychological Bulletin*, 130, 677–683.

Westen D., Novotny C.M. & Thompson-Brenner H. (2005). EBP ≠ EST: Reply to Crits- Christoph et al. (2005) and Weisz et al. (2005). *Psychological Bulletin*, 131 (3), 427–433.

Westen D. & Weinberger J. (2004). When clinical description becomes statistical prediction. *American Psychologist*, 59, 595–613.

## 03 Ein Vierteljahrhundert bis zum Psychotherapeutengesetz – und die 15 Jahre danach

*Beitrag zum Bayerischen Ärzteblatt 2003  
ergänzt und überarbeitet*

Benedikt Waldherr

Nach dem 2. Weltkrieg nimmt auch die Psychologie und die Psychotherapie in der Zeit der Nachkriegsjahre und des Wirtschaftswunders an der einsetzenden positiven Entwicklung teil. Bereits 1946 wird der Berufsverband der Deutschen Psychologen, der BDP als Verband der Diplompsychologen begründet. In ihm sind überwiegend psychologisch psychotherapeutisch tätige Psychologen engagiert.

Ein Jahr später erfolgt die Wiedergründung des Berliner Instituts für Psychotherapie und die deutsche psychoanalytische Gesellschaft wieder neu etabliert. Man gründet die Organisation deshalb neu, weil auch diese Institution im Dritten Reich deutlich von nationalsozialistischen Einflüssen geprägt war.

Zwei Jahre später, 1949 wird die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse Psychotherapie und Psychosomatik, kurz DGPT, gegründet. Ziel war, die Psychoanalyse im deutschsprachigen Raum dem ehemaligen Mutterland und Entstehungsland neu zu begründen und ihre gesellschaftliche Durchsetzung einzuleiten.

Der Behaviorismus, aus dem sich die Verhaltenstherapie entwickeln wird, hält in dieser Zeit unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg Einzug über erste Vorlesungen an Universitäten im deutschsprachigen Raum und entwickelt sich diesseits des Atlantiks nur allmählich.

Entscheidend für die Etablierung der Psychotherapie in der Versorgungsstruktur der BRD werden BSG-Rechtsprechungen von 1959 und vor allen Dingen von 1964. Darin werden körperliche Versorgungsleiden durch Kriegsschäden mit seelischen Erkrankungen im Rahmen der Reichsversicherungsordnung gleichgestellt. Der Neurosenbegriff wurde

in diesen fundamentalen Rechtsprechungen als Krankheitsform etabliert. Aber nicht nur im Hinblick auf die Rentenversicherung waren diese Urteile von entscheidender Bedeutung, sondern auch im Hinblick auf die Krankenversicherungen.

Mehr und mehr erstritten sich behandlungsbedürftige Patienten in den frühen 60er Jahren vor den Sozialgerichten die Kostenübernahmen für ihre Psychotherapie durch die Krankenkassen.

1965 belegen A.Dührssen und E.Jorswig in einer kontrollierten Studie des Berliner AOK-Instituts für psychogene Erkrankung die Wirksamkeit und das Kosteneinsparungspotential der analytischen Psychotherapie. Diese Studie im Auftrag der Krankenkassen erstellt, ebnet den Weg für die geregelte Einführung in die GKV.

Bei 125 Patienten, die eine 50 Sitzungen umfassende analytische Psychotherapie erhielten, wurden anhand der Auswertung von Krankenkassendaten über einen Zeitraum von 10 Jahren die Zahl der Krankenhaustage ermittelt. Diese Untersuchungsgruppe wurde verglichen mit einer Kontrollgruppe von Patienten mit der Diagnose einer neurotischen Erkrankung und einer weiteren Kontrollgruppe von durchschnittlichen AOK-Versicherten ohne psychische Erkrankung.

In den fünf Jahren vor der analytischen Behandlung hatte die Untersuchungsgruppe im Schnitt 26 Krankenhaustage pro Jahr. In den 5 Jahren nach Abschluss der Behandlung sank die Rate der Krankenhaustage in der Untersuchungsgruppe auf 6 Tage jährlich. In der Kontrollgruppe mit ebenfalls neurotisch erkrankten Menschen blieb der Wert unverändert hoch bei 26 Krankenhaustagen pro Jahr. In der Gruppe der durchschnittlichen AOK-Patienten blieb der Wert der Krankenhaustage ebenfalls unverändert bei 10 Tagen pro Jahr.

1967 kommt es als Folge dieser Untersuchungen von Dührssen zur Aufnahme der analytischen Psychotherapie in die GKV. Zeitgleich werden schon damals die ersten Psychotherapierichtlinien zur Sicherung des Qualitätsstandards in der Psychotherapie erlassen, um das hohe Niveau der Krankenbehandlung zu erhalten. Ebenfalls zu dieser Zeit wurde das sogenannte Delegationsverfahren entwickelt. Weil es von Anfang an zuwenig ärztliche Behandler gab, wurden Diplom-

Psychologen und andere Grundberufe in die psychotherapeutische Versorgung einbezogen.

Der Begriff „tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ wird erstmals mit diesen Richtlinien von 1967 eingeführt. Damit wird ein kürzeres analytisches Behandlungsverfahren, etabliert. Ziel dabei ist es, über die Verkürzung und Fokussierung der Behandlung die Behandlerkapazität und damit den Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung zu verbessern.

Im Bereich der Verhaltenstherapie entwickelt sich ab den 50er Jahren auch in Deutschland eine rege Forschungstätigkeit obwohl der Behaviorismus auch damals noch primär im angloamerikanischen Raum verwurzelt ist. Nach 1960 verbreitet sich die Methode auch in der BRD und wird zunehmend als Verhaltenstherapie bekannt und erforscht.

Nicht unwesentlich werden in den 60er und 70er Jahren verschiedene Entwicklungen in der Psychotherapieforschung durch die Folgen des Vietnam-Krieges mitgeprägt. Wie schon die beiden Weltkriege beeinflusste auch der Vietnam-Krieg von 1964 bis 1975 die Entwicklungen der Psychologie und in der Folge auch der Psychotherapie. Bereits in den 60er Jahren werden die Hälfte der Forschungsprojekte zum Thema Gruppen und Gesetzmäßigkeiten in Kleingruppen in den USA vom Pentagon finanziert.

Über 500.000 ehemalige GIs kehren aus dem Vietnam-Krieg als Kriegsveteranen mit schwersten psychischen Störungen wie Drogenmissbrauch, Alkoholabhängigkeit, Dissozialität, Depression und Angst zurück. Diese „combat-fighting disorders“ wurden in der Folge des Vietnamkrieges ausgiebig erforscht und die posttraumatische Belastungsstörung kommt in den ICD-Schlüssel. Entgegen früheren Überzeugungen waren alle Betroffenen, auch die Kinder aus normalen weißen Familien im mittleren Westen ohne die vermeintliche schwierige Kindheit, gleichermaßen von den schweren psychischen Schädigungen betroffen.

Erst mit dem Vietnam-Krieg erkennt man an, dass Kriegsereignisse an sich Menschen vollständig traumatisieren können.

Auch nach der Einführung der analytischen Psychotherapie in die GKV 1967 erweist sich die Zahl der Behandler

weiterhin als zu niedrig. Deshalb findet die zunehmende Nachfrage nach psychotherapeutischen Angeboten von Anfang an auch außerhalb der GKV-Versorgung verschiedene Angebote und schafft somit einen „Grauen Psychotherapiemarkt“.

Die Etablierung der Verhaltenstherapie als Behandlungsmethode vollzieht sich etwa zehn Jahre nach der Psychoanalyse. In den 70'er Jahren entwickelt sich die Methode zunehmend zu einem neuen Behandlungskonzept, das zuerst in der stationären Versorgung Anwendung findet. In der ambulanten Praxis wird die Verhaltenstherapie zunächst über die Kostenerstattung gewährt. Sie war damit die erste Therapiemethode, die in der Kostenerstattung Bewährung und Anwendung fand.

1973 stellt die Enquete zur Lage der Psychiatrie fest, dass eine gesetzliche Regelung für den neuen Beruf des nicht-ärztlichen Psychotherapeuten notwendig ist.

Im Jahr 1974 wird die Psychotherapie als Behandlungsverfahren per Gesetz auch für Behinderte und chronisch Kranke zugänglich.

1978 scheitert der erste Versuch, ein eigenes Psychotherapeutengesetz zu schaffen an der Uneinigkeit der Psychotherapeuten und ihrer Verbände.

Als Folge davon kommt es zur vorläufigen Einführung der Verhaltenstherapie in die GKV 1980. Im Rahmen eines ersten Modellversuchs im Bereich der Ersatzkassen wird die Adaptation des Gutachterverfahrens und des Delegationsverfahrens von den analytischen Verfahren in den Bereich der Verhaltenstherapie übernommen.

Auch nach der Einführung der VT 1980 in die GKV lässt sich der Versorgungsengpass nicht beheben. Dies führt 1983 zum sogenannten TK-Modell. Die Techniker Krankenkasse vereinbart mit dem BDP, dem Berufsverband Deutscher Psychologen, ein regelhaftes Genehmigungsverfahren außerhalb der Sicherstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigung auf dem Boden der Kostenerstattung.

1983 stellt das Bundesverwaltungsgericht klar, dass psychotherapeutische Tätigkeit eine Ausübung der Heilkunde ist und damit die Psychologischen Psychotherapeuten hilfsweise einer Zulassung nach dem Heilpraktikergesetz bedürfen.

1987 kommt es zur dritten Neufassung der Psychotherapierichtlinien. Die Verhaltenstherapie wird endgültig für alle Kassenarten im gesamten GKV-Bereich geregelt. Der Indikationskatalog für die psychotherapeutische Behandlung wird für alle Richtlinienverfahren spezifiziert und weiterentwickelt.

1988 bestätigt das Bundesverfassungsgericht die Rechtsmeinung des Bundesverwaltungsgerichtes, dass eine gesetzliche Regelung für die Psychologischen Psychotherapeuten erforderlich sei.

1989 werden die Vorgespräche zu einem neuerlichen Anlauf zum Psychotherapeutengesetz unter Minister Seehofer wieder aufgenommen.

1993 scheitert dieses Bemühen erneut. Diesmal aber nicht an der Uneinigkeit der Leistungserbringer, sondern an der vorgesehenen Zuzahlungsregelung für die Patienten. Der damals SPD-dominierte Bundesrat trat entschieden gegen die damit verbundene Diskriminierung der psychisch Kranken ein.

Trotz dieses Rückschlages organisieren sich die psychotherapeutischen Dach-Verbände 1994 relativ rasch zu einem erneuten Anlauf des Gesetzgebungsverfahrens. Auch der damalige Gesundheitsminister Seehofer hat die Nerven nicht verloren und geht konstruktiv ans Werk.

Das Scheitern des Psychotherapeutengesetzes 1978 und noch mehr 1993 führt zu einer Ausweitung des Erstattungssystems. Bis Mitte der 90'er Jahre werden etwa 50 % der psychotherapeutischen Versorgung im Erstattungssystem erbracht. BKK'en und Innungskrankenkassen treten dem TK-Modell bei, weil auch sie die steigende Nachfrage nach Psychotherapie zu einem Mittel der Krankenkassenwerbung machen.

Auch der so genannte graue Psychotherapiemarkt weitet sich aus und macht eine gesetzliche Regelung zum Schutz der Patienten und zur Wahrung einheitlicher Qualitätsstandards unumgänglich.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die das Delegationsverfahren befürworten, sehen im zunehmenden Erstattungsverfahren ihren Sicherstellungsauftrag ernsthaft gefährdet und gehen gerichtlich gegen das Erstattungsverfahren vor. Im Oktober 1996 schränkt das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen das Erstattungsverfahren massiv ein und erklärt

damit die reguläre Kostenerstattung für die GKV für nicht zulässig. Daraufhin müssen teilweise auch laufende Therapien abgebrochen werden.

Dies wiederum erhöht den Druck auf den Gesetzgeber, die Psychotherapie als Heilberuf neu zu ordnen.

Der eigentliche Weg zum Psychotherapeutengesetz ging also über verschiedene Stränge. Erst im dritten Anlauf und nach 25 Jahren wird das Psychotherapeutengesetz Wirklichkeit.

Das Delegationsverfahren und das Erstattungsverfahren entwickelten sich parallel und in Konkurrenz zueinander.

Der Berufspolitische Zusammenschluss der Psychologen, Pädagogen und der ärztlichen Psychotherapeuten in einem Berufsverband bvvp und damit die Integration der verschiedenen Psychotherapeuten unter dem Dach eines Verbandes fördert die Durchsetzung des Integrationsmodelles der PP und KJP in die KVen. Weiter unterstützt wird dieser integrative Prozess durch die Etablierung von Landeskonferenzen aller Richtlinienpsychotherapeuten z. B. in Bayern. Die Einheit der Psychotherapie unabhängig vom Grundberuf des Psychotherapeuten ist der Leitgedanke des Integrationsmodelles das seit 1994 das Gesetzgebungsverfahren beherrscht.

Im Juni 1997 passiert der Gesetzesentwurf, nun das Integrationsmodell beinhaltend, in der ersten und zweiten Lesung den Bundestag. Als im September 1997 die KBV-Vertreterversammlung sich plötzlich gegen das Integrationsmodell ausspricht, scheint wieder einmal alles zu kippen. Die entscheidende Anhörung wenige Tage nach der außerordentlichen KBV-Vertreterversammlung führt aber wiederum dazu, dass das Gesetzesvorhaben weiter verfolgt wird. Dank der Durchsetzungskraft aller Beteiligten besteht das Psychotherapeutengesetz im Dezember 1997 die dritte Lesung im Bundesrat und das anschließende Vermittlungsverfahren im Bundesrat.

Sodass es zum 23. Juni 1998 mit Wirkung zum 1.1.1999 in Kraft treten kann. Die beiden neuen Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind damit geschaffen, sowie deren Berufsausübung, der berufsrechtliche Teil und die Kassenzulassung als sozialrechtlicher Teil geregelt.

Mithilfe von ausgedehnten Übergangsregelungen sollen nicht nur die ehemaligen Delegationspsychologen sondern auch möglichst viele der früheren Erstattungspsychologen Approbation und Kassenzulassung erhalten. Gleichzeitig wird die Bedarfsplanung der Psychotherapie flächendeckend eingeführt und die Ausbildung zum PP und KJP neu geregelt.

1999 nach der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes sind bundesweit ca. 13.800 Psychotherapeuten niedergelassen.

Mit der Integration der Psychotherapeuten in die KVen kommt es dann auch bei den ersten KV-Wahlen 2000, an denen PP und KJP als KV-Mitglieder teilnehmen konnten zu den überraschenden Ergebnissen, dass in verschiedenen KVen, die neuen Mitglieder der KV sofort in Vorstandsämter aufrücken. Das ist sowohl in Bayern und als auch in Hamburg in der Amtsperiode 2001 bis 2004 der Fall.

Trotz der strukturell gelungenen Integration in die KV ist von Anfang an ein deutlicher Unterfinanzierungsbedarf in der ambulanten Psychotherapie gegeben. Die Krankenkassen führten nach eigenen Angaben keine genauen Statistiken über die Ausgaben im Erstattungsverfahren vor der Verabschiedung des Gesetzes. Deshalb wurde der Finanzbedarf für das Budget zur Implementierung der PP und KJP der einerseits auf den vorherigen Ausgaben im Erstattungsverfahren basierten zu niedrig veranschlagt.

Auch die Finanzmittel für die Kollegen, die bereits vor 1998 als Delegationspsychologen in der GKV arbeiteten, waren viel zu niedrig berechnet worden. Grund der zu geringen Ausstattung des Budgets war, dass die Honorarklagen aus den Jahren 1993 bis 1999 zwar erfolgreich für die Psychotherapeuten ausgegangen sind, die entsprechenden Nachzahlungen aber erst nach der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes erfolgt waren. Das Geld für die Nachzahlungen fehlte von vornherein im Topf, der für den psychotherapeutischen Versorgungsbereich zur Verfügung stand.

Seit 1993 ist das Honorar in der Psychotherapie durch den Hamsterradeffekt der somatisch arbeitenden Ärzte kontinuierlich abgesunken. Die Gelder, die einmal für die ambulante Psychotherapie aufgewendet worden sind, landen auf Grund der ungerecht gestalteten Honorarverteilungsmaßstäbe der KVen bei anderen Facharztgruppen.

Als im Jahr 1999 das Bundessozialgericht dieses Unrecht beendet, wird der Finanztopf für die Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes nicht nachträglich also sockelwirksam nachgebessert. Es erfolgen zwar einmalig Nachzahlungen aber das Budget für die Einführung des PTG wird nicht nach oben korrigiert, wie es nach der BSG-Rechtsprechung eigentlich erforderlich gewesen wäre. Das Geld, das in den neunziger Jahren im Delegationsbereich für die psychotherapeutische Versorgung aufgewendet worden ist, ist zu einem guten Teil weg und bei anderen Arztgruppen gelandet. Insofern ist nach 1999 systematisch zu wenig Geld für die Psychotherapie in den entsprechenden Untertöpfen der HVMS der KVen eingestellt. Ganz im Gegenteil werden den Psychotherapeuten die notwendigen Nachzahlungen für die Jahre 1993 bis 1999 als Plünderung des Facharttopfes vorgehalten.

Die kontinuierliche Gremienarbeit der Psychotherapeuten in den KVen hat sich aber mit der Zeit durchaus positiv ausgewirkt. So können in einigen KV-Bereichen gute Honorarabschlüsse, für die Psychotherapeuten erreicht werden. Es kann zum Beispiel in Bayern ein Vertrag (Transparenzvereinbarung) geschaffen werden, der den berühmten 10-Pfennig-Punktwert (zwar eingeschränkt durch den gesetzlichen Ost-West-Ausgleich), zumindest im AOK-Bereich von 2001 bis 2009 zumindest für einige Jahre absichert.

2003 wird die Bundespsychotherapeutenkammer als Zusammenschluss von damals noch 15 Landeskammern gegründet. Wenig später wurde dann auch im Osten Deutschlands eine Kammer für 4 Bundesländer ins Leben gerufen.

Die Ausbildung der jungen Kolleginnen und Kollegen nach den neuen Ausbildungsverordnungen erweist sich ab den Jahren 2003 zunehmend als neues Problem. Die AusbildungskandidatInnen werden zum Teil in den Ausbildungskliniken nicht als Akademiker nach einem abgeschlossenen Hochschulstudium behandelt, sondern wie Anfänger. Als voll ausgebildete Diplom Psychologen, Diplom Pädagogen oder Diplom Sozialpädagogen müssen sie teilweise ohne Entgelt froh sein, überhaupt arbeiten zu dürfen, um die Ausbildungsvoraussetzungen zu erfüllen.

Obwohl noch nicht Approbierte Psychotherapeuten werden sie auf den Stationen vielfach eingesetzt und müssen teilweise in vollem Umfang mitarbeiten. Rasch entwickelt sich das Problem, dass die bis dahin vorhandenen, bezahlten Stellen für Psychologen systematisch zurück gebaut werden und mit „kostenlosen“ Ausbildungskandidaten PiA (Psychotherapeuten in Ausbildung) besetzt werden. Da sich der Beruf des Psychotherapeuten aber einer zunehmend großen Nachfrage bei jungen Kolleginnen und Kollegen erfreut, ist der Wunsch nach Klinikplätzen groß und die Kliniken konnten wählen.

Die jungen Kolleginnen und Kollegen verdrängen zuerst weitgehend die bezahlten Psychologenstellen in den Kliniken, um dann selbst sozusagen ohne Bezahlung ihre praktische Tätigkeit abzuleisten zu dürfen. Dieser Umstand führt mit zunehmender Dauer zu massiven Protesten der Kolleginnen und Kollegen in der Ausbildung. Sie fühlen sich zu Recht ausgebeutet. Der Druck, das Psychotherapeutengesetz zu reformieren, entsteht 2007 zum einen aus dieser Quelle.

Die Regelungslücke im Psychotherapeutengesetz, die nach der Bologna-Reform und der Einführung der Bachelor- und Masterstudiengänge entstanden war, ist der andere zwingende Grund, das Psychotherapeutengesetz zu überarbeiten. Ab 2003 gibt es immer weniger Diplom-Studiengänge mehr im Bereich Psychologie.

Aber auch im Bereich Sozialpädagogik folgen mehr und mehr Bachelor-Studiengänge. Während aber im Bereich der Psychologie der Masterabschluss das Äquivalent zum vorherigen Diplom war, fehlte eine analoge und klare Regelung für Pädagogen und Sozialpädagogen. Dort reichte nach dem alten PTG ein Abschluss an einer Fachhochschule und das kann auch ein Bachelorabschluss sein.

Nachdem über die Bundespsychotherapeutenkammer und die Landespsychotherapeutenkammern mehrere Vorstöße in die Richtung der sogenannten kleinen Lösung (Forderung des Masterabschlusses auch für Pädagogen und Sozialpädagogen) unternommen wurden, die aber vom Bundes-Gesundheitsministerium (BMG) nicht aufgegriffen wurden, erteilt das Gesundheitsministerium unter der

damaligen Ministerin Ulla Schmidt den Auftrag für ein Gutachten zur Analyse der bisherigen Ausbildungssituation und um Ideen und Vorschläge für die Umgestaltung der Ausbildung zu entwickeln.

Dieses Forschungsgutachten, das von den Kollegen Strauß et al. 2009 gründlich und auf breiter Basis durchgeführt wurde, hat dann allerdings nicht die erhoffte Wirkung. Obwohl sich die Profession auf dem 16. und 17. Deutschen Psychotherapeutentag im Jahr 2010 gemeinsam und einheitlich auf das Modell der Reformierten Postgradualen Ausbildung geeinigt hatte, hat die Politik diesen Vorschlag nicht aufgegriffen. Die Minister im BMG wechselten und es wurde viel versprochen, aber wenig erfüllt.

So wird das aufwändige Gutachten von 2009 letztlich doch zur Makulatur und die Vorstellungen des BMG, vor allem der oberen Verwaltungsebene im BMG, die Psychotherapeutenausbildung der Ärzteausbildung anzugleichen, werden immer stärker. In der Diskussion um eine Form von Direktausbildung gipfelt diese Debatte derzeit und es bleibt unklar, wie es wirklich in der Zukunft mit der Ausbildung der Psychotherapeuten weiter gehen wird.

2012 wird die Bedarfsplanung im Bereich der Psychotherapie fortgeschrieben und es werden bundesweit etwa 1300 neue Sitze geschaffen, die inzwischen auch zum überwiegenden Teil besetzt wurden. Außerdem wird mit der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie als Folge der Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) für den Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten endlich eine eigene Untergruppe von 25 % der Psychotherapeutesitze gebildet und damit die Versorgung im KJP-Bereich verbessert. Auch für ärztliche Psychotherapeuten wird eine feste Quote von 20 % mit dem VStG festgeschrieben.

2013 sind immerhin etwa 22.400 Praxen von Psychotherapeuten im GKV-System tätig. Aber dennoch nimmt auch die Kostenerstattung weiter zu. Der Bedarf an qualifizierter Psychotherapie ist also weiterhin nicht gedeckt. Allein in den letzten 10 Jahren haben sich die Ausgaben in der Kostenerstattung von 1,7 Mio. Euro pro Quartal im Jahr 2004 auf 15,5 Mio. Euro pro Quartal im Jahr 2013 verzehnfacht, wie die BPTK am 21.07.2014 feststellt.

Fünfzehn Jahre nach der Einführung des Psychotherapeutengesetzes bleibt also dennoch viel zu tun. Hier einige kritische Anmerkungen zur Entwicklung seither:

- Das mit dem Gesetz 1999 vereinbarte Budget aus dem Psychotherapeutengesetz und die darauf gründende anschließende Finanzierung hält die Versorgung zwar funktionsfähig, verhindert aber eine angemessene Weiterentwicklung und einen sinnvollen Ausbau der Versorgungsstrukturen. Der Bereich ist seit 15 Jahren chronisch unterfinanziert.
- Die Umsetzung der BSG-Rechtsprechung zur Honorierung in der Psychotherapie aus dem Jahr 1999 und 2008 hinkt weiterhin hinterher. Aktuell wären erneut Nachzahlungen für die Jahre nach 2009 notwendig, die aber im Bewertungsausschuss derzeit blockiert werden.
- Die ex-post-facto-Bedarfsplanung von 1999 und ihre vermeintliche Verbesserung 2012 hat zu verzerrten Versorgungsstrukturen geführt. Im Grunde wurden die Verwerfungen, so wie sie sich unter dem unkontrollierten Erstattungsverfahren und dem Delegationsverfahren vor 1999 entwickelt hatten, mit dem Psychotherapeutengesetz und der Bedarfsplanung festgeschrieben und auch durch das Versorgungsstrukturgesetz von 2012 nicht wirklich weiterentwickelt.
- Eine Ausbildungsreform ist weiterhin dringend erforderlich. Auch 2014 arbeiten Ausbildungskandidaten noch in vielen Fällen unentgeltlich. Das hohe Qualifikationsniveau der Ausbildung mit der Eingangsvoraussetzung des qualifizierten Masterabschluss muss in die Zukunft festgeschrieben werden.

Trotz großer Fortschritte der Psychotherapeuten ist ihre gesellschaftliche Anerkennung auch fünfzehn Jahre nach der Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes noch nicht in wünschenswertem Ausmaß gelungen.

## 04 Zusammenfassung der Ergebnisse des Forschungsgutachtens

Christine Amrhein

*Das Forschungsgutachten des BMG gibt zum ersten Mal darüber Aufschluss, wie die Ausbildung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten von den Beteiligten bewertet wird – und verrät auch, wo Möglichkeiten zur Verbesserung bestehen.*

Wenn jemand sich zu einer Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten – oder zum Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten – entschließt, hat er oder sie sich das meist gut überlegt. Die Ausbildung lässt sich nicht einfach „so nebenbei“ machen – im Gegenteil, sie ist mit großem zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden. Dennoch streben nach wie vor viele Studienabgänger in Psychologie, Pädagogik und verwandten Fächern eine solche Ausbildung an. So geben etwa 60 Prozent der Psychologiestudenten an, durch ihr Studium anderen Menschen helfen zu wollen, 40 bis 50 Prozent arbeiten später tatsächlich im klinisch-psychologischen Bereich. Viele von ihnen entscheiden sich für eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten – häufig mit der Erwartung, dadurch ihre Berufschancen zu verbessern und einen Beruf mit relativ gesichertem Einkommen auszuüben.

Seit Anfang 1999 ist die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten durch das Psychotherapeutengesetz bundesweit einheitlich geregelt. Nun hat sich ein Forschungsgutachten des Bundesministeriums für Gesundheit zum ersten Mal damit beschäftigt, wie die aktuelle Ausbildungssituation von den verschiedenen Beteiligten – wie Ausbildungsteilnehmern oder Lehrkräften – bewertet wird. Ziel dabei war auch, Schwachstellen und Kritikpunkte der momentanen Ausbildung aufzudecken und daraus Verbesserungsmöglichkeiten für die Zukunft abzuleiten.

## Methoden des Forschungsgutachtens

Für das Gutachten wurden die Erfahrungen der Ausbildungsstätten, der Ausbildungsteilnehmer und der Lehrenden mithilfe von Fragebögen erfasst. Darin sollten die Befragten die Rahmenbedingung der Ausbildung wie Zeitdauer und Kosten, vor allem aber die Qualität der einzelnen Ausbildungsbausteine beurteilen. Diese umfassen die Theorieausbildung, die praktische Tätigkeit, die praktische Ausbildung, die Selbsterfahrung und die staatliche Abschlussprüfung. Mit „praktischer Tätigkeit“ sind dabei die vorgeschriebenen 1200 Stunden in einer psychiatrischen Einrichtung sowie die 600 Stunden in einer psychosomatischen oder psychotherapeutischen Einrichtung gemeint, „praktische Ausbildung“ bezeichnet dagegen die Durchführung eigener Therapiestunden unter Supervision.

An der Untersuchung nahmen insgesamt 290 Institutsleiter, 3223 derzeitige und 666 ehemalige Ausbildungsteilnehmer und 480 Studierende als mögliche zukünftige Ausbildungsteilnehmer teil. Weiterhin wurden 2196 Lehrkräfte befragt, die am Theorieunterricht, an der Supervision, an der Selbsterfahrung oder an der Prüfung beteiligt waren. Darüber hinaus wurden an 89 Lehrpraxen und 183 Kliniken Befragungen durchgeführt. Schließlich wurden auch 125 Experten von Psychotherapeutenkammern, Ärztekammern und psychotherapeutischen Fachverbänden zu ihren Erfahrungen mit dem Psychotherapeutengesetz befragt. Die Untersuchung fand von Juni bis Oktober 2008 statt.

## Informationen zu den Ausbildungsinstituten

Insgesamt gibt es in Deutschland 173 staatlich anerkannte Ausbildungsstätten, von denen 141 nicht universitär, 15 universitär und 17 an eine Universität angebunden sind. Die Ausbildung in Psychoanalyse (PA) ist an 43 Instituten möglich, die Ausbildung in Tiefenpsychologie (TP) an 78 Instituten, die verklammerte Ausbildung in tiefenpsychologisch-fundierter Therapie und Psychoanalyse (TP/PA) an 67 Instituten und die Ausbildung in Verhaltenstherapie (VT) an 82 Instituten.

Zudem ist an 2 Instituten eine Ausbildung in Gesprächstherapie möglich. Viele Institute bieten neben ihrem Hauptverfahren auch Zweitverfahren an – am häufigsten systemische Therapie und Hypnotherapie.

Von den Ausbildungsteilnehmern geben 63 Prozent an, eine Ausbildung in Verhaltenstherapie zu machen, 17 Prozent machen eine Ausbildung in tiefenpsychologisch-fundierter Therapie, 4 Prozent in Psychoanalyse und 13 Prozent eine Ausbildung in TP/PA. Während 70 Prozent der Teilnehmer in einer Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten (PP) sind, machen 27 Prozent eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichen-Therapeuten (K&J). Dabei fällt auf, dass zwei Drittel der Teilnehmer der PP-Ausbildung den Schwerpunkt Verhaltenstherapie gewählt haben, während bei der K&J-Ausbildung die Hälfte eine VT-Ausbildung, die andere Hälfte eine psychodynamische Ausbildung macht.

### **Dauer der Ausbildung**

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass die dreijährige Vollzeitausbildung und die fünfjährige Teilzeitausbildung etwa gleich oft angeboten und auch etwa gleich oft gewählt werden.

Nur etwa die Hälfte der ehemaligen Ausbildungsteilnehmer gibt an, die Ausbildung in der vorgegebenen Zeit abgeschlossen zu haben. Die übrigen haben für die Teilzeitausbildung zwischen 5,5, und 6,5 Jahren gebraucht, für die Vollzeitausbildung zwischen vier und sechs Jahren. Dabei gibt es keine Unterschiede zwischen der PP- und der K&J-Ausbildung, allerdings bestehen Unterschiede zwischen den Therapierichtungen: Teilnehmer einer VT-Ausbildung brauchen im Schnitt am kürzesten, Teilnehmer einer TP/PA-Ausbildung am längsten für ihre Ausbildung, Teilnehmer einer TP- oder PA-Ausbildung liegen dazwischen.

Als Gründe für eine Ausbildung in Teilzeit, aber auch für eine verlängerte Ausbildungsdauer werden vor allem die Finanzierung der Ausbildung, andere berufliche Verpflichtungen und familiäre Gründe genannt. Bei etwa 10 bis 20 Prozent der Teilnehmer führten jedoch auch Probleme im

Ausbildungsablauf und institutsbedingte Gründe zu einer verlängerten Ausbildungsdauer.

### **Zufriedenheit der Teilnehmer mit den Ausbildungsinstituten**

Im Durchschnitt sind die Ausbildungsteilnehmer mit der Qualität und dem Angebot der Ausbildungsstätten „mittel“ zufrieden. Am besten werden die Atmosphäre an den Instituten und die persönliche Erreichbarkeit von Ansprechpartnern bewertet. Verbesserungsbedarf besteht nach Ansicht der Teilnehmer dagegen vor allem beim Preis-Leistungs-Verhältnis des Ausbildungsangebots.

### **Übersicht über die Bewertung der Ausbildungsbausteine**

Im Forschungsgutachten wurden die Befragten zunächst gebeten, eine allgemeine Beurteilung der einzelnen Ausbildungsbausteine abzugeben. Dabei schätzen die Ausbildungsteilnehmer vor allem die praktische Ausbildung (ambulante Behandlungsstunden) und die Einzelsupervision als sehr hilfreich für die Entwicklung ihrer psychotherapeutischen Kompetenz ein. Auch Theorieunterricht, Einzel-selbsterfahrung und Gruppensupervision werden als hilfreich bewertet.

Als am wenigsten hilfreich wird die so genannte „freie Spitze“ angesehen. Diese frei zur Verfügung stehenden Stunden werden sehr heterogen verwendet, zum Beispiel für Literaturstudium, Teilnahme an Weiterbildungen, Arbeit in Kleingruppen oder zusätzliche Supervisions- und Selbsterfahrungsstunden. Auch die praktische Tätigkeit I (psychiatrische Einrichtung) und die praktische Tätigkeit II (psychosomatische Einrichtung oder Lehrpraxis) werden als relativ wenig nützlich eingestuft.

Die Mehrzahl der Teilnehmer findet die Ausbildung in einem bestimmten Schwerpunktverfahren (also VT, TP oder PA) sinnvoll. Allerdings wünschen sich viele, dass mehr

verfahrenübergreifendes Wissen und mehr Kenntnisse in anderen als dem eigenen Schwerpunktverfahren vermittelt werden.

Auch die Experten geben der praktischen Ausbildung, der Supervision, dem Theorieunterricht sowie der „freien Spitze“ die besten Noten, während sie die praktische Tätigkeit I und II als weniger nützlich einschätzen. Wie die Ausbildungsteilnehmer sprechen auch sie sich für die Ausbildung in einem Schwerpunktverfahren aus. Gleichzeitig sehen sie jedoch auch Kenntnisse in anderen Therapieverfahren, störungsspezifisches Wissen, Differentialdiagnostik und die Kenntnis von therapeutischen Wirkfaktoren als besonders wichtige Lerninhalte der Ausbildung an.

## **Beschreibung und Bewertung der einzelnen Ausbildungsbausteine**

### **Theorieausbildung**

Für die PP- und K&J-Ausbildung müssen insgesamt 600 Stunden Theorieunterricht abgeleistet werden. Das Forschungsgutachten macht deutlich, dass dabei der Anteil von Vorlesungen, Seminaren und Übungen je nach Institut sehr unterschiedlich ist. So bieten 40 Prozent der Institute keine Vorlesungen an, bei etwa 30 Prozent machen die Vorlesungen dagegen bis zu 250 Stunden der Theorieausbildung aus. Übungen machen bei 53 Prozent der Institute bis zu 200 Stunden, bei 30 Prozent der Institute bis zu 400 Stunden des Theorieunterrichts aus.

Sowohl Lehrkräfte und Experten als auch die Ausbildungsteilnehmer bewerten die Nützlichkeit und die Zufriedenheit mit der Theorieausbildung als gut. Auch der Umfang des Theorieunterrichts wird als zufrieden stellend bewertet. Allerdings sind vor allem ehemalige Teilnehmer der K&J-Ausbildung der Meinung, der Theorieunterricht sei zu wenig umfangreich gewesen. Viele Lehrkräfte fordern außerdem, dass während des Theorieunterrichts mehr praxisbezogene Inhalte vermittelt werden sollten – zum Beispiel Falldarstellungen oder die Demonstration von Behandlungstechniken.

Außerdem wird gefordert, Überschneidungen zwischen den Lerninhalten des Psychologiestudiums und der theoretischen Ausbildung zu reduzieren.

### **Praktische Tätigkeit**

Die praktische Tätigkeit – also 1200 Stunden Tätigkeit in einer psychiatrischen Einrichtung und 600 Stunden in einer psychosomatischen oder ambulanten therapeutischen Einrichtung – wird von den meisten Ausbildungsteilnehmern in Vollzeit und während der Theorieausbildung durchgeführt. Die Ausbildungsinstitute nehmen dabei kaum Einfluss auf den Beginn der praktischen Tätigkeit und auf die Wahl der Ausbildungseinrichtung.

Wie die Ergebnisse des Gutachtens zeigen, ist das Spektrum der Tätigkeiten während der praktischen Tätigkeit sehr heterogen. Viele Ausbildungskandidaten geben an, selbständig Einzel- und Gruppenpsychotherapien durchgeführt zu haben. Weiterhin wurden psychodiagnostische, psychoedukative und co-therapeutische Tätigkeiten häufig genannt. Viele Befragte berichten außerdem, Kenntnisse über verschiedene psychiatrische Krankheitsbilder, über die Therapie mit Psychopharmaka und über den Umgang mit suizidalen Patienten erhalten zu haben.

Auffällig ist, dass bei der praktischen Tätigkeit I über 80 Prozent der Teilnehmer berichteten, nicht oder überwiegend nicht eingearbeitet und angeleitet worden zu sein. Bei der praktischen Tätigkeit II sind dies ebenfalls über 60 Prozent. Zudem gab es in den meisten Fällen keine klare Aufgabenverteilung und keine Ausbildungsstandards, zum Beispiel in Form eines verbindlichen Curriculums.

Im Schnitt bewerten die Ausbildungsteilnehmer die praktische Tätigkeit dennoch als nützlich und sind mit diesem Ausbildungsbaustein „mittel“ zufrieden. Die Dauer der praktischen Tätigkeit I und II wird jedoch sowohl von den Teilnehmern als auch von Lehrkräften und Experten als zu lang eingestuft. Im Kontrast dazu fällt auf, dass die Ausbildungsstätten mit der Dauer der praktischen Tätigkeit sehr zufrieden sind.

*Verbesserungsvorschläge von Institutsleitern,  
Lehrkräften und Experten:*

- die praktische Tätigkeit sollte einheitlich vergütet werden.
- Lernziele und Aufgaben während der praktischen Tätigkeit sollten in einem verbindlichen Curriculum festgelegt werden.
- die Ausbildungsteilnehmer sollten während der praktischen Tätigkeit einen klaren Status und eine angemessene Funktionsbezeichnung haben.

*Zusätzliche Empfehlungen der Leiter des Forschungsgutachtens:*

- die praktische Tätigkeit sollte mehr in die Gesamtausbildung integriert werden, zum Beispiel durch begleitende Seminare zur Reflexion der praktischen Tätigkeit
- Vorerfahrungen der Ausbildungsteilnehmer (z. B. vorherige Tätigkeit in einer psychiatrischen Einrichtung) sollten auf die praktische Tätigkeit anerkannt werden
- die praktische Tätigkeit sollte auf insgesamt 1200 Stunden reduziert werden.

### **Praktische Ausbildung (ambulante Behandlungsstunden) und Supervision**

Die praktische Ausbildung umfasst die eigenständige Durchführung von Psychotherapien, die von regelmäßiger Supervision begleitet ist. Um mit der praktischen Ausbildung beginnen zu können, müssen die Ausbildungsteilnehmer an den meisten Instituten bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Am häufigsten – nämlich bei etwa einem Drittel der Teilnehmer – war eine institutsinterne Zwischenprüfung erforderlich.

Die Ausbildungskandidaten berichten, bei der praktischen Ausbildung am meisten Erfahrungen mit den Krankheitsbildern Angststörungen, affektive Störungen und Anpassungs- und Belastungsstörungen zu sammeln. Neben der Durchführung von Einzeltherapien geben sie aber auch psychodiagnostische Aufgaben und die Abrechnung von Leistungen als Bestandteile der praktischen Ausbildung an.

Weiterhin zeigt das Forschungsgutachten, dass VT-Institute im Vergleich zu anderen Instituten am meisten Behandlungsvarianten zur ambulanten Einzeltherapie (z. B. Gruppentherapie oder Therapie stationärer Patienten) anerkennen.

Insgesamt wird die praktische Ausbildung sowohl von den Teilnehmern als auch von Lehrkräften, Institutsleitern und Experten als sehr nützlich für die Entwicklung der psychotherapeutischen Kompetenz bewertet. Dabei wird vor allem die Einzelsupervision von den Ausbildungsteilnehmern als sehr hilfreich angesehen, während die Gruppensupervision als etwas weniger hilfreich bewertet wird. Der Umfang der praktischen Ausbildung wird dabei von der Mehrheit in allen Befragungsgruppen als angemessen angesehen.

Teilnehmer von PA- und TP/PA-Ausbildungen sind mit der fachlichen Betreuung während der praktischen Ausbildung signifikant zufriedener als Teilnehmer von TP- und VT-Ausbildungen. Allerdings äußern vor allem die Supervisoren und Institutsleiter der PA- und TP-Ausbildungen den Wunsch nach einer Erhöhung der Supervisionsstunden, und zwar insbesondere der Einzelsupervision.

*Zusätzliche Empfehlungen der Leiter  
des Forschungsgutachtens:*

- bei der praktischen Ausbildung sollten mehr Settings und Zielgruppen anerkannt werden, zum Beispiel die Therapie stationärer Patienten oder gruppentherapeutische Behandlungen.
- eine institutsinterne Zwischenprüfung sollte verbindlich sein, um den Teilnehmern vor Beginn der praktischen Ausbildung eine Rückmeldung über ihren Kenntnisstand zu geben.
- die Weiterbildungsmöglichkeiten für Supervisoren sollten verbessert werden.

### **Selbsterfahrung**

Für die PP- und K&J-Ausbildung sind insgesamt 120 Stunden Selbsterfahrung erforderlich, die je nach Ausbildungsverfahren einzeln, in der Gruppe oder in einer Kombination von beidem durchgeführt werden. Die Selbsterfahrung wird von den Ausbildungsteilnehmern, Lehrkräften und

Institutsleitern insgesamt als sehr positiv bewertet. Die Dauer der Gruppenselbsterfahrung wird meist als angemessen angesehen, während der Umfang der Einzelselbsterfahrung häufig als zu gering betrachtet wird. Vor allem Teilnehmer einer VT-Ausbildung wünschen sich mehr Einzelselbsterfahrung, die bei dieser Ausbildung nicht vom Psychotherapeutengesetz vorgeschrieben ist.

Als problematisch wird von vielen Selbsterfahrungsleitern angesehen, dass sie zugleich andere Funktionen an einer Ausbildungsstätte erfüllen (z. B. Supervision, Ambulanzleitung). Außerdem fordern sie häufig, die Selbsterfahrungsstunden zu erhöhen und die Einzelselbsterfahrung mehr in die Gesamtausbildung zu integrieren.

### **Staatliche Prüfung**

Wie das Forschungsgutachten zeigt, haben sich die ehemaligen Ausbildungsteilnehmer ausführlich, nämlich im Schnitt mehr als zwölf Wochen, auf die Prüfung vorbereitet. Die Durchfallquote ist sowohl bei der schriftlichen als auch bei der mündlichen Prüfung sehr gering. Dabei erzielten Teilnehmer der PP-Ausbildung etwas bessere Prüfungsergebnisse als Teilnehmer der K&J-Ausbildung. Innerhalb der K&J-Ausbildung schneiden außerdem Teilnehmer mit psychologischem Studium besser ab als Teilnehmer anderer Studienrichtungen.

Sowohl die Institutsleiter als auch die Experten bewerten die bisherigen Prüfungsregelungen als „befriedigend“. Die Frage, ob sich die Aufteilung der Prüfung in einen schriftlichen und einen mündlichen Teil bewährt habe, wird von etwa der Hälfte der Prüfer bejaht.

Dabei wird die schriftliche Prüfung sowohl von ehemaligen Teilnehmern als auch von den Prüfern als relativ wenig geeignet zur Feststellung der psychotherapeutischen Kompetenzen angesehen. Die mündliche Prüfung wird von den Prüfern als „gut“ geeignet, von den ehemaligen Teilnehmern dagegen nur als „mittel“ geeignet angesehen. Weiterhin sehen die Prüfer die Anforderungen der schriftlichen Prüfung tendenziell als zu hoch, die der mündlichen Prüfung jedoch als angemessen an.

Neben der Prüfungsvorbereitung im Rahmen der Theorieausbildung wird auch die praktische Ausbildung von den ehemaligen Teilnehmern als „ziemlich hilfreich“ für die Vorbereitung der Prüfung angesehen. Die Mehrheit von ihnen ist dafür, dass das Angebot zur Prüfungsvorbereitung gleich bleiben oder erhöht werden sollte. Allerdings fällt auf, dass von den Dozenten zur Prüfungsvorbereitung zwar häufig Fallvorstellungen trainiert werden, jedoch nur selten die Multiple-Choice-Fragen aus der schriftlichen Prüfung geübt werden.

*Empfehlungen der Leiter des Forschungsgutachtens:*

- der Gegenstandskatalog der schriftlichen Prüfung sollte überarbeitet werden; dabei sollten vor allem weniger medizinisch orientierte Fragen und mehr psychotherapeutischen Behandlungsfragen in den Fragenkatalog aufgenommen werden.
- die Prüfungsvorbereitung durch die Ausbildungsinstitute sollte verbessert werden.
- es sollte keine personellen Überschneidungen zwischen Prüfern, Supervisoren und Selbsterfahrungsleitern geben.

### **Weitere Aspekte der Psychotherapieausbildung**

#### **Zugangsvoraussetzungen für die PP- und K&J-Ausbildung**

Laut Forschungsgutachten beobachten viele Lehrkräfte der K&J-Ausbildung Unterschiede im Vorwissen der Ausbildungsteilnehmer. Am meisten Vorwissen haben demnach Teilnehmer mit Psychologiestudium, gefolgt von Pädagogen und Sozialpädagogen. Das geringste Vorwissen bringen nach Meinung der Lehrkräfte Teilnehmer mit Lehramts- und Kunsttherapiestudium mit.

Die Experten beurteilen die Regelungen zur Zulassung bei einer PP-Ausbildung als „befriedigend“, bei einer K&J-Ausbildung nur als „ausreichend“. Einige Experten und Lehrkräfte fordern, dass fehlende Vorkenntnisse bei einer K&J-Ausbildung in Form von Vorbereitungsveranstaltungen nachgeholt werden sollten.

*Empfehlungen der Leiter des Forschungsgutachtens:*

- die Zugangsvoraussetzungen für die PP- und K&J-Ausbildung sollten vereinheitlicht werden, wobei Voraussetzung für beide Ausbildungsgänge ein Master-Abschluss in den Fächern Psychologie, soziale Arbeit, Pädagogik oder Heilpädagogik (und evt. in wenigen weiteren Fächern) sein sollte.
- theoretische Inhalte aus dem Studium sollten auf die Theorieausbildung anrechenbar sein
- der Erwerb einer Doppel-Approbation im PP- und K&J-Bereich sollte (nach entsprechender Ausbildung) in Zukunft für alle Ausbildungsteilnehmer möglich sein.

### **Ausbildungskosten**

Die Ausbildungskosten werden von den verschiedenen Befragten des Gutachtens im Mittel mit 20.000 bis 30.000 Euro angegeben. Dabei ist die Varianz zwischen den Instituten jedoch sehr hoch. Die geringsten Ausbildungskosten entstehen bei einer VT-Ausbildung, die höchsten bei einer PA-Ausbildung. TP- und TP/PA-Ausbildungen liegen dazwischen.

Bei den Angaben zu den Gesamtkosten besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen den Ausbildungsteilnehmern und den Instituten: Die Teilnehmer berichten, dass die Einnahmen während der Ausbildung ihre Ausbildungskosten nicht vollständig ausgleichen und ihnen im Mittel Kosten von 3.400 Euro entstehen. Dagegen geben die Institute mehrheitlich an, die Einnahmen während der Ausbildung würden die Ausbildungskosten ausgleichen oder sogar übersteigen, und zwar im Mittel um 3.700 Euro.

Etwa die Hälfte aller Ausbildungsteilnehmer gibt außerdem an, für die praktische Tätigkeit I und II keine Vergütung erhalten zu haben. Diejenigen, die eine Bezahlung erhalten, verdienen durchschnittlich 920 Euro pro Monat während der praktischen Tätigkeit I und 1150 Euro pro Monat während der praktischen Tätigkeit II.

Die Möglichkeiten, die Ausbildung zu finanzieren, sind wenig systematisch. Hier werden Bildungskredite, Bankkredite oder die Unterstützung einzelner Ausbildungsstätten als Finanzierungshilfen angegeben.

*Empfehlungen der Leiter des Forschungsgutachtens:*

- die Übersicht über die Gesamtkosten der Ausbildung (also auch der „versteckte“ Kosten, die nicht direkt ans Institut, sondern an Supervisoren etc. gezahlt werden) sollte von den Instituten transparenter gestaltet werden.
- vom Staat sollten mehr Möglichkeiten zur Ausbildungsförderung zur Verfügung gestellt werden.

### **Qualitätssicherung während der Ausbildung**

Ein weiterer Aspekt des Forschungsgutachtens beschäftigte sich mit der Frage, wie die Qualitätssicherung in den Instituten gehandhabt wird. Hier zeigt sich, dass die Ausbildungskandidaten vor allem beim Theorieunterricht die Möglichkeit zur Evaluation bekamen – bei den anderen Ausbildungsbausteinen gab es diese Möglichkeit deutlich seltener. Weiterhin hatte nur ein geringer Teil der Ausbildungsteilnehmer das Gefühl, ihre Rückmeldungen zur Qualität der Supervision würden ernst genommen.

Darüber hinaus gibt nur die Hälfte der befragten Lehrkräfte an, dass ihre eigene Tätigkeit evaluiert wird. Von diesen berichtet wiederum nur etwa die Hälfte, dass die Evaluation Konsequenzen gehabt hat. Am häufigsten wurden dabei die Ergebnisse der Evaluation mit der Institutsleitung besprochen.

*Empfehlungen der Leiter des Forschungsgutachtens:*

- die Qualitätssicherung an den Instituten sollte verbessert werden; dabei sollten neben der Theorieausbildung auch die anderen Bestandteile der Ausbildung intern evaluiert werden.
- es sollten verbindliche Maßnahmen zur Evaluation der Supervisoren an den Instituten etabliert werden.

### **Auswirkungen der Ausbildung auf die Chancen auf dem Arbeitsmarkt**

Die Mehrheit der ehemaligen Teilnehmer ist nach Abschluss der Ausbildung psychotherapeutisch tätig, und zwar vor allem im ambulanten Bereich. Drei Viertel sind der Meinung, dass sich durch die Therapieausbildung ihre Chancen auf dem Arbeitsmarkt verbessert hätten. Allerdings

entscheidet sich ein Großteil für andere Wege als den „klassischen“ beruflichen Werdegang: Nur ein Drittel der ehemaligen Ausbildungsteilnehmer gibt an, eine Kassenzulassung zu besitzen.

### **Exkurs: mögliche Erweiterungen der Kompetenzen für Psychologische Psychotherapeuten**

Eine weitere, ergänzende Frage des Forschungsgutachtens lautete, ob eine Erweiterung der Kompetenzen für PP- und K&J-Therapeuten in bestimmten Bereichen sinnvoll sein könnte. Gefragt wurde, ob PP- und K&J-Therapeuten die Möglichkeit haben sollten, Psychopharmaka zu verschreiben, eine stationäre Unterbringung von Patienten anzuweisen, Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen auszustellen und Patienten regulär in eine stationäre Behandlung zu überweisen.

Dabei wird die Möglichkeit, Psychopharmaka zu verordnen, von etwa der Hälfte der Ausbildungsteilnehmer, aber nur von einem Fünftel der Lehrkräfte befürwortet. Ärztliche Psychotherapeuten lehnen diese Möglichkeit dagegen eindeutig ab.

Die Befugnis, regulär in eine stationäre Behandlung einweisen zu können, wird von der Mehrheit der Teilnehmer und Lehrkräfte befürwortet. Auch ärztliche Psychotherapeuten befürworten diese Möglichkeit.

Bei den Fragen, ob PP und K&J-Therapeuten die Befugnis haben sollten, eine Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung auszustellen oder eine stationäre Unterbringung anzuweisen, ließ sich in der Befragung kein eindeutiger Trend ausmachen.

#### *Empfehlungen der Leiter des Forschungsgutachtens:*

- die Kompetenzen von PP und K&J-Therapeuten sollten nicht auf die Verschreibung von Medikamenten erweitert werden; begründet wird dies mit haftungsrechtlichen Gründen und mit den sehr umfangreichen erforderlichen Kenntnissen (z. B. Wechselwirkungen zwischen Medikamenten).
- die Kompetenzen sollten ebenfalls nicht auf die Möglichkeit einer Zwangseinweisung erweitert werden.

- die Möglichkeit zur Erstellung von Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen, zur Überweisung an Fachärzte und zur Einweisung in eine stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung wird dagegen
- nach entsprechender Weiterbildung – befürwortet.
- weiterhin sollte die Definition der heilkundlichen Psychotherapie auch die Gebiete Prävention und Rehabilitation umfassen.

### **Abkürzungen**

VT: Verhaltenstherapie, PA: Psychoanalyse, TP: tiefenpsychologisch-fundierte Therapie, TP/PA: verklammerte tiefenpsychologische und psychoanalytische Ausbildung, PP: Psychologische Psychotherapeuten, K&J: Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, Ausbildungsteilnehmer: ehemalige und derzeitige Ausbildungsteilnehmer.

### **Quelle**

Forschungsgutachten zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, April 2009

Dieser Text wird mit freundlicher Genehmigung von Pro Psychotherapie e.V. abgedruckt

## 05 Direktausbildung Psychotherapie – Ein Weg mit fatalen Konsequenzen

Steffen Fliegel

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) arbeitet mit Vehemenz an einem grundlegenden Studiengang Psychotherapie, einer sogenannten „Direktausbildung“, und will damit das nach langen Auseinandersetzungen erst vor gut zehn Jahren geschaffene und bewährte Ausbildungsmodell opfern, obwohl sich seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) eine gute psychotherapeutische Versorgung etablieren konnte. Zu dieser Qualität trägt nach Meinung des Forschungsgutachtens „Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ (Federführung: Prof. Dr. Bernhard Strauß)<sup>1</sup> insbesondere auch die derzeitige Ausbildungsstruktur bei.

Nach der vom BMG geplanten Ausbildungsreform soll es zukünftig offenbar einen Approbationsstudiengang Psychotherapie geben, der direkt nach dem Abitur beginnen und fünf Jahre dauern soll. Hauptargument des BMG ist eine vermeintliche „ordnungspolitische Angleichung“ der Heilberufe: Auch in der Psychotherapie solle so ausgebildet werden wie in anderen heilkundlichen Tätigkeitsfeldern, in der Medizin, in der Zahnmedizin und in der Pharmazie.

Um heute die psychotherapeutische Approbation zu erwerben und danach heilkundlich im Bereich Psychotherapie tätig sein zu dürfen, erfolgt nach Absolvierung der grundlegenden Studiengänge Bachelor und Master (oder Diplom) in Psychologie/Pädagogik eine postgraduale staatlich kontrollierte Psychotherapieausbildung.

In einem seit 2008 währenden Diskussionsprozess hat die Psychotherapeutenchaft ausführlich diverse Reformoptionen der Ausbildung abgewogen. Dabei wurden sowohl durch das vom BMG in Auftrag gegebene Forschungsgutachten als auch im Beschluss des 16. Deutschen Psychotherapeutentages die Beibehaltung einer postgradualen Ausbildungsstruktur gefordert, als notwendige Struktur für eine fachlich vertretbare Reform der Psychotherapieausbildung.

Als das BMG mit seinen Plänen einer Direktausbildung Psychotherapie an die Öffentlichkeit trat, gab es Ablehnungen auf breiter Front. Dies geschah vor allem durch die Berufsgruppen, für die die Revision eigentlich gedacht sein sollte, vertreten durch die Bundespsychotherapeutenkammer, die Landespsychotherapeutenkammern, den Deutschen Psychotherapeutentag und die Fachverbände der Berufsgruppen. Es folgten der Deutsche Ärztetag, die Verbände der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung (z. B. der Deutsche Verein) und die Dachverbände der Ausbildungsstätten: Protest kam von allen Seiten. Doch die Beharrlichkeit des BMG führte zu einigen Positionswechseln: Sorgen, nicht dabei zu sein, nicht mitbestimmen und mitgestalten zu können, veranlasste insbesondere die psychologischen Hochschulverbände (z. B. DGPs), auf den BMG-Zug aufzuspringen und Vorlagen für mögliche Direktausbildungen zu unterbreiten. Viele andere Gruppen und Verbände lehnen eine Direktausbildung jedoch weiterhin ab.

Die Gründe für die Ablehnung einer Direktausbildung basieren auf ganz unterschiedlichen kritischen bis sehr kritischen Aspekten, die im Folgenden zu verschiedenen Themenbereichen zusammengefasst werden.

### **Die Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung ist gefährdet**

#### **Die Anzahl der PsychotherapeutInnen wird mit einer Direktausbildung deutlich abnehmen**

Bei einer Direktausbildung sind deutliche Versorgungsprobleme im Bereich Psychotherapie zu erwarten. Heute beginnen jährlich ca. 1.500 bis 2.000 Psychologen/Psychologinnen und Pädagogen/Pädagoginnen nach ihrem abgeschlossenen grundlegenden Studium eine staatlich anerkannte Psychotherapieausbildung. Über 95 Prozent schließen die staatliche Ausbildung erfolgreich ab und stehen danach der Versorgung zur Verfügung.

Um diese Nachwuchszahl auch zukünftig zu gewährleisten, müssten jährlich an Universitäten und Fachhochschulen mindestens 1.500 Studienplätze zur Verfügung stehen. Woher

sollen diese Studienplätze kommen? Unabhängig von den Kosten dieser Ausbildungsplätze (s.u.), die dann zu 100 Prozent auf die Bundesländer zukommen, müssten diese Studienplätze zunächst einmal neu geschaffen werden. Davon kann mittelfristig nicht ausgegangen werden; allein zu behaupten, dass sich die bisherigen Studiengänge „umbauen“ lassen, ignoriert die Beharrungstendenz der universitären Strukturen. Dessen ungeachtet besteht darüber hinaus die Gefahr häufiger Studienabbrüche, wie z. B. in der Medizin zu beobachten ist, wenn sich junge Menschen sehr früh für ein sehr anspruchsvolles Studium entscheiden (müssen).

### **Approbation ohne heilkundliche Qualifikation**

Ein Approbationsstudiengang führt zur Genehmigung der Ausübung psychotherapeutischer Heilkunde. Dieses Ziel wäre mit der Verleihung der Approbation nach ca. fünf Studienjahren erreicht; heute dauert dies mindestens acht Jahre. Approbierte nach einer Direktausbildung wären in vollem Umfang zur heilkundlichen Tätigkeit berechtigt, ohne eine entsprechende Qualifikation (wie etwa heute durch die Fachkunde in einem anerkannten Verfahren) zu besitzen.

Die heilkundliche Zulassung (Approbation) dient nach deutscher Rechtsprechung ausdrücklich dem Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Die Verlagerung des Fachkunderwerbs in den Regelungsbereich des Weiterbildungsrechts höhlt diese zentrale bundesstaatliche Schutzfunktion aus. Es besteht keine rechtlich verbindliche Notwendigkeit zur Weiterbildung: Entgegen allen anderen Vorhersagen bleibt es dabei, dass approbierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten keine Weiterbildung machen müssen; vielmehr können sie – wie heute im ärztlichen Bereich viele Schönheitschirurgen – bei direkter Abrechnung mit ihren Patienten heilkundlich psychotherapeutisch tätig werden.

Zudem müssen für die Gestaltung der Weiterbildungen landesrechtlich verankerte Weiterbildungs- und Berufsordnungen hier behelfsweise Wirkung entfalten, was wiederum die Risiken der föderalen Unterschiedlichkeit nach sich zieht.

### **Der Einheitsberuf ist das Ende der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

Die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wird gefährdet sein. Der Einheitsberuf wird – so zeigen es bereits heutige Erfahrungen beim Vorliegen einer Doppelqualifikation – zu einem deutlichen Übergewicht der psychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen führen. Nur ein Beruf mit klarer Hinführung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie schafft genug Anreize für diese bereits heute kaum ausreichend versorgte Bevölkerungsgruppe.

### **Kammern können keine staatliche Kontrolle ersetzen**

Die heutige psychotherapeutische Ausbildung unterliegt von Anfang bis Ende einer staatlichen Kontrolle durch die unabhängigen Aufsichtsbehörden der Länder. Wie das Forschungsgutachten gezeigt hat, wird die Qualität der Ausbildung, die unter diesen Rahmenbedingungen verläuft, von allen Beteiligten sehr positiv eingeschätzt. Am Ende der Ausbildung steht somit eine qualifizierte Approbation, die ihren Namen zum Wohle und zum Schutz der Bevölkerung verdient. Eine zukünftige aufgesplitterte Aus- und Weiterbildung würde dieses Qualitätsmerkmal nicht mehr tragen: Einen wichtigen Teil der Qualifizierung würde zukünftig die Berufsgruppe selbst kontrollieren. Und die ist auf Grund des nachvollziehbaren Vorrangs berufspolitischer Interessen nicht immer versorgungsorientiert.

### **Fazit und Empfehlungen:**

Das heutige Ausbildungssystem mit zwei (bzw. drei inklusive der Ärztlichen PT) psychotherapeutischen Berufen garantiert auch in Zukunft eine stabile Zahl von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in beiden Versorgungsbereichen: der Erwachsenenpsychotherapie und insbesondere der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Entsprechend den Empfehlungen des Forschungsgutachtens erfolgt die Erteilung der Approbation zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde am Ende der vollständigen und verfahrensorientierten Ausbildung unter Beibehaltung des Berufs der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die derzeit in Psychotherapie ausbildenden staatlichen und staatlich anerkannten Ausbildungsstätten haben ihre Qualität empirisch unter Beweis gestellt. An dieser Qualität haben die unabhängigen staatlichen Aufsichtsbehörden einen großen Anteil: Sie haben nicht berufspolitische, sondern primär ihrem Auftrag entsprechende versorgungsbezogene Interessen. Es spricht sehr Vieles dafür, auch unter diesen Gesichtspunkten den Status Quo beizubehalten.

### **Eine Direktausbildung gefährdet die Qualität der Versorgung**

#### **Approbation vor Erwerb der Fachkunde wird die Bevölkerung gefährden statt schützen**

Der ordnungspolitische Vergleich einer psychotherapeutischen Direktausbildung mit dem Medizinstudium ist auch auf Grund der verschiedenen strukturellen und historisch gewachsenen Bedingungen unzulässig: Das Medizinstudium findet in seinen praktischen Teilen am Krankenbett statt, d. h. die universitäre Ausbildung ist in ihren theoretischen und praktischen Teilen verknüpft. Diese vor allem praktischen Bedingungen existieren in der psychotherapeutischen Versorgung nicht, es gibt z. B. keine psychotherapeutischen Lehrkrankenhäuser. Eine Trennung von praktischer Ausbildung (Ausbildungstherapien) und theoretischen Ausbildungsinhalten, wie sie durch eine Direktausbildung vorherzusehen ist, verbietet sich aus Gründen der Qualität.

Die vermeintlich „ordnungspolitischen“ Überlegungen des BMG halten einer kritischen fachlichen und strukturellen Überprüfung nicht stand. Die Heilberufe in Deutschland weisen unterschiedliche Ausbildungswege auf, so dass eine allgemeine Angleichung auch durch die offensichtlich vom BMG intendierte formale Parallelisierung der Psychotherapieausbildung mit der des Mediziners nicht erreicht würde: Sowohl die Ausbildung zum Zahnarzt wie auch jene zum Apotheker weisen hiervon nach wie vor wesentlich abweichende Strukturen auf.

### **Die ordnungspolitische Gleichsetzung von Psychotherapie und Medizin ist unzulässig**

Psychotherapie und Psychiatrie sind heilkundliche Arbeit mit der Psyche des Menschen. Wie die psychiatrische setzt auch die psychotherapeutische Qualifikation eine breite berufliche Grundqualifikation voraus, die mit einer Direktausbildung nicht erreichbar ist. Psychotherapie kann nicht – wie vom BMG beabsichtigt – mit dem Fach Medizin verglichen werden. Vergleichbar mit der Psychotherapie ist lediglich der medizinische Teilbereich Psychiatrie, nicht jedoch die Medizin insgesamt; und die Psychiatrie setzt einen grundlegenden und breit angelegten medizinischen Studiengang voraus. Sollte die ordnungspolitische Argumentation ohne intensive Verflechtung zwischen theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalten umgesetzt werden, droht, dass die praktische Therapieerfahrung erst nach dem Studium mit klinischem Schwerpunkt und Approbation im Rahmen einer Weiterbildung gewonnen wird. So sieht die vom BMG offenbar gewollte Parallele zum ärztlichen Aus- und Weiterbildungssystem aus. Damit würden auch Approbation und Fachkunde für das Tätigkeitsfeld der Psychologischen Psychotherapie und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie auseinanderfallen. Fakt ist, dass eine solche Approbation zur eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde berechtigen würde, ohne dass eine entsprechende Qualifikation im Sinne der Fachkunde in einem anerkannten Verfahren vorliegt. Mit dem Modell des Direktstudiums würde strukturell die Situation der Psychotherapie aus der Zeit vor dem Psychotherapeutengesetz von 1998 wiederhergestellt: Damals war es möglich, mit einem Hochschuldiplom im Erstattungsverfahren Patientinnen und Patienten psychotherapeutisch zu behandeln. Nicht zuletzt wegen der Kritik an dieser Praxis haben sich 1998 alle Beteiligten auf die jetzige Ausbildung und damit eine Approbation nach integrierter Theorie-Praxis-Ausbildung geeinigt. Die Approbation als Berechtigung zur selbstständigen Heilkunde kann mit Recht erst dann erteilt werden, wenn die AusbildungskandidatIn eine integrierte und vollständige Theorie-Praxis-Ausbildung erfahren hat. Erst dann, nach einer qualitätssichernden Ausbildung, können sowohl die Approbation als auch die gleichzeitige Fachkunde-Erteilung in verantwortungsvoller

Weise dem Schutze der Patientinnen und Patienten vor Behandlungsfehlern in der Psychotherapie dienen.

**Direkt nach dem Abitur fehlt die persönliche Reife zur richtungsweisenden und intrinsisch motivierten Entscheidung für den Psychotherapieberuf**

Eine Entscheidung für den Psychotherapeutenberuf mit 17 oder 18 Jahren ist äußerst problematisch. In diesem Alter entscheidet sich auch kaum jemand, Psychiater zu werden, sondern erst während oder nach der Erlangung des Grundberufs Medizin. Die Entscheidung für eine Tätigkeit als Psychotherapeutin und Psychotherapeut setzt eine gereifte Persönlichkeit voraus, die durch das Direktstudium alleine nicht geschaffen wird.

**Fazit und Empfehlungen:**

Die Berufe Psychotherapie und Medizin sind auf struktureller und fachlicher Ebene nicht vergleichbar. Das auf breiter empirischer Basis erstellte Forschungsgutachten weist der heutigen Psychotherapieausbildung nach PsychThG eine hohe fachliche Qualität zu. Diese ist auch durch ihre organisatorische Struktur bedingt, in der sich zur psychotherapeutischen Arbeit Berufene im Verlauf ihrer grundlegenden Studiengänge entscheiden bzw. ihre Entscheidung festigen können. Das ist beizubehalten.

Eine Approbation ohne Fachkunde wird im Kontext der aktuellen psychotherapeutischen Unterversorgung dazu führen, dass Behandlerinnen und Behandler ohne Fachkunde massenhaft von privat zahlenden Patientinnen und Patienten aufgesucht werden.

**Universitäten/Hochschulen werden schmalspurig und können die Ausbildungsanforderungen an eine Direktausbildung nicht sicherstellen**

**Die psychotherapeutische Versorgung wird verhaltenstherapeutisch**

Um mit der Approbation aber auch die Qualität der psychotherapeutischen Ausbildung sicherzustellen, müsste

auch der Verfahrensbezug in die universitäre Ausbildung eingebunden werden. Alle anerkannten Verfahren müssten in angemessener Weise repräsentiert sein. Heute sind insbesondere die psychologischen Ausbildungen an Universitäten und Hochschulen fast ausschließlich verhaltenstherapeutisch orientiert. Es ist eine Illusion zu glauben, dass zukünftig andere wissenschaftlich anerkannte Verfahren in Theorie, vor allem aber in der Praxis in die akademische Psychotherapie einbezogen werden.

**Alle derzeit grundlegenden Studienfächer in der Psychologie und Pädagogik werden an Bedeutung verlieren**

Die Direktausbildung wird die potentiell Interessierten zwingen, sich bereits nach dem Abitur entweder für Psychotherapie oder für Psychologie bzw. Pädagogik, oder aber auch für Medizin zu entscheiden, da ansonsten der „psychotherapeutische Zug“ für sie abgefahren ist. Die genannten grundlegenden Studienfächer werden als Basiswissenschaften für die Psychotherapie an Bedeutung verlieren, wenn nicht sogar als Fach verschwinden, obwohl sie als Wissenschaften vom menschlichen Erleben und Verhalten eine unabdingbare Voraussetzung für die psychotherapeutische Heilkunde darstellen. Zudem werden andere wichtige Anwendungsfächer in Psychologie und in Pädagogik an Bedeutung verlieren (z. B. Pädagogische Psychologie, Arbeits- und Organisationspsychologie, Neuropsychologie, Medienpsychologie, Rechtspsychologie; Vorschulpädagogik, Schulpädagogik, Betriebspädagogik, Kunstpädagogik, Religionspädagogik, Politische Bildung, Natur- und Umweltpädagogik, Wirtschaftspädagogik, Heilpädagogik, Sonderpädagogik). Die Inhalte dieser Anwendungsfächer werden zukünftig nicht mehr zur psychotherapeutischen Grundausbildung beitragen; Studierende werden diese Fächer nicht mehr für eine mögliche spätere berufliche Tätigkeit kennenlernen können, da sie sich bereits nach dem Abitur für das Studium der Psychotherapie entscheiden müssen.

## **Das Fundament der Psychotherapie sind die Wissenschaften vom menschlichen Erleben und Verhalten**

Im Bundesgesetz über die Ausübung der Psychotherapie von 1990 wird Psychotherapie als Anwendung von wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden beschrieben. Psychotherapie ist aber kein unabhängiges wissenschaftliches Fachgebiet. Ihr akademisches Kennzeichen ist ihre Fundierung in insbesondere psychologischen, pädagogischen und medizinischen Wissenschaften. Sie aus ihren grundlegenden Fächern herauszulösen, bedeutet, sie ihrer wissenschaftlichen Konzepte zu entfremden und sie zu einem praxeologischen Fach zu machen.

## **Die Kapazität und Verfahrensbreite von Ausbildungstherapien in der Direktausbildung ist nicht zu gewährleisten**

Eine gute Ausbildungsqualität bedarf einer engen Verknüpfung von verfahrensbezogener Theorie und praktischer Tätigkeit. Die Hochschulen haben nicht die Kapazität, Ausbildungstherapien in hinreichendem Umfang anzubieten bzw. entsprechend zu supervidieren. Durch die geringeren Ausbildungskapazitäten entstehen Versorgungsprobleme. Gleichzeitig werden die Hochschulen nicht in allen anerkannten Verfahren Ausbildungstherapien begleiten können: Die Kosten für qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. Supervisorinnen und Supervisoren müssten zusätzlich aufgebracht werden, was beim derzeitigen Rahmen für die Hochschulfinanzierung so gut wie ausgeschlossen ist.

## **Eine vielfältige Ansiedlung der Direktausbildung Psychotherapie in den Hochschulen/Universitäten ist zu erwarten**

### **– die Enttäuschung ist vorprogrammiert**

Bestrebungen der akademischen Psychologie und der Medizin, Konzepte der Direktausbildung zu entwickeln, um dieses zukünftige Psychotherapiestudium verbindlich und ausschließlich in ihren Fachbereichen anzusiedeln, werden scheitern. Das BMG (und auch die Länder) werden bzw. können sich bezüglich der Standorte und der Einbindung

in bestimmte Fakultäten nicht festlegen. Es wird zu einem eigenständigen Approbationsstudiengang kommen, der fakultätsfrei oder an jeder universitären oder Fachhochschul-Fakultät in der Medizin, in der Pädagogik, in der Psychologie, in den Sozialwissenschaften usw. angesiedelt werden kann. Solche Modelle bilden sich schon jetzt heraus.

Auch werden sich zahlreiche private Universitäten gründen, und zahlreiche private Approbationsstudiengänge werden akkreditiert werden. Die neu zu schaffenden Lehrstühle werden nicht unbedingt klinisch-psychologisch besetzt werden, sondern mit ausgewiesenen Qualifikationen im Fach Psychotherapie, also mit Medizinerinnen, Psychologinnen, Pädagoginnen usw.

## **Fazit und Empfehlungen:**

Die Universitäten/Hochschulen laufen Gefahr, zukünftig Schmalspurpsychotherapeuten/innen auszubilden, denen bedeutendes Grundlagenwissen zum Erleben und Verhalten des Menschen fehlen wird.

Bei der Auslagerung der Psychotherapieausbildung aus den grundlegenden Studiengebieten werden wichtige psychologische und pädagogische Teildisziplinen zur Bedeutungslosigkeit verkommen.

Die akademischen Fächer Psychologie und Pädagogik sind derzeit Garant für hochwertige Eingangsqualifikationen zur Psychotherapieausbildung. Diesen Status dürfen sie nicht verlieren.

## **Finanzierungsprobleme sind vorhersehbar bzw. bleiben ungelöst**

### **Neue Psychotherapiestudiengänge werden viel Geld kosten**

Woher werden die Länder das Geld nehmen, um neue Studiengänge und Lehrstühle zu schaffen? Die derzeitigen Fachbereiche und Lehrstühle werden weiter arbeiten, weiter besetzt bleiben und weiter zu finanzieren sein. Heute gibt es ein psychotherapeutisches Ausbildungssystem im Rahmen des PsychThG oder in der Medizin, das sich finanziell weitgehend

selbst trägt. Bezüglich der Finanzierung der praktischen Tätigkeit sind weitere Anstrengungen nötig. Aber dafür braucht es keine Direktausbildung, denn diese Probleme werden weiterhin ungelöst bleiben: Allein die Verlagerung des „Psychiatriejahres“ in das Studium löst kein Finanzierungsproblem. Es ist geradezu zynisch, zu behaupten, dass dieser Ausbildungsteil ja dann „BAföG“- finanziert sei: Damit würden die angehenden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch weniger für ihre Tätigkeit bekommen als heute in vielen Einrichtungen; die meisten Studierenden bekommen kein BAföG.

### **Die Finanzierung der Praktischen Ausbildung durch die Gesetzliche Krankenversicherung wird ersatzlos entfallen, trotz allen anderslautenden Beteuerungen**

Derzeit wird die praktische Psychotherapieausbildung nach § 117 SGB V durch die Gesetzliche Krankenversicherung finanziert. Dadurch refinanzieren die Ausbildungsteilnehmer ihre Ausbildung, dadurch können die Ausbildungsstätten die gehobene Ausbildungsqualität gewährleisten. Diese Finanzierung entfiel bei einer Direktausbildung, da SGB V nur den Ausbildungsbereich, nicht aber den Weiterbildungsbereich betrifft. Eine Finanzierung der praktischen Ausbildungsteile nur im Fach Psychotherapie würde sofort die Fächer Chirurgie, Innere Medizin, Psychiatrie, Gynäkologie, Kinderheilkunde usw. auf den Plan rufen, die seit langem vergeblich versuchen, die Weiterbildung für ihre Fachgebiete finanziell abzusichern.

Sollte der praktisch-ambulante Ausbildungsteil also in eine nachgelagerte Weiterbildung verlagert werden, würde dies – wie ausgeführt – zum Verlust einer zentralen Finanzierungsgrundlage der Ausbildung führen. Rechtsanwalt Dr. Stellpflug hat in seiner Stellungnahme vom 24.09.2012 für die Landespsychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen deutlich gemacht, welche umfangreichen Gesetzesänderungen notwendig wären, um den § 117 SGB V in eine Ermächtigung von Weiterbildungsambulanzen überführen zu können. Insbesondere verweist RA Stellpflug auf die juristischen Risiken, die sich aus der zwingend erwachsenden Verflechtung von Bundes- und Landesrecht ergeben.

Schließlich sind die Auswirkungen solcher Änderungen auf die Finanzierung und den sich ergebenden Finanzbedarf für ärztliche Weiterbildungsgänge nicht absehbar. Die beschriebenen notwendigen Gesetzesänderungen gelten hier ggf. nämlich analog.

### **Den staatlichen und staatlich anerkannten Ausbildungsstätten droht das AUS**

Der Gesetzgeber hat 1999, also vor ca. 14 Jahren, ein aufwändiges Gesetz geschaffen, nach unglaublich viel Vorarbeit und mit vielen wegbegleitenden Hürden. Er hat damit die Weichen gestellt, dass mit großem Aufwand und zunächst hohem finanziellem Einsatz und Risiko bisher immerhin ca. 200 staatlich anerkannte Ausbildungsstätten aufgebaut wurden. Diese leisten nach einhelligen und empirisch begründeten Aussagen des Forschungsgutachtens hervorragende qualitätsgesicherte Ausbildungstätigkeit. Diesen Ausbildungsstätten wird durch eine Direktausbildung die Existenzgrundlage entzogen; ihre Expertise im Ausbildungsbereich, insbesondere hinsichtlich der Vernetzung von theoretischen und praktischen Ausbildungsteilen, wird verloren gehen. Daran werden auch alle wohlgemeinten Versprechungen des Gesetzgebers oder der Befürworter der Direktausbildung nichts ändern.

### **Fazit und Empfehlungen:**

Das Auftreten der hier angesprochenen Probleme ist im Rahmen der bisherigen Ausbildungsstruktur, bei der die Approbation nach Absolvierung aller Ausbildungsbausteine am Ausbildungsende steht, nicht zu erwarten. Im Gegenteil: Bewährtes wird bewahrt. Es gibt jedoch wirklich drängende Probleme, deren Lösung nicht weitere Jahre verschoben werden darf.

### **Die wirklich drängenden Probleme...**

Der Reformbedarf des Psychotherapeutengesetzes, mit dem mittlerweile mehr als zehn Jahre Erfahrungen gesammelt werden konnten, ist insbesondere bei zwei Aspekten unbestritten:

## **1. Anpassung der Zugangsvoraussetzungen**

zur Psychotherapieausbildung in Folge der Bologna-Reform. Die im Psychotherapeutengesetz als Zugangsvoraussetzungen genannten Studienabschlüsse werden von Studierenden heutzutage nicht mehr erzielt. Aufgrund der neu eingeführten Bachelor- bzw. Masterabschlüssen muss dringend geklärt und präzisiert werden, welche inhaltlichen Voraussetzungen der interessierte Nachwuchs für den Zugang zur Psychotherapieausbildung mitbringen muss. Es braucht rasch wieder eine Orientierung, welches

Studium zu wählen/welche Inhalte bzw. Kompetenzen zu erwerben bzw. studiert werden müssen, um zur Psychotherapieausbildung zugelassen werden zu können. Vorschläge dazu existieren in der Fachwelt und einigen Aufsichtsbehörden der Bundesländer bereits: Zugang zu den beiden Psychotherapieausbildungen mit Masterabschluss auf Grund definierter Ausbildungsinhalte (s. z. B. Zugangsregelung in NRW)

## **2. Vergütung der praktischen Tätigkeit**

in psychiatrisch-klinischen Einrichtungen. Die im Rahmen der Psychotherapieausbildung zwingend vorgeschriebene Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik - über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr - wird in der Regel nicht oder nur unzureichend vergütet.

Dabei wird nun Zeit und Engagement in einer Strukturdebatte verschwendet, anstatt in direkten Verhandlungen mit Klinikträgern, Gewerkschaften und Krankenkassen eine angemessene Vergütung unter den heutigen Bedingungen auszuhandeln. An vielen Kliniken zeigt sich mittlerweile, dass es hier Bewegung geben kann. Die aktuelle Debatte um eine Direktausbildung verunsichert und blockiert mehr als sie hilft. Auch nach einer durchgreifenden Strukturreform bleibt die Frage nach der Quelle zusätzlicher finanzieller Mittel unbeantwortet.

Mit diesen drängenden und immer noch ungelösten Problemen lässt man derzeit letztlich die Aufsichtsbehörden der Länder, die Ausbildungsteilnehmer/innen und die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten „im Regen stehen“. Die Lösung dieser beiden Probleme ist vorrangig und erfordert keine grundlegende Revision des Psychotherapeutengesetzes.

## **Schlussfolgerungen**

Eine zukünftige Direktausbildung birgt weitreichende Probleme und unüberschaubare negative Konsequenzen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und die zuständigen Politiker/-innen in Bund und Ländern werden aufgefordert, keine weiteren Energien und Finanzmittel in die Planung und Umsetzung einer zukünftigen Psychotherapie-Direktausbildung zu investieren.

Stattdessen sind schnellstens Lösungen für die akut anstehenden Probleme des Zugangs zur aktuellen postgradualen Ausbildung und die Finanzierung der Psychotherapieausbildung umzusetzen. Eine Herabsetzung der erreichten hohen Qualität des heilberuflichen Psychotherapieberufs, die die Qualität der Versorgung beeinträchtigt, darf nicht erfolgen.

<sup>1</sup> <http://www.med.uni-jena.de/mpsy/forschungsgutachten/index.html>. Im Forschungsgutachten wurde der Einführung einer Direktausbildung zum jetzigen Zeitpunkt eine Absage erteilt mit folgenden Argumenten: 1. Die Berufserfahrung im ersten erlernten Beruf ist eine potentielle Voraussetzung für die Ausbildung; 2. Hochschulen sind ungeeignet zur Ausbildung in selbsterfahrungsorientierten Verfahren; 3. Die Leistungsorientierung eines Studiums steht im Widerspruch zu unbefangener Auseinandersetzung mit eigener Persönlichkeit/Entwicklung, Mangel an „geschütztem Raum für persönliche Entwicklung“; 4. Potentielle Einengung der Verfahrensvielfalt; 5. Beziehungskompetenz nicht „im Hörsaal lehrbar“; 6. Überforderung der Hochschulen (Personal, finanzielle Ausstattung, Stundenzahl); 7. Keine Überprüfung der persönlichen Eignung; 8. Gefahr der Trennung von Fachkundenachweis und Heilkundeausübung; 9. Verlust der Einheit von Vertiefungsverfahren im Falle einer Weiterbildung (Kontrolle durch Länder); 10. Wegfall bzw. Minderung der Vergütung der Ausbildungsbehandlungen in den Institutsambulanzen; 11. Verkürzte Ausbildung führt zu Entwicklung „selektiver“ Fertigkeiten; 12. Heterogenität der Studiengänge; 13. Studienplätze zu Lasten anderer Studiengänge (z. B. Psychologie allg.). Ein Psychotherapiestudium könnte demnach allenfalls nach einer gründlichen modellhaften Erprobung in Frage kommen.

### Die Ausbildungsdiskussion vier Jahre nach dem Forschungsgutachten\*

Bernhard Strauß & Steffi Nodop

Am 3. September 2007 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) der Auftrag für ein „Forschungsgutachten zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ öffentlich ausgeschrieben, in Antizipation des 10-jährigen Bestehens des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG, 1998). Inhaltliche Gründe für diese Ausschreibung waren primär Veränderungen der Zulassungsvoraussetzungen durch die in Folge des Bologna-Prozesses künftig gestuften Bachelor- und Masterstudiengänge sowie uneinheitliche Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildungen zum psychologischen (PP) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) (Kommer, 2005; Groeger, 2006). Des Weiteren trugen vielfache kritische Diskussionen um die schwierige Finanzierung (Hölzel, 2006; Ruggaber, 2005) der Ausbildung auf Seiten der Ausbildungsteilnehmer (ATN), insbesondere während der praktischen Tätigkeiten (PT I und PT II), zur Ausschreibung bei sowie inhaltliche Redundanzen zwischen manchen Studiengängen und der Ausbildung – nicht zuletzt die deutlichen Unterschiede zum ärztlichen Aus- bzw. Weiterbildungssystem (z. B. Lindel & Sellin, 2007).

Eine Gutachtergruppe unter Leitung des Erstautors (Strauß, Barnow, Brähler, Fegert, Fliegel, Freyberger, Goldbeck, Leuzinger-Bohleber & Willutzki) erhielt im Dezember 2007 den Auftrag für das Gutachten durch das BMG und begann im Januar 2008 mit der 15-monatigen Arbeit bis zur Übergabe an die damalige Gesundheitsministerin Frau Ulla Schmidt am 7. Mai 2009 (Strauß et al. 2009a). Das Gutachten sollte eine umfassende Aufarbeitung der deutschen Ausbildungslandschaft in der Psychotherapie vorlegen. Die Erfahrungen der Ausbildungsstätten, der Lehrkräfte, der bisherigen Absolventen und der aktuellen Ausbildungsteilnehmer sollten ausführlich dargestellt werden, wobei auf die Unterschiedlichkeiten

in den Berufen des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie zwischen den Vertiefungsverfahren eingegangen werden sollte. Im Gutachtenauftrag durch das BMG waren eine ganze Reihe spezifischer Fragen genannt, die im Gutachten zu beantworten waren. Sie bezogen sich auf folgende Themenkomplexe: Ausbildungsstätten, Verfahren, Dauer der Ausbildung, Bestandteile der Ausbildung (i.e. Praktische Tätigkeit, theoretische Ausbildung, praktische Ausbildung und Supervision, Selbsterfahrung), Staatliche Prüfungen, Ausbildungskosten, Zugang zur Ausbildung und Entwicklung der Psychotherapie im In- und Ausland.

Außerdem war die Gutachtergruppe aufgefordert, konkrete Bewertungen bezüglich der zum Teil kritisch und kontrovers diskutierten Themen abzugeben:

- der Zugangsvoraussetzungen/der Möglichkeit einer Direktausbildung,
- der Verfahrensorientierung der Ausbildung,
- der Neudefinierung des Begriffs der „Heilkundlichen Psychotherapie“,
- der zukünftigen Einbindung der bestehenden Strukturen (duale Ausbildung an Hochschulen mit postgradualer Ausbildung an Hochschulen und anerkannten Ausbildungsstätten; Ausbildung in zwei Berufen) in Aus- und Weiterbildung,
- Kostenregelungen und
- der Medizinerorientierung der Ausbildung (Kompetenzerweiterungen durch Integration medizinischer Inhalte).

Nach einer Literaturanalyse wurden diverse schriftliche (online-)Befragungen durchgeführt (Tab. 1). Diese richteten sich auf Stichproben von Psychologiestudierenden, Ausbildungsteilnehmern, Absolventen der Ausbildungen zum PP und KJP nach dem PsychThG (1998), Lehrkräfte (Dozenten, Supervisoren, Selbsterfahrungsleitern, Prüfern) und Leitungen der Ausbildungsstätten sowie Repräsentanten jener Praxisstätten, in denen Ausbildungsteilnehmer ihre Praktische Tätigkeit ausüben. Im Rahmen einer zweistufigen Delphibefragung von Experten (Kammern, psychotherapeutische und klinisch-psychologische Verbände/Fachgesellschaften)

wurden weitere Informationen gesammelt, hier vor allem zu Bewertungen der Gesetzesinhalte und zu zukünftigen Veränderungen der Ausbildung. Der Stand der Psychotherapie (-ausbildung) in anderen EU-Ländern wurde über eine schriftliche Erhebung internationaler Experten vorgenommen (Strauß 2009; Strauß, Kohl 2009). Die zulassungsberechtigten Studiengänge wurden mit Hilfe eines erstellten Rasters auf deren allgemein-psychologische, klinisch-psychologische und psychologisch-pädagogische Inhalte untersucht und so die jeweiligen ECTS-Anteile ermittelt.

Bereits im Laufe der Gutachtenerstellung gab es zahlreiche Unterstützungsangebote, an die Gutachtergruppe herangetragene Stellungnahmen (siehe den Begleitband zum Gutachten)<sup>1</sup>, aber auch lobbyistische Beeinflussungsversuche, die jedoch nach klaren Abgrenzungen und öffentlichen Darstellungen schließlich in eine allseits gute Zusammenarbeit mündeten.

## **Hauptergebnisse des Gutachtens**

### **Ausbildungslandschaft**

Die Ausbildung zum/zur Psychologischen Psychotherapeuten/Psychotherapeutin und zum/zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-therapeutin erfolgte an mindestens 173 staatlichen/staatlich anerkannten Ausbildungsstätten. Zum Zeitpunkt des Gutachtens im Sommer 2008 bildeten 52 % der Ausbildungsstätten (n = 90) in psychodynamischen Verfahren (PD) aus (davon n = 43 in Psychoanalyse und n = 78 in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, n = 37 als „verklammerte Ausbildung“). Eine Ausbildung in Verhaltenstherapie (VT) ist an 82 Instituten (47 %) möglich. Zudem waren zwei Ausbildungsstätten (1 %) gesprächstherapeutisch ausgerichtet. Lediglich an n = 9 Ausbildungsstätten wurde sowohl in PD als auch in VT ausgebildet (5 %). Die Ausbildung zum KJP boten 44 % der Institute (n = 76) an und 156 Institute (90 %) bildeten PP aus; beide Ausbildungsgänge boten 56 Ausbildungsstätten (32 %) an. Es wurde von etwa 11.000 Ausbildungsteilnehmern (ATN) ausgegangen. Davon strebten ca. 7.900 ATN (72 %) einen PP-Abschluss an (davon wiederum

5.700 VT, 2 180 PD und 30 GPT) und ca. 3.000 ATN (27 %) einen KJP- Abschluss (davon wiederum 1.850 VT und 1.150 PD). Damit war zwar die Anzahl der Ausbildungsstätten für PD und VT noch relativ ausgeglichen, die Anzahl der ATN in der Vertiefungsrichtung VT jedoch schon deutlich höher als für die PD (69 % vs. 30 %). Zum Zeitpunkt der Erhebungen waren bereits etwas mehr als 3.200 ehemalige Ausbildungsteilnehmer nach dem PsychThG von 1999 approbiert (Strauß et al. 2009).

### **Verfahrensorientierung**

Zwar werden in der Forschung und der Profession mehrere Szenarien für Alternativen zur verfahrensorientierten Ausbildung diskutiert (z. B. störungs- oder wirkfaktorenorientierte Ansätze; z. B. Castonguay & Beutler, 2006), die Befragungen im Rahmen des Gutachtens wiesen aber klar darauf hin, dass die verfahrensbasierte Ausbildung weiterhin als sinnvoll erachtet wird. So schätzten sowohl die Ausbildungsteilnehmer (66,8 % der VT und 79,6 % der PD) als auch die Absolventen (67,3 % der VT und 75,6 % der PD) die verfahrensorientierte Ausbildung als sinnvoll ein. Auch die Lehrkräfte (Supervisoren, Dozenten, etc.) schätzten diese Ausbildungsform als „eher sinnvoll“ bis „sehr sinnvoll“ ein, eine Erhöhung des Anteils an verfahrensübergreifendem Wissen in der Theorieausbildung wurde dennoch von 37 % befürwortet. Nach Aussagen der Experten aus der Delphibefragung sollte die Ausbildung in einem Schwerpunktverfahren erfolgen, jedoch mit umfassendem Kenntniserwerb in anderen Verfahren. Andere Ansätze, wie eine störungsspezifische oder wirkfaktorenorientierte Ausbildung, wurden von Lehrkräften und Experten nur als nachrangig bzw. teilweise sinnvoll eingeschätzt.

### **Ausbildungsdauer und Allgemeines zu den Bestandteilen der Ausbildung**

Bezüglich der Ausbildungsdauer ist sowohl das Vollzeit- als auch Teilzeitmodell für die Ausbildung in der Ausbildungslandschaft gut angenommen worden. In der vorgegebenen Zeit konnten nur ca. die Hälfte der ATN ihre Ausbildungen abschließen (44 % Vollzeit, 52 % Teilzeit); im Vollzeitmodell

dauerten die Ausbildungen im Mittel ca. 1 Jahr länger, im Teilzeitmodell ca. 14 Monate.

Die Bestandteile der Ausbildung wurden sehr intensiv evaluiert und bewertet. Die Zufriedenheit mit einzelnen Ausbildungsbestandteilen war ausgesprochen unterschiedlich. Die ATN zeigten sich im Durchschnitt nur mittelmäßig zufrieden mit den PT I und II sowie den Angeboten im Rahmen der freien Spitze. Sie äußerten sich zufriedener (durchschnittlich „ziemlich zufrieden“) mit den Teilen Theorie, Einzel- und Gruppenselbsterfahrung, praktische Ausbildung sowie Einzel- und Gruppensupervision. Mit der praktischen Ausbildung und der Einzelsupervision waren sie am meisten zufrieden.

Hinsichtlich der Nützlichkeit für den Kompetenzerwerb wurden die Ausbildungsteile praktische Ausbildung und Einzelsupervision von den Ausbildungsteilnehmern als „sehr nützlich“ bewertet. Einzel- und Gruppenselbsterfahrung, Gruppensupervision, Theorie, sowie die PT I und II wurden im Durchschnitt als „ziemlich nützlich“ und hilfreich für die Entwicklung psychotherapeutischer Kompetenz bewertet. Wiederum wurde die freie Spitze nur als „mittelmäßig nützlich“ bewertet. Unterschiede zwischen den Vertiefungsverfahren bestanden dahingehend, dass die ATN der PD-Ausbildung alle Ausbildungsbestandteile, bis auf die PT I, als nützlicher und hilfreicher einschätzten als ihre VT-Kollegen.

### **Ergebnisse und Verbesserungsvorschläge zu den Ausbildungsbestandteilen**

#### *Praktische Tätigkeit (PT)*

Es lag eine starke Heterogenität vor, was das von den ATN während der PT erbrachte Tätigkeitsspektrum angeht sowie die von den ATN kennengelernten Störungsbildern. So führten zahlreiche ATN Einzel- und Gruppenpsychotherapien selbstständig durch, lernten jedoch klinikbedingt nicht immer das gesamte Spektrum an psychiatrischen Krankheitsbildern kennen. Ein weiterer Kritikpunkt war die häufig fehlende Einarbeitung und Anleitung der ATN sowie das Fehlen eines verbindlichen Curriculums. Eine Vergütung der PT erhielten nur 77 % bzw. 66 % der ATN (PT I bzw. PT II). Das monatliche Bruttogehalt dieser ATN betrug im

Durchschnitt nur ca. 920 Euro bzw. 1.160 Euro (PT I bzw. PT II). Die Brisanz des Themas zeigte sich auch in einem hohen Anteil an freien Antworten zum Beispiel der Institutsleiter oder Lehrkräfte zur Vergütung. Auf Grund dieser Datenlage wurde vielfach eine curriculare Regelung der Lernziele während der PT gefordert, die Sicherstellung einer einheitlichen und ausreichenden Vergütung der ATN sowie eine Verbesserung der Integration in die Gesamtausbildung und eine verpflichtende Supervision der ATN während der PT.

#### *Praktische Ausbildung und Supervision*

Dieser Ausbildungsteil beginnt mehrheitlich nach einer institutsinternen Zwischenprüfung. Neben der schon genannten Zufriedenheit und hohen Nützlichkeitseinschätzung zeigten die Befragungen, dass der Umfang der Supervisionsstunden überwiegend als ausreichend angesehen wird. Einen Mehrbedarf gab es vor allem aus Sicht der psychodynamisch arbeitenden Lehrkräfte. Nach gewünschten Stundenumfängen gefragt, zeigte sich, dass im Vergleich zu den real angebotenen Stundenumfängen in der VT-Ausbildung eine höhere Anzahl Einzelsupervision gewünscht wird, in der PD-Ausbildung eine höhere Anzahl an Gruppensupervisionsstunden. Sowohl in der Delphibefragung als auch in der Lehrkräftebefragung wurde für die Einführung und Einhaltung von Qualitätsrichtlinien für Supervisoren plädiert (Nodop et al. 2009; Strauß et al. 2010).

#### *Selbsterfahrung*

Selbsterfahrung beginnt überwiegend direkt zu Anfang der Ausbildung. Drei Viertel aller Institute boten auch Einzel-selbsterfahrung an. Der Umfang wurde vor allem für die Einzelselbsterfahrung und vor allem im Bereich der VT-Ausbildung als eher nicht ausreichend angesehen. Eine Kombination aus Einzel- und Selbsterfahrung wurde als am günstigsten für die Ausbildung angesehen. Als problematisch wurden vor allem bestehende Überschneidungen bei Selbsterfahrungsleitern mit anderen Funktionen in der Ausbildung angesehen.

### *Theoretische Ausbildung*

Dozenten für den theoretischen Unterricht waren sowohl PP und KJP als auch Fachärzte. Als Settings wurden häufiger Seminare und Übungen genutzt als reine Vorlesungen. Neben den Richtlinienverfahren wurden in fast der Hälfte aller Institute auch Gesprächspsychotherapie und Neuropsychologie theoretisch gelehrt. Überwiegend wurde für eine Beibehaltung des Gesamtumfanges von 600 Stunden bzw. des Umfangs einzelner Inhalte des theoretischen Unterrichtes plädiert. Lehrinhalte, die aus Sicht der Lehrkräfte und ATN am ehesten im Umfang erhöht werden sollten, sind praxisrelevantes Wissen wie Falldarstellungen und die Vermittlung von Behandlungstechniken.

### *Staatliche Prüfung*

Sowohl die Institutsleiter als auch die Experten der Delphibefragung bewerteten die staatlichen Prüfungen nur als „befriedigend“. Damit übereinstimmend wurde die schriftliche Prüfung von Absolventen und Lehrkräften nur als „ausreichend“ bzw. als „etwas geeignet“ zur Überprüfung psychotherapeutischer Kompetenzen bezeichnet. Die mündlichen Prüfungen wurden dafür deutlich besser bewertet. Auf die schriftliche Prüfung sind die ATN nach Ansicht der Prüfer schlechter vorbereitet. Die Daten legen eine Veränderung des Gegenstandskataloges des IMPP zur schriftlichen Prüfung nahe, nach Einschätzung der Delphi-Experten zum Beispiel in Richtung einer Erhöhung des Anteils psychotherapeutischer Behandlungsfragen.

### *Freie Spitze*

Vorgaben für diese 900 gesetzlich nicht definierten Stunden gibt es auch von den Landesprüfungsämtern kaum. Überwiegend werden diese Stunden für Tagungen, kliniks- oder institutsinternen Weiterbildungen anerkannt. Während die Institutsleitungen und die Delphi-Experten die „Freie Spitze“ durchaus positiv bewerteten, schätzen die ATN und die Absolventen sie am schlechtesten ein. Eine Reduzierung der Stundenanzahl wurde daher empfohlen.

### **Ausbildungskosten**

Insgesamt wurden die Gesamtkosten für die Ausbildung im Mittel mit 20. 000 bis 30. 000 Euro (bei sehr hoher Varianz) angegeben. Kostengründe spielen eine große Rolle, und zwar vor allem für die generelle Entscheidung zur Aufnahme der Ausbildung, für die Wahl einer Vollzeit- versus einer Teilzeitausbildung, aber auch zu einem geringeren Anteil für die Wahl eines Verfahrens.

Bezüglich der Ausbildungskosten wurde auf die hohen Belastungen der ATN (auch mit Hilfe von Modellrechnungen) hingewiesen. Die ATN beschreiben, dass die Ausbildungskosten durch die Einnahmen während der Praktischen Ausbildung nicht vollständig ausgeglichen werden können. Die Angaben der Institutsleitungen hingegen weisen im Mittel auf ein Netto-Plus hin. Hinsichtlich eventueller Unterschiede zwischen den Vertiefungsverfahren differieren die Angaben je nach Befragungsquelle und Berechnungsgrundlage. Bei den reinen Gesamtkosten war die VT-Ausbildung die günstigere nach Angaben der ATN, bei Gegenrechnung der Einnahmen aus der praktischen Ausbildung und Begrenzung der maximal vergütbaren Stundenanzahl lagen zum Beispiel die realistischen Netto-Kosten für die VT-, TP- und die verklammerte TP/PA-Ausbildung gleichauf. Unterschiede zwischen Ausbildungsstätten mit universitärer Anbindung bzw. universitären Ausbildungsgängen und -stätten ohne Hochschulbezug differierten je nach Berechnungsgrundlage ebenso.

Während der Ausbildung finanzierten die meisten Befragten Ausbildung und Lebensunterhalt mit nicht-ausbildungsbezogenen Tätigkeiten (62,3 %), 40 % nutzen Ersparnisse und 39,2 % Vergütungen aus ausbildungsbezogener Tätigkeit. Des Weiteren spielten finanzielle Unterstützungen durch die Eltern (35,8 %) und (Ehe-)Partner (27,3 %) eine Rolle.

### **Zugangsvoraussetzungen**

Mit der Reform der Studiengänge wurden die Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung sehr viel variabler. Tatsächlich herrschte sowohl in den bisherigen Diplomstudiengängen als auch bei den neuen Bachelor-/Masterstudiengängen bezüglich der inhaltlichen Gestaltung eine große Vielfalt. Während nach Sichtung der Inhalte der verschiedenen (Diplom-)Zu-

gangsstudiengänge im Fach Psychologie mindestens 36 (bis zu 70) ECTS in klinischer Psychologie und Psychotherapie enthalten waren, schwankte der Anteil in den Fächern Pädagogik, Heilpädagogik und soziale Arbeit/Sozialpädagogik sehr stark (zwischen 0 und 52 ECTS). Durch die Einführung der Bachelor- und Masterabschlüsse waren sowohl im Bereich Psychologie als auch in den anderen KJP- Zugangsabschlüssen eher noch stärkere Schwankungen bezüglich des Anteils an klinisch-psychologischen Inhalten zu verzeichnen. In einigen Befragungen gab es basierend auf dieser Vielfalt deutliche Forderungen nach einer Revision der Zugangsvoraussetzungen. Der größte Änderungsbedarf wurde im Bereich des Zugangs zur KJP-Ausbildung gesehen. In der Lehrkräfte- und Delphibefragung waren die Befragten mit den Eingangsvoraussetzungen und mit dem Vorwissen bei den KJP signifikant unzufriedener als bei den PP. Nach Angaben der Lehrkräfte lag dies hauptsächlich an den unterschiedlichen Grundberufen der KJP-ATN, wobei hier z. B. Lehramtsstudierende das geringste klinisch-psychologische Vorwissen mitbringen im Gegensatz zu Psychologiestudierenden. Auch bezüglich ihrer psychotherapeutischen Kompetenzen am Ende der Ausbildung wurden die KJP als geringer qualifiziert eingeschätzt als die PP, was auch durch das schlechtere Abschneiden der KJP in den schriftlichen Prüfungsergebnissen bestätigt wurde.

Eine untere Altersgrenze wurde mehrheitlich abgelehnt. Hingegen wurde als Auswahlverfahren ein persönliches Gespräch (meist durch zwei Interviews) begrüßt.

Entsprechend kamen die Gutachter in ihren Bewertungen zu dem Schluss, dass die Zugangsvoraussetzungen sowohl bezüglich des Studienabschlusses (Masterabschluss als Voraussetzung) als auch (und vor allem) bezüglich nachgewiesener Inhalte (Definition von 150 ECTS-Punkten mit allgemeinspsychologischem und klinischem Schwerpunkt) vereinheitlicht werden sollten. Bei nicht ausreichender Qualifikation sollte ein Propädeutikum mit mindestens 35 ECTS klinischen Inhaltes ermöglicht werden.

## **Ausbildungsstruktur**

Nach einer sorgfältigen Prüfung der Vor- und Nachteile sieben verschiedener Ausbildungsmodelle (inklusive einer so genannten „Direktausbildung“) kam die Gutachtergruppe zu dem Schluss, dass wie bisher – wenn auch modifiziert – an dem dualen Modell einer „Ausbildung nach der Ausbildung“ festgehalten werden sollte. Die Approbation sollte weiterhin erst am Ende der postgradualen Ausbildung vergeben werden, da erst dann davon ausgegangen werden kann, dass die notwendige Fähigkeit, eigenverantwortlich heilkundliche Psychotherapie auszuführen, erworben worden ist. Im Vergleich zur bisherigen Situation könnten allgemeine theoretische Unterrichtsinhalte vermehrt in das grundständige Studium integriert werden. Eine Direktausbildung (Masterstudiengang Psychotherapie) in Angleichung an die Facharztweiterbildung wurde von den Gutachtern nicht als generelles Modell empfohlen, es wurde jedoch zur Sammlung von empirischen Erfahrungen für die Einführung von Modellstudiengängen plädiert (s.u.).

Im Hinblick auf die Differenzierung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und der Behandlung von Erwachsenen wurde ein Modell vorgeschlagen, das vorsieht, dass Inhalte, welche für beide Ausbildungsgänge relevant sind und als Basiswissen angesehen werden, in einem „Common Trunk“ unterrichtet werden können. Diesem „Common Trunk“ sollten dann spezifische Ausbildungen folgen. Mit dieser Lösung würden künftig Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen mit „Schwerpunkt Erwachsene“ oder mit „Schwerpunkt Kinder- und Jugendliche“ gleichberechtigt ausgebildet.

## **Medizinorientierung**

Die Gutachtergruppe schlug im Hinblick auf die Frage einer möglichen Medizinorientierung der Ausbildung zusammengefasst vor, die Kompetenzen von PP/KJP nicht auf die Medikamentenverschreibung und ebenso nicht auf die Initiierung einer Zwangseinweisung (Einweisung nach PsychKG) zu erweitern. Bei entsprechender Integration von darauf bezogenen Ausbildungsinhalten oder entsprechenden Fort- und Weiterbildungsprogrammen für PP/KJP befürworteten die Gutachter dagegen eine (optionale) Kompetenzerweiterung

bezüglich der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbeschreibungen, der Befugnis, zu anderen Ärzten zu überweisen sowie „reguläre“ Krankenhauseinweisungen zu veranlassen.

### **Spezifische Vorschläge**

Abschließend unterbreitete das Gutachten spezifische Vorschläge für die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der künftigen Ausbildung einschließlich einer Verkürzung der Gesamtstundenzahl von derzeit 4.200 auf 3.400 Stunden. Dies wäre zu erreichen durch eine Reduktion der Stundenzahl der gesamten Praktischen Tätigkeit auf insgesamt 1.200 Stunden sowie durch eine deutliche Reduktion der freien Verfügungsstunden (auf 500 Stunden). Die Praktischen Tätigkeiten I und II sollten zu einem Ausbildungsbaustein Praktische Tätigkeit zusammengefasst werden. Diese sollte in mindestens 12 Monaten in möglichst zwei unterschiedlichen Versorgungssettings (davon sechs Monate stationär psychiatrisch) absolviert werden. Außerdem wurde eine stringenter Organisation in Form einer Spezifikation und Überprüfung ihrer Inhalte empfohlen.

Die Anteile der Supervision und der Selbsterfahrung (und partiell auch der Praktischen Ausbildung) sollten dagegen ausgeweitet werden. Supervision und Selbsterfahrung sollten nach Möglichkeit sowohl in Gruppen als auch einzeln angeboten werden. Die theoretische Ausbildung sollte vom Umfang her bei 600 Stunden bleiben, hier wurde jedoch eine Verlagerung von Grundlagenwissen in die zulassungsberechtigten Studiengänge empfohlen. Die dadurch frei werdenden Stunden sollten durch Veranstaltungen mit mehr Praxisorientierung gefüllt werden. Weitere Vorschläge beziehen sich auf die mündliche Prüfung (Reduktion schriftlicher Fälle von 6 auf 3), die Anrechnung von Ausbildungsinhalten und die Möglichkeit der Ausbildungsunterbrechung (Tab. 2).

Detailergebnisse des Gutachtens sind in unterschiedlichen wissenschaftlichen Beiträgen mittlerweile publiziert (Glaesmer et al. 2009; 2010; Kohl, Strauß 2009a,b; Kohl et al. 2009; Michels-Lucht et al. 2009; Sonntag et al. 2009, 2010; Strauß et al. 2009c, 2010; Willutzki et al. 2010)

## **Reaktionen auf das Forschungsgutachten**

Das Forschungsgutachten wurden im Mai 2009 fertig gestellt und an die damalige Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt übergeben. Die rot-grüne Regierung war letztendlich auch verantwortlich für die Initiierung einer Novellierung des Psychotherapeutengesetzes, in deren Rahmen das Forschungsgutachten auch in Auftrag gegeben wurde. Wer weiß, was geschehen wäre, wenn Frau Schmidt bzw. die sie tragende Regierung im Amt geblieben wäre? Bekanntlich fand relativ kurz nach der Übergabe des Gutachtens ein politischer Wechsel in Berlin statt. Das Gesundheitsministerium wurde neu (durch den FDP-Minister Rösler) besetzt, im Koalitionsvertrag wurden verschiedene Ziele bezogen auf die Gesundheitspolitik formuliert (bezogen auf die Ausbildung bspw. die Novellierung Approbationsordnung für Zahnärzte); eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes war nicht vorgesehen und deswegen überrascht es auch nicht, dass nach dem Regierungswechsel von Seiten des Ministeriums zumindest offiziell lange Zeit keinerlei Aussagen zur Psychotherapieausbildung getätigt wurden.

Innerhalb der Fachwelt waren die Reaktionen unterschiedlich, größtenteils aber affirmativ: Unmittelbar nach der Übergabe des Gutachtens an die Ministerin wurde es im Rahmen des deutschen Psychotherapeutentages in Berlin ausführlich diskutiert.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hatte in der Folge dann eine zweitägige Veranstaltung in Form eines Symposiums im September 2009 durchgeführt, in dessen Rahmen verschiedene Positionierungen bzgl. zentraler Fragen des Gutachtens erfolgten. Ein ganze Reihe weiterer Veranstaltungen der Kammer und anderen Organisatoren folgte. Dort wurde z. B. die Idee eines „common trunk“ in der Ausbildung mit einer späteren Spezifizierung bzw. Doppelqualifikation für die Psychotherapie Erwachsener und Kinder und Jugendlicher überwiegend positiv (Lehndorfer, 2010), wenn auch nicht einhellig (Schwarz, 2010), aufgenommen.

Ebenso positiv wurde – nicht nur durch die Bundespsychotherapeutenkammer – die Festlegung bewertet, dass ein Masterabschluss mit definierten Inhalten zukünftig

Voraussetzung für die Zulassung zur Ausbildung sein sollte (Walz Pawlita et al. 2010). Die Tatsache, dass dem Gutachten zufolge letztendlich der status quo aufrechterhalten, gleichwohl aber alternative Modelle erprobt werden sollten, wurde überwiegend positiv rezipiert – auch von den Fachgesellschaften, die schon in der Vergangenheit in der Ausbildung von Psychotherapeuten besonders aktiv waren, wie etwa DGPT, DGVT oder die Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Aus dem Jahr des Abschlusses des Gutachtens datieren eine Reihe von publizierten Stellungnahmen und Zusammenfassungen (Walz-Palitta, 2009a, b; 2010). Rief (2009) beispielsweise lobte das Gutachten einerseits, kritisierte aber die darin vertretene „konservative Haltung“ gleichermaßen.

Im Hinblick auf die Verfahrenorientierung, die letztendlich ja als Basis für die Ausbildung befürwortet wurde, ernteten die Gutachter ebenso kritische Reaktionen (zu wenig Mut etc.) wie für den Vorschlag, die Zeit der praktischen Tätigkeit als Psychotherapeutenausbildung stringenter zu gestalten und damit auch zu kürzen. Insbesondere die DGPPN (2009) ließ äußerst schnell verlauten, dass im Falle einer Umsetzung der Gutachternvorschläge die Aufnahme von „PIAs“ in psychiatrischen Kliniken in Frage gestellt sei. Begründet wurde dies formal mit einer befürchteten Reduktion der Qualität der Ausbildung(!).

Bezüglich der Verfahrenorientierung wurde erwartungsgemäß wenig Kritik durch die Fachverbände geäußert, die selbst ein starkes Interesse an der Ausrichtung der Ausbildung an einem Psychotherapieverfahren haben. Erwartungsgemäß waren es vornehmlich Psychotherapieforscher, die die Tendenz in der wissenschaftlichen Literatur völlig korrekt ins Feld führten, wonach psychotherapeutische Ausbildungen und die Praxis der Psychotherapie sich mittlerweile durchaus auch an anderen wissenschaftlich fundierten Standards orientieren könnten (z. B. zentralen Wirkprinzipien). Dies wurde von den Gutachtern durchaus auch deutlich gemacht, auf Grund der Tatsache, dass aber die Meinungen der an der Ausbildung Beteiligten maßgeblich gewürdigt wurden, kam es letztendlich dann doch zu einer eher „konservativen“ Empfehlung.

Interessanterweise war eines der besonders intensiv diskutierten Themen die Frage der Kompetenzerweiterung und der Möglichkeit, quasi ärztliche Aufgaben auch psychologischen Psychotherapeuten zu übertragen, obwohl die Gutachter diesbezüglich eigentlich sehr zurückhaltend waren und z. B. deutlich machten, dass eine Berechtigung, Medikamente, speziell Psychopharmaka, zu verschreiben, für psychologische Psychotherapeuten keineswegs sinnvoll sei (Hohagen 2010). Allein der Gedanke, dass hier möglicherweise Berufsgrenzen überschritten werden könnten, versetzte eine Reihe von (ärztlichen) Verbänden und Interessengruppen in Alarmbereitschaft.

Während die Forderung nach dem Masterabschluss absolut einhellig unterstützt wurde, gingen die Stellungnahmen zu den inhaltlichen Zugangsvoraussetzungen zur Ausbildung deutlich auseinander. Verständlicherweise waren hier Vertreter der pädagogischen bzw. sozialpädagogischen Studiengänge alarmiert auf Grund der Tatsache, dass im Gutachternvorschlag und in den darauf folgenden Vorschlägen durch die BPTK und die Fachgruppe klinischer Psychologie doch ein gerüttelt Maß an psychologischen Inhalten als Mindeststandard zu Ungunsten von Inhalten aus dem Gebiet der Erziehungswissenschaften vorgeschlagen wurde (Borg-Laufs et al. 2009; Klein-Heßling, Schopohl 2011). Relativ unstrittig war, dass in einer Übergangszeit die Notwendigkeit entstehen dürfte, so etwas wie eine Brückenqualifikation zu ermöglichen.

Im Hinblick auf die Bestandteile der Ausbildung wurde relativ emotionslos diskutiert, dass eine Veränderung sinnvoll sei, wenngleich, insbesondere was die Selbsterfahrung anbelangt, sehr unterschiedliche Auffassungen geäußert wurden.

Die zentrale Frage im Zusammenhang mit dem Gutachten und der Ausbildungsreform – dies wissen wir heute besser – bezog sich auf die Frage, ob weiterhin eine Ausbildung nach Ausbildung erfolgen solle oder ob das Modell der Direktausbildung zu befolgen sei. Zweifellos war dies eine zentrale Frage für die Gutachtergruppe, zu der sie auch ausführlich in einer umfassenden Gegenüberstellung inhaltlicher Argumente Stellung bezog.

Dass diese Fragen für das Ministerium offenbar die zentrale war und das Ministerium von der Gutachtergruppe

eigentlich andere bzw. in eine Richtung weisende Antworten gewünscht hätte, wurde eigentlich erst im Nachhinein richtig deutlich. Möglicherweise erklärt diese Tatsache auch, dass von Seiten der Politik zunächst keinerlei Reaktionen erfolgten. Es ist denkwürdig, dass mehr als zwei Jahre nach Abgabe des Gutachtens das Ministerium zu einem Gespräch einlud, an dem neben Vertretern der Gutachtergruppe auch Vertreter des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie und der Psychotherapeutenkammer teilnahmen. In diesem Gespräch, wie auch in nachfolgenden Diskussionsveranstaltungen und Verlautbarungen, wurde von Seiten des Ministeriums immer wieder deutlich gemacht, dass jenseits aller inhaltlichen Argumente für das Ministerium die „ordnungspolitischen Aspekte“ maßgeblich seien, die vor allen Dingen darin bestehen würden, die Ausbildungen in allen Heilberufen nach Möglichkeit zu parallelisieren. Dementsprechend hätte das Ministerium wohl eigentlich erwartet, dass das Gutachten empfiehlt, ein Direktstudium der Psychotherapie zu etablieren, dem – analog zur Facharztweiterbildung von Ärzten – dann eine zu definierende Zeit der Weiterbildung folgt, in deren Rahmen die Betroffenen bereits klinisch tätig sind – allerdings unter Anleitung.

Schon in einer frühen Stellungnahme der Gutachtergruppe zu den ersten Reaktionen auf das Forschungsgutachten, wurde im Zusammenhang mit der Direktausbildung Folgendes konstatiert:

Das „duale Modell“ ermöglicht beispielsweise die wichtige Verfahrensvielfalt von Psychotherapie und schafft einen Rahmen für die Auswahl persönlich und fachlich geeigneter Persönlichkeiten sowie die Vermittlung von vielfältigen klinischen Erfahrungen durch Experten, die über eine jahrelange Praxis als Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen verfügen. Das Modell sichert zudem einen geschützten Rahmen für die Selbsterfahrung, die von allen Berufsgruppen als bedeutsam für die Profession des Psychotherapeuten/der Psychotherapeutin angesehen wird. Da die Fähigkeit, eigenverantwortlich und selbstständig heilkundliche Psychotherapie auszuüben, bisher erst durch die postgraduale Ausbildung erworben wird, herrscht unter den im Rahmen des Gutachtens Befragten ein breiter Konsens, dass die Approbation erst am

Ende der Ausbildung erteilt werden soll. Die wissenschaftliche Grundausbildung an den Hochschulen wird zweifellos als wichtige Voraussetzung für eine selbstkritische professionelle Grundhaltung eingeschätzt. Zudem könnten einige der theoretischen Bausteine in ein Masterstudium verlegt werden, um Redundanzen zu vermeiden, die Ausbildungsdauer zu verkürzen und die Kosten zu reduzieren.

Trotz der großen Übereinstimmung, am „dualen Modell“ festzuhalten, melden sich Interessengruppen zu Wort, welche die Psychotherapeutenausbildung der Medizinerbildung angleichen möchten. Sie präferieren ein „Direktstudium“ mit anschließender Weiterbildung. Das Forschungsgutachten weist in diesem Zusammenhang auf die deutlichen Unterschiede zwischen dem Medizinstudium und den Psychologie-Pädagogikstudiengängen hin. Der Master- Abschluss allein kann nicht zur Ausübung eines Heilberufs ausreichen, da eine umfangreiche klinische Erfahrung unter Fachaufsicht für die Professionalität des späteren Psychotherapeuten unverzichtbar ist. Zudem erweisen sich Hochschulen als ungeeignet für einige Aspekte der Ausbildung, insbesondere die Selbsterfahrung, diese muss in einem geschützten Rahmen stattfinden. Ebenso wichtig ist, dass Hochschulen in der Regel nicht über die personellen und finanziellen Ressourcen verfügen, um zusätzliche Aufgaben kompetent zu übernehmen. Da an den Hochschulen die Verhaltenstherapie in Relation zu allen anderen, bislang vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie anerkannten, Verfahren absolut dominant vertreten ist, könnte außerdem durch die „Direktausbildung“ die für die Krankenversorgung und in der Forschung notwendige Verfahrensvielfalt nicht aufrechterhalten werden. Zudem müsste eine Vielzahl von anderen Problemen gelöst werden. Zum Beispiel würden die supervidierten Ausbildungsfälle, die bislang im Rahmen der Institutsambulanzen durchgeführt werden, möglicherweise nicht mehr vollständig durch die Krankenkassen vergütet. Auch würde sich die Frage nach der Verantwortung für die Behandlungen von Patienten strukturell neu stellen.

Auch deshalb plädiert daher das Forschungsgutachten letztlich für das Beibehalten des „dualen Modells“, da bestehende, gut bewährte Strukturen nicht zerstört, sondern

sinnvoll optimiert werden sollen. „Allerdings könnten in zu evaluierenden Modellstudiengängen einzelne Formen von Direktausbildungen erprobt werden. Damit verbundene vielfältige strukturelle, institutionelle und juristische Probleme würden erkennbar – mögliche Lösungen könnten exemplarisch überprüft werden.“ (Strauß et al. 2009b)

Somit blieb die Gutachtergruppe dabei, letztendlich weiterhin das „duale Modell“ einer Ausbildung vorzuschlagen. Es ist interessant, dass die verschiedenen Interessengruppen, die ähnlicher Meinung waren, sich im Laufe der letzten Monate doch in ihren Positionen sehr gewandelt haben. Allen voran hat die Deutsche Gesellschaft für Psychologie bekanntlich mittlerweile einen sehr konkreten Entwurf für ein Direktstudium vorgelegt, der scheinbar im Einvernehmen mit vielen Fachgesellschaften erarbeitet wurde und der zwar einerseits noch auf den Modellcharakter der Direktausbildung hinweist, andererseits aber inhaltlich doch sehr deutlich macht, dass die Direktausbildung für Psychotherapeuten (in der Regel lokalisiert an psychologischen Instituten) das Ausbildungsmodell der Zukunft sein könnte (Rief et al. 2012).

Andere Gruppierungen, wie z. B. Repräsentanten privater Ausbildungsuniversitäten, die sicher im Falle einer Direktausbildung in Zukunft „wie Pilze aus dem Boden schießen werden“, wittern natürlich ebenfalls eine goldene Zukunft in einer Direktausbildung (vgl. Bühring, 2012). Trotzdem scheint die Gegnerschaft numerisch noch etwas größer zu sein als die Befürworter, wie dies Bühring (2012) darstellte. Sowohl die Bundespsychotherapeutenkammer hat in ihrem ausführlichem Reformkonzept aus dem Jahr 2010 zunächst davon abgeraten, die Direktausbildung als neues System umgehend einzuführen, wengleich sie – wie die Gutachtergruppe – Modellstudiengänge befürwortete. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beharrt aus den erwähnten ordnungspolitischen Gründen auf einer Gesetzesänderung in Richtung Direktausbildung und verweigert jeglichen anderen Modifikationen des Psychotherapeutengesetzes („punktuelle Korrekturen“ i. S. des unten erwähnten Briefs des Ministers), auch solche, die die Zugangsregelungen betreffen und die angesichts der Zunahme von Ausbildungsteilnehmerinnen und -teilnehmern mit Bachelorabschluss

eigentlich dringend erforderlich wären. Erst kürzlich machte der amtierende Bundesminister für Gesundheit Daniel Bahr in einem Schreiben an den Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen (BKJ) deutlich, dass „angestrebte Änderungen sich nicht auf punktuelle Korrekturen beschränken“ sollten und gesetzliche Regelungen im Ausbildungsbereich „nachhaltig“ wirken sollten. Entsprechend kündigt der Minister die Einrichtung einer Bund-Länderkommission an.

Schon lange wird beispielsweise durch die European Association of Psychotherapy (EAP) oder durch die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapiewissenschaft propagiert, dass es sinnvoll wäre, eine eigenständige „Wissenschaft der Psychotherapie“ oder „Psychotherapiewissenschaft“ zu konzipieren, was z. B. nach Fischer & Barwinski (2012) zu einem „dritten Weg“ der Ausbildung (ein Studium der Psychologie und der Psychotherapiewissenschaften) gehören würde.

Die Bundesärztekammer lehnt die Direktausbildung vehement ab (nicht zuletzt, weil Befürchtungen bestehen, dass die „ärztliche Psychotherapie“ durch eine solche Direktausbildung noch sehr viel weiter ins Hintertreffen gerät, als dies durch die Novellierung des Bundespsychotherapeutengesetzes 1999 ohnehin bereits erfolgt ist). Der 115. Ärztetag in Nürnberg betonte die Notwendigkeit des Einbezugs stationärer Behandlungssettings in die Ausbildung und kam zu dem Statement: „Sinnvoller wäre es, den klinischen Teil der Ausbildung zu verbessern und eine Bezahlung durchzusetzen“ (was genau auch das Forschungsgutachten empfohlen hatte). Vor allem psychoanalytische Verbände befürchten durch eine Direktausbildung ein langsames Verschwinden der psychodynamischen Psychotherapie, die bekanntlich an psychologischen Instituten kaum noch erwähnt, geschweige denn unterrichtet wird.

Bezüglich der Situation der Psychologen in Ausbildung (PiA) mögen sich seit Abschluss des Gutachtens tatsächlich einige Veränderungen ergeben haben: Diese Veränderungen sind nicht zuletzt auf einen doch deutlichen öffentlichen Druck zurückzuführen, der dazu führte, dass in einschlägigen Medien, wie etwa Der Spiegel, FAZ3 u. a. Medien über die problematische Situation der PIAs immer wieder berichtet

wurde, die Betroffenenengruppe sich auch zur Wehr setzte und demonstrierte. Möglicherweise ist die Tatsache, dass die praktische Tätigkeit in psychiatrischen Einrichtungen mittlerweile offensichtlich besser (oder überhaupt) vergütet wird, aber auch darauf zurückzuführen, dass es immer schwieriger wird, ärztliche Weiterbildungsstellen in psychiatrischen Kliniken zu besetzen und dementsprechend Mittel für andere Zwecke frei werden.

Die seit Abgabe des Forschungsgutachtens immer wieder – durchaus kompetent und vehement – wiederholte Forderung, nach der Sicherstellung eines Masterabschlusses als Zulassungsvoraussetzung für die Ausbildung wird auf der politischen Ebene nach wie nicht erhört (mit dem Argument, dass eine diesbezügliche Änderung des Psychotherapeutengesetzes nicht den primären Absichten des BMG der Einführung von Direktstudiengängen entsprechen würde). Interessanterweise zeichnet sich ab, dass innerhalb des Systems diesbezüglich offensichtlich eine Lösung gefunden wird, die durch eine eindeutige Stellungnahme der Fachvertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie gefördert wurde, wonach diese den Masterabschluss als Voraussetzung für die Aufnahme von PiAs in ihren Kliniken deutlich machen. Es scheint also auch ohne die Politik ein Weg gefunden worden zu sein, der eine Lösung in die gewünschte Richtung ermöglicht. Das Ministerium hat früh darauf hingewiesen, dass zwar das Psychotherapeutengesetz unter das Bundesrecht fällt, dass die Länder aber für die Durchführung zuständig seien und damit entsprechend auch darüber entscheiden müssten, wie die Zugangsvoraussetzungen interpretiert werden. Immerhin hat das BMG bereits im September 2009 konstatiert: „Wenn die Ausbildungsinstitute unabhängig von den formellen Vorgaben von jedem Ausbildungsbewerber für eine psychotherapeutische Ausbildung daher einen Masterabschluss verlangen, habe ich hiergegen keine Bedenken, inwieweit die zuständige Landesoberbehörde dies vorgeben will oder darf, sei von der entsprechenden Landesbehörde zu prüfen.“<sup>4</sup>

Es war (und ist) interessant, wie die zentralen Aussagen des Forschungsgutachtens bis heute ganz unterschiedlich interpretiert und von unterschiedlichen Interessengruppen auch unterschiedlich genutzt werden. Dies ist wahrscheinlich

immer so und konnte auch dadurch nicht verhindert werden, dass das Gutachten wirklich versucht hat, den aktuellen Stand der Ausbildung in der BRD gründlich und objektiv unter die Lupe zu nehmen mit dem Ergebnis, dass das gültige System zwar reformkeineswegs aber revolutionsbedürftig ist.

Es ist erwähnenswert, dass die im Rahmen des Forschungsgutachtens erhobenen Daten einen reichhaltigen „Schatz“ repräsentieren und im Gutachten selbst bereits eine Fülle von Detailaussagen getroffen wurden, die für alle, die sich der Ausbildung unterziehen oder diese anbieten, potenziell von Interesse sein könnten. Die Auswertung der Materialien hat aber nicht stagniert. Allein an der Universität Jena hat es mittlerweile eine ganze Reihe von Qualifikationsarbeiten gegeben (darunter eine Dissertation; Nodop, 2012), in deren Rahmen u. a. qualitative Analysen der Befragungsdaten vorgenommen wurden.

Generell ist im Bereich der Psychotherapieforschung festzustellen, dass eine Sensibilität für die Ausbildung entstanden ist (sicherlich nicht abhängig vom Forschungsgutachten, sondern von anderen Entwicklungen im Feld), die langsam auch auf den deutschsprachigen Raum übergreift. Auf internationaler Ebene hat sich beispielsweise im Rahmen der Society for Psychotherapy Research kürzlich eine spezielle Arbeitsgruppe („SPRISTAD“) zu der Thematik gebildet, die auch das Ziel hat, multizentrische internationale Studien auf dem Gebiet der Ausbildungsforschung anzustoßen.

Dass Forschung überhaupt in diesem Bereich Eingang findet, ist relativ neu, gleichzeitig aber auch unabdingbar und eine wesentliche Voraussetzung für die sukzessive Optimierung der Ausbildungsbedingungen hier zu Lande und anderswo.

\* Erstveröffentlichung: Strauß B., Nodop S. Reform der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. PDP 2012; 11: 179–92.  
Mit freundlicher Genehmigung des Schattauer Verlags.

## Quellen

- <sup>1</sup> Das Forschungsgutachten [http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy\\_media/Downloads/Endfassung\\_Forschungsgutachten\\_Psychotherapieausbildung.pdf](http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy_media/Downloads/Endfassung_Forschungsgutachten_Psychotherapieausbildung.pdf) und der Begleitband [http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy\\_media/Downloads/Begleitband\\_Forschungsgutachten\\_Psychotherapieausbildung\\_300409.pdf](http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy_media/Downloads/Begleitband_Forschungsgutachten_Psychotherapieausbildung_300409.pdf) sind online zugänglich
- <sup>2</sup> <http://bkj-ev.de/documents/AntwortDanielBahr13.09.2012.pdf>
- <sup>3</sup> z. B. Hucklenbroich C (2010). Psychotherapeuten zum Billigtarif. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 30.07.2010. Verfügbar unter <http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/campus/ausbildung-psychotherapeuten-zum-billigtarif-11007041.html> [15.10.2012]; Passow A (2011). Junge Psychotherapeuten Voller Einsatz – kein Gehalt. KarriereSpiegel, vom 20.09.2011. Verfügbar unter <http://www.spiegel.de/karriere/berufstart/junge-psychotherapeuten-voller-einsatz-kein-gehalt-a-787195.html> [15.10.2012]
- <sup>4</sup> [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Interner\\_Bereich/Laenderrat/2009/20091023/20091023\\_top04-laendervorstand-anlage03\\_laenderrat26.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Interner_Bereich/Laenderrat/2009/20091023/20091023_top04-laendervorstand-anlage03_laenderrat26.pdf)

## Literatur

- Borg-Laufs M., Gahleitner S., Helle M., Zurhorst G. (2009). Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal* 4, 377–383.
- Bühning P. (2012). Die Angst der Psychoanalytiker – Zukunft der psychotherapeutischen Ausbildung. *Deutsches Ärzteblatt* 109, B 1508.
- Castonquay L.G., Beutler L.E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know. In: Castonquay L.G., Beutler L.E. (eds). *Principles of therapeutic change that work* (353–369). New York: Oxford University Press.
- DGPPN: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum „Forschungsgutachten zur Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeuten“ Verfügbar unter: [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/stellungnahmen/2009/stn-2009-06-25-forschungsgutachten-ausbildung-psychotherapeuten.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2009/stn-2009-06-25-forschungsgutachten-ausbildung-psychotherapeuten.pdf) (15.10.2012)

- Fischer G., Barwinsky R. (2012). Quo vadis Psychotherapie? *ZPPM* 10, 91–101.
- Glaesmer H., Sonntag A., Barnow B., Brähler E., Fegert J.M., Fliegel S., Freyberger H.J., Goldbeck L., Kohl S., Lebiger-Vogel J., Leuzinger-Bohleber M., Michels-Lucht F., Willutzki U., Spröber N., Strauß B. (2009). Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Absolventen. Ergebnisse der Absolventenbefragung im Rahmen des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut* 54 (6), 437–444.
- Glaesmer H., Spangenberg L., Sonntag A., Brähler E., Strauß B. (2010). Zukünftige Psychotherapeuten? Eine Befragung deutscher Psychologiestudierender zu ihren beruflichen Plänen und der Motivation zur Berufswahl *Psychotherapeut. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 60 (12), 462–468.
- Groeger W.M. (2006). Psychotherapie-Ausbildung im Rahmen der Bachelor-/Masterstudien-reform. *Psychotherapeutenjournal* 4, 340–352.
- Hölzel H.H. (2006). Zur finanziellen Situation der Psychotherapeuten in Ausbildung: Ergebnisse einer internetgestützten Fragebogenstudie. *Psychotherapeutenjournal* 3, 232–237. Hohagen F. (2010). Dürfen, können, sollen Psychologische Psychotherapeuten Tätigkeiten übernehmen, die heute noch Ärzten vorbehalten sind? *Verhaltenstherapie* 20, 211–213.
- Klein-Heßling J., Schopohl J. (2011). Die gravierenden Mängel der Psychotherapeutenausbildung und das Reformkonzept der Profession. *Psychotherapeutenjournal* 4, 356–360.
- Kohl S., Strauß B. (2009). Themen der Ausbildungsforschung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 54 (6), 411–426.
- Kohl S., Strauß B. (2009). Entwicklung der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung in europäischen Ländern (Development of psychotherapy and psychotherapy training in European countries). Ergebnisse einer Expertenbefragung. *Psychotherapeut* 54 (6), 457–463.
- Kohl S., Barnow B., Brähler E., Fegert J.M., Fliegel S., Freyberger H.J., Glaesmer H., Goldbeck L., Lebiger-Vogel J., Leuzinger-Bohleber M., Michels-Lucht F., Sonntag A., Spröber N., Willutzki U., Strauß B. (2009). Die Psychotherapieausbildung aus Sicht der Lehrkräfte. Ergebnisse der Befragung von Dozenten, Supervisoren und Selbsterfahrungsleitern im Rahmen des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut* 54 (6), 445–456.
- Kommer D. (2005). Rechtliche Rahmenbedingungen für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Kritische Bestandsaufnahme und Lösungsvorschläge für die Zukunft. In: Laireiter A.R. (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie* (S. 133–150). Göttingen: Hogrefe.

Lehndorfer P. (2010). Ausbildung der Zukunft: Ein Beruf Psychotherapeut/in mit Schwerpunkt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen bzw. Erwachsenen? *Psychotherapeutenjournal* 1, 34–38.

Lindel B., Sellin I. (2007). *Survivalguide PiA – die Psychotherapie-Ausbildung meistern*. Heidelberg: Springer.

Michels-Lucht F., Freyberger H.J., von Rad K., Schulz A., Glaesmer H., Kohl S. et al (2009). Ergebnisse der Delphi-befragung. *PDP Psychodynamische Psychotherapie: Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie* 8 (4), 178–232. Nodop S (2012). Supervision und Selbsterfahrung zur Entwicklung und Sicherung psychotherapeutischer Kompetenzen – Quantitative und qualitative Auswertung von Befragungen des Forschungsgutachtens zur Psychotherapieausbildung in Deutschland. Dissertation, Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Nodop St., Thiel K., Strauß B. (2010). Supervision in der psychotherapeutischen Ausbildung in Deutschland. *Psychotherapeut* 55, 485–495.

PsychThG (1998). Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) vom 16. 6. 1998, BGBl.I, S. 1311.

Rief W. (2009). Keine großen Überraschungen, aber interessante Anregungen: Das Forschungsgutachten zur Psychotherapieausbildung ist da. *Verhaltenstherapie* 19 (3), 140–144.

Rief W., Schulte D., Vogel H., Kuhr A. (2012). Pro und Contra „Direktausbildung Psychotherapie“. *Verhaltenstherapie* 22(1), 56–63.

Ruggaber G. (2005). Psychotherapieausbildung in Deutschland fünf Jahre nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes. In A.-R. Laireiter (Hrsg.), *Ausbildung in Verhaltenstherapie*. Hogrefe: Göttingen, 429–438.

Schwarz M. (2010). Heilberuf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut – Ein Plädoyer für den Erhalt des KJP, *Psychotherapeutenjournal* 1, 39–45.

Sonntag A., Glaesmer H., Barnow B., Brähler E., Fegert J.M., Fliegel S., Freyberger H.J., Goldbeck L., Kohl S., Lebiger-Vogel J., Leuzinger-Bohleber M., Michels-Lucht F., Spröder N., Willutzki U., Strauß B. (2009). Die Psychotherapeutenausbildung aus Sicht der Teilnehmer. Ergebnisse einer Ausbildungsteilnehmerbefragung im Rahmen des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut* 54 (6), 427–436.

Sonntag A., Spangenberg L., Brähler E., Strauß B., Glaesmer H. (2012). Zur Vereinbarkeit von Promotion und Psychotherapieausbildung für Psychologinnen und Psychologen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 41: 125–129.

Strauß B. (2009). Patterns of psychotherapeutic practice and professionalisation in Germany. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 11(2), 141–150.

Strauß B., Barnow S., Brähler E., Fegert J., Fliegel S., Freyberger H.J., Goldbeck L., Leuzinger-Bohleber M., Willutzki U. (2009). Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeuten. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. Verfügbar unter: [http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf\\_publicationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten\\_200905.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/Ausbildung-Psychologische-Psychotherapeuten_200905.pdf) (26.04.2011).

Strauß et al (2009). Stellungnahme der Gutachtergruppe zu ersten Reaktionen auf das Forschungsgutachten. Verfügbar unter [http://www.pksh.de/\\_joomuploads/dateien/pdfs/aus-fort\\_und\\_weiterbildung/stn\\_zum\\_fg\\_20091218.pdf](http://www.pksh.de/_joomuploads/dateien/pdfs/aus-fort_und_weiterbildung/stn_zum_fg_20091218.pdf) (15.10.2012)

Strauß B., Barnow B., Brähler E., Fegert J.M., Fliegel S., Freyberger H.J., Glaesmer H., Goldbeck L., Spröder N., Leuzinger-Bohleber M., Michels-Lucht F., Sonntag A., Lebiger-Vogel J., Willutzki U., Kohl S. (2009). Angebot und Nachfrage. Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapeut* 54 (6), 464–468.

Strauß B., Nodop S. Reform der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *PDP* 2012; 11: 179–92. Mit freundlicher Genehmigung des Schattauer Verlags.

Strauß B., Wheeler S., Nodop St. (2010). Klinische Supervision – Überblick über den Stand der Forschung. *Psychotherapeut* 55, 455–464.

Walz-Pawlita S., Lackus-Reitter B., Loetz S. (2009). Plädoyer für eine verfahrensbezogene Ausbildung und Praxis: Zur „methodenspezifischen Eigengesetzlichkeit therapeutischer Prozesse“. *Psychotherapeutenjournal*, 4, 352–365.

Walz-Pawlita S. (2008). Psychoanalytische Ausbildung und Forschungsgutachten – Eine Standortbestimmung. *Forum der Psychoanalyse: Zeitschrift für klinische Theorie & Praxis*, Vol 24(4), Dec.

Walz-Pawlita S., Müller U.A. (2010). Die Zukunft der Psychotherapieausbildung: Rezeptionsgeschichte des Forschungsgutachtens. *Psyche: Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* 64(7), 578–601.

Willutzki U., Fliegel S., Freyberger H., Schweitzer J. (2010). Die Vermessung der Ausbildungslandschaft – Erkenntnisse aus dem Forschungsgutachten Psychotherapieausbildung. Ulrike Willutzki, Steffen Fliegel und Harald Freyberger im Gespräch mit Jochen Schweitzer. *PiD – Psychotherapie im Dialog* 11(01) 85–92.

# 07 Das Kuckucksei

## Über das pharmakologische Modell in der Psychotherapie-Forschung

Dirk Revenstorf

Psychotherapie ist Bestandteil der Gesundheitsversorgung und damit ein Kostenfaktor, der Rechenschaft verlangt. Die empirisch fundierte Therapieforschung ist angetreten, die dazu nötigen Nachweise zu liefern. Da mit den Nachweisen auch Entscheidungen über Akkreditierung bestimmter und die Diskreditierung anderer Therapieverfahren einhergehen, hat Therapieforschung eine politische Dimension, bei der es um die Ausgabe knapper finanzieller Mittel für die Forschung, Ausbildung und die Erstattung von Behandlungskosten geht. Mindestens im Hinblick auf eine gerechte Verteilung dieser Ressourcen ist eine kritische Beleuchtung der Kriterien empirischer Evidenz in der Therapieforschung angebracht.

Ein traditionelles Problem in der psychologischen Forschung ist der auf Windelband Anfang des letzten Jahrhunderts zurückgehende Gegensatz zwischen nomothetischer und ideografischer Wissenschaft (Allport, 1937). Akademische Psychologen sind daran interessiert, nomothetische Aussagen zu machen. Doch sind klinische Psychologen oft der Meinung, dass das, was Menschen im Leben bewegt und ihnen zum Problem wird, zu einem bisher nicht näher bestimmten Anteil sich nur individuell (d. h. ideografisch) verstehen und behandeln lässt. Damit wäre Psychotherapie grundsätzlich mit einer nomothetischen Beschreibung nur unvollständig erschließbar. Psychotherapeutisches Handeln ließe sich dann auch nicht systematisch aus einem theoretischen Zusammenhang deduzieren. Gegen einen einfachen Zusammenhang von Theorie und Praxis sprechen ohnehin einige bemerkenswerte Befunde der Therapieforschung. In der groß angelegten NIMH-Depressionsstudie (Elkin et al., 1994) beeinflussten Imipramin, Interpersonelle Therapie (IPT) und Kognitive Therapie unterschiedslos physiologische Symptome, dysfunktionale Gedanken und die soziale Kompetenz der Patienten. Die jeweils aus dem spezifischen physiologischen, kognitiven

und sozialen Erklärungszusammenhang konzipierten Interventionen wirkten also nicht spezifisch, wie man annehmen sollte (Imber et al., 1990). Das spricht aber noch nicht gegen eine nomothetische Psychotherapieforschung, sondern für eine vernetzte Wirkungsweise von therapeutischen Interventionen, die nicht auf eine unabhängige Wirkung physiologischer, kognitiver und sozialer Mechanismen und damit auf die Indikation einer bestimmten Methode für einen bestimmten Zweck reduziert werden kann (Abb. 1).

Aus der Schwierigkeit, Interventionen in der Psychotherapie theoretisch herzuleiten, haben einige Therapeuten wie A. Lazarus (1989) die Konsequenz gezogen, sich zu einem technischen Eklektizismus zu bekennen oder wie M.H. Erickson programmatisch zu behaupten, jeder seiner Patienten (400 sind bei O’Hanlon und Hexum 1990 dokumentiert) erfordere eine eigene Theorie und einen jeweils neuen therapeutischen Ansatz (s. auch Rossi, 1995 – 98: Ericksons Ges. Schriften).

Auf der anderen Seite bemüht sich die klinische Psychologie um die nomothetische Ätiologie von psychischen Problemen (ICD, DSM). Und die Therapieforschung bemüht sich ebenfalls um einen nomothetischen Ansatz, indem sie Thera-

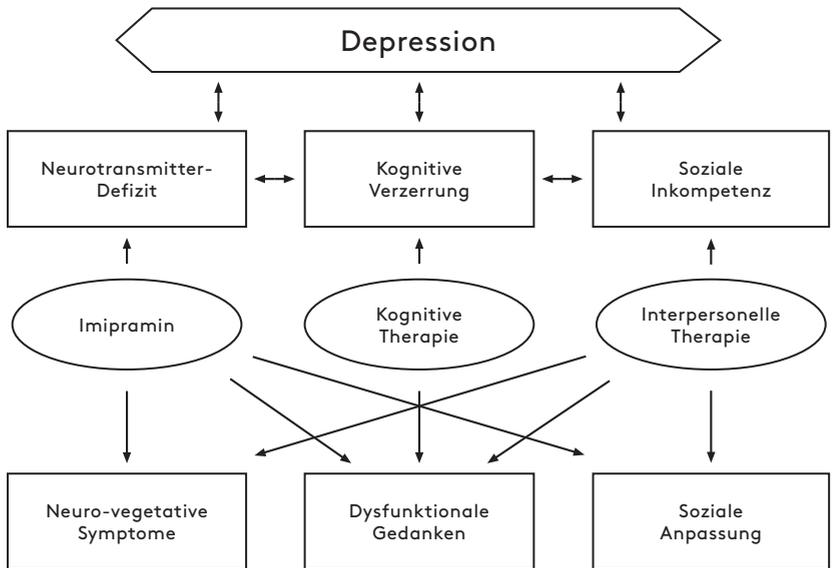


Abbildung 1: Multikausale Verknüpfung von Maßnahme und Wirkung (Messergebnissen) in der NIMH-Depressionsstudie (Elkin et al., 1994)

pieverfahren differenziert – etwa in behaviorale, kognitive, psychodynamische, systemische – und in ihrer Wirksamkeit nach überindividuell einheitlichen Maßstäben bewertet. Als Maßstab orientiert sich die Forschung dabei an Kriterien der Wissenschaftlichkeit, wie sie in Physik, Biologie und – speziell bei der Therapieforschung – in der Medizin und Pharmakologie üblich sind. Auf diese Weise wird ein nach außen vertretbarer Standard der Objektivität gesucht, der Psychotherapie in ähnlicher Weise fassbar und respektabel machen soll wie die Medizin. Das entspricht dem Wunsch nach der Anerkennung als gleichrangiges Heilverfahren und nach Qualitätssicherung. Entsprechendes ist in der Legaldefinition (§ 1, Abs. 3) des Psychotherapeuten-Gesetzes juristisch verankert, wonach Psychotherapie nur in der wissenschaftlich anerkannten Form ausgeübt werden kann.

Zum Nachweis der Wirksamkeit werden in der Psychotherapieforschung Kontroll-Gruppenexperimente herangezogen, wie sie zur Überprüfung der Wirksamkeit von Medikamenten üblich sind. Bei kritischer Betrachtung werden schnell einige Grenzen deutlich, mit diesem Ansatz empirische Evidenz sichern zu wollen. Damit wird aber auch der Anspruch infrage gestellt, mithilfe derartiger Studien Therapieformen zu akkreditieren. Das Problem hat zwei Ebenen.

Auf der inhaltlichen Ebene ist zu bezweifeln, ob eine psychotherapeutische Behandlungstechnik wie ein Medikament wirkt, also durch spezifische Wirkmechanismen, die auf die Behandlungsform unabhängig vom Behandler zurück gehen und ob eine bestimmte Behandlungstechnik u. U. für eine bestimmte Störung besonders indiziert ist – etwa so, wie Antibiotika gegen Bakterien, aber nicht gegen Viren eine spezifische Wirkung entfalten. Dagegen sprechen z. B. die oben erwähnten Ergebnisse der Depressionsforschung. Vielleicht ist nämlich Psychotherapie ein Verfahren, mit dem der psychische Apparat in ganzheitlicher Weise umgestimmt wird, weil ein für Patient und Therapeut überzeugender Kontext hergestellt wird, in dem Selbstheilungskräfte mobilisiert werden. Die jeweils angewendete Technik sähe dann zwar spezifisch aus, würde aber nur eine von vielen Realisationsmöglichkeiten allgemeiner Therapiefaktoren darstellen, wie sie von Frank, Strupp oder Bandura formuliert wurden

(vgl. Goldfried, 1980). Psychotherapie wäre dann in seiner Wirkung mit einem Pharmakon nicht vergleichbar.

Auf der methodologischen Ebene erhebt sich die ganz andere Frage, ob die Gleichsetzung von Kriterien der Wissenschaftlichkeit für die Psychotherapie mit denen der Pharmakologie sinnvoll ist und ob das entlehnte Kontrollgruppenexperiment in der Psychotherapie dienlich ist. Nicht dass auf wissenschaftliche Evaluation verzichtet werden könnte. Immerhin hat das bisherige Evaluationsmodell wichtige Erkenntnisse erbracht, wie z. B. den Nachweis der generellen Wirksamkeit von Psychotherapie (Grawe 2005), wie auch die weitgehende Uniformität der Wirkung verschiedener Therapieformen (s. Fazit weiter unten). Wenn aber die bisherige Evaluationsstrategie manche für die Theorie und Praxis bedeutsamen Therapieformen nicht erfasst, weil ihre Wirkungsweise nicht ins medizinische Modell passt und sie damit per Gesetz ihre Ausübung bedroht sind, ist das Evaluationsmodell zu überprüfen, worauf besonders von Volker Tschuschke (z. B. 2005) und Jürgen Kriz (z. B. 2005) mehrfach hingewiesen wurde. Darauf soll hier näher eingegangen werden.

### **Rationalität als Grundlage der Wissenschaft**

Die Naturwissenschaften stützen sich mit Erfolg auf Methoden der rationalen Analyse, die sich in der Physik oder Chemie durch ihre Vorhersagekraft bewährt haben. Dass deterministische Gesetzmäßigkeiten in der Physik schon bei der Thermodynamik in Probabilistik und bei der Meteorologie in kurzfristige, vage Prognosen umschlagen, die jeder aus der Wettervorhersage kennt, wird oft übersehen. Die Psychologie ähnelt, wenn überhaupt ein Vergleich mit der Physik erlaubt ist, eher der Meteorologie als der Mechanik. Nicht nur dass sich der nomothetische Anspruch in der Psychotherapie auf Wahrscheinlichkeitsaussagen, also Statistik reduziert. Es ist darüber hinaus zweckmäßig zu fragen, wie weit der aus Biologie und Medizin übernommene Begriff von Wissenschaftlichkeit überhaupt trägt, um Überprüfungen und Vorhersagen über den Therapieerfolg zu versuchen, die dann u. a. auch für die Legalisierung eines Therapieverfahrens maßgeblich sind.

Das derzeitige wissenschaftliche Selbstverständnis gründet sich auf ein Monopol der Rationalität, die einer bestimmten Stufe der Entwicklung des Bewusstseins entspricht und durch das axiomatische Quadrupel vom dreidimensionalen Raum, von der Unidirektionalität von Zeit und Kausalität und der strikten Subjekt-Objekt-Trennung gekennzeichnet ist. Folgt man der bei E. Neumann (1995), J. Gebser (1973) und K. Wilber (1987) dargelegten anthropologischen Überlegungen von einer Evolution des Bewusstseins, so gingen der Rationalität, die unser Denken seit Aristoteles oder spätestens seit der Renaissance und der Aufklärung beherrscht, magische und mythologische Bewusstseinsformen voraus. Sie wurden von der Rationalität überlagert, die wiederum ein Durchgangsstadium zu einem hypothetischen postrationalen Bewusstsein darstellt.

Jedes Stadium der Bewusstseinsentwicklung hat ein anderes Heilungsmodell hervorgebracht: das magische Denken den Schamanismus, das mythologische Denken, diverse quasireligiöse und religiöse Rituale (Orakel, Tempelschlaf, Handauflegen, Seelsorge) und das rationale Bewusstsein, die naturwissenschaftlich begründeten Therapieansätze (s. Abb. 2). Nun erscheint es zweckmäßig, die historisch gegebene rationale Bewusstseinslage als Rahmen zu nutzen, um Psychotherapie von Schamanismus und Orakel zu emanzipieren. Es spräche nichts dagegen, sich auf den Positivismus als Forschungsstrategie der Moderne auch für die Psychotherapie zu verlassen, wenn nicht dadurch etwas für das Verständnis des Menschen Bedeutsames verloren ginge. Und es besteht Grund anzunehmen, dass das so ist.

Die Verpflichtung auf die Rationalität in den westlichen Kulturen ist nicht durchgängig angenommen worden. Seit Beginn des rationalen Zeitalters (d. h. in den letzten 2000 Jahren) bestand nach N. Bischoff (1999) immer eine Spaltung des Denkens in das, was Nietzsche apollinisch und dionysisch genannt hat. Offenbar war der Preis der zunehmenden Klarheit durch die Vernunft der Verlust dessen, was man als Tiefe des Verständnisses empfindet.

Es gab schon zu Zeiten der aristotelischen Akademie die Gnosis als Bemühung um Tiefe, zu Zeiten der Scholastik die Mystik und die Aufklärung provozierte als Antithese

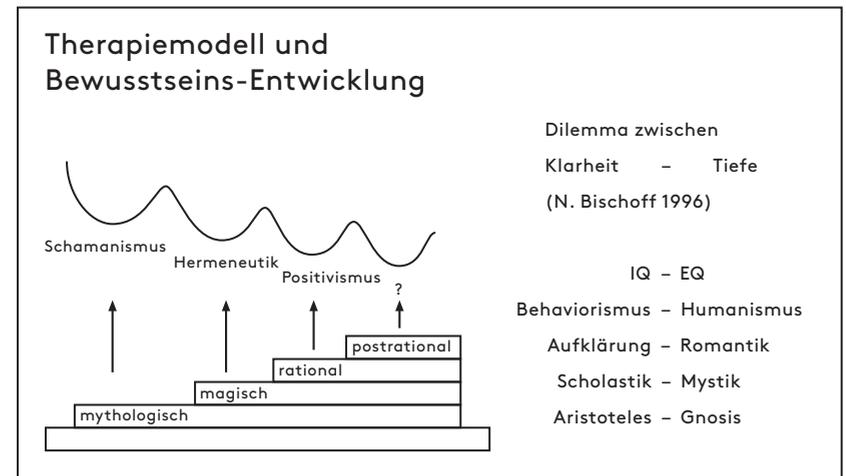


Abbildung 2: Rationalität als Stadium der Bewusstseinsentwicklung

die Romantik. Ähnlich erwachsen aus dem Unbehagen mit dem verkürzten Menschenbild des positivistisch ausgerichteten Behaviorismus die humanistische Psychologie und entsprechende Therapieformen (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie u. a.). In den letzten 20 Jahren kam es zu einer Rehabilitation des Gefühls in Form emotionaler Intelligenz als Gegenspieler zur rationalen Intelligenz (Goleman, 1995; Gershon, 1998; Solomon, 2000, Damasio, 2002) und neuerdings wurde sogar der Begriff einer spirituellen Intelligenz geprägt (Zohar und Marshall, 2000). Während sich die Legalisierung der Psychotherapie auf die Klarheit stützt, könnte im Gegensatz dazu das, was hier vorläufig pauschal mit „Tiefe“ gekennzeichnet wird, für die Bestimmung der Befindlichkeit und der Behandlung psychischer Probleme ausschlaggebend sein. Dann hätte Psychotherapieforschung einen breiteren Anspruch als die übrigen Naturwissenschaften, nämlich den, beides zu verbinden, Klarheit und Tiefe. Indem die Therapieforschung sich auf die rationale Analyse beschränkt, opfert sie der Klarheit die Tiefe.

Beispielsweise ist als Kritikpunkt an den kognitiv-behavioralen Therapieansätzen eine spezielle Form des Mangels an Tiefe zugunsten großer Klarheit auszumachen, nämlich die Auffassung, dass Therapie Übung, Gewöhnung, Planung, Widerlegung irrationaler Annahmen und Umstrukturierung

von unproduktiven Sichtweisen sei. Damit wird vieles von dem, was Patienten leiden lässt und was sie in der Therapie thematisieren, nicht erfasst. Wenn ich etwa feststelle, vor zwanzig Jahren die falsche Berufswahl getroffen zu haben oder meine große Liebe nicht geheiratet zu haben, oder wenn es darum geht, wie man mit einer lebensbedrohlichen somatischen Krankheit oder einem schweren Verlust umgeht, ist das mit Mitteln der Konditionierung oder Problemlösung nicht angemessen zu bearbeiten.

Die mit solchen und ähnlichen Themen verbundenen Therapieziele der persönlichen Entwicklung, Sinnerfüllung und Wiederherstellung der Würde sind aber nicht nur theoretisch diffizil; sie fallen außerdem leicht durch das Raster einer positivistischen Analyse, da diese Ziele nicht so einfach operationalisiert werden können wie die Anzahl der Migräneanfälle, Panikattacken oder Zwangshandlungen. Therapieverfahren, die sich diesen Aspekten der Heilung (Tab. 1) zuwenden, können daher nur schwer mit dem positivistischen Ansatz überprüft werden, obwohl sie womöglich einen wichtigen Beitrag zur Psychotherapie und zur Gesundheit leisten. Das rationale Wissenschaftsverständnis erweist sich somit als ergänzungsbedürftig, wenn auch Therapieformen eine Chance haben sollen, überprüfbar zu sein, deren Fokus solche Ziele sind. Wünschenswert wäre, dass das Verlassen des positivistischen Paradigmas mit einer dialektischen Überwindung von Klarheit und Tiefe verbunden ist.

Die Überwindung der Verflachung von Psychologie kann nicht die Preisgabe der Rechenschaftspflicht (engl.: accountability) der Psychotherapie bedeuten – insbesondere wenn mit Behandlungskosten zu rechnen ist, die von der Solidargemeinschaft der Versicherten getragen werden, und mit Nebenwirkungen der Therapie wie bei nicht-fachgerechter Behandlung von posttraumatischer Belastung. Ein Negativ-Beispiel für den unüberprüften Umgang mit einem Therapieverfahren mit potenziell negativen Nebenwirkungen ist die makabre Odyssee der Elektroschock-Behandlung (electro convulsive therapy, ECT) für Psychosen, die verschiedenen Formen von Schock-„Therapien“ aus alten Zeiten nachgebildet ist, wo es darum geht den Patienten zu Tode zu erschrecken und er manchmal, wenn er überlebte, irgendwie verändert erschien.

Krisen-Themen	Therapieziele
Das Auseinanderklaffen von Möglichkeit und Wirklichkeit	Primat der Erfahrung
Erkenntnis ein falsches Leben gelebt zu haben	Entwicklung der Person
Zweifel an einer nicht reversiblen Entscheidung	Rettung der Würde
Unvermeidbarkeit von Schuld	Liebesfähigkeit
Faustische Unrast	Suche nach Sinn
Verlust geliebter Menschen durch Trennung oder Tod	
Begrenztheit des Lebens und körperlicher Verfalls	
Einsamkeit angesichts von schwerer Krankheit oder Tod	

Tabelle 1: Krisenthemen und relevante Therapieziele, die schwer operationalisierbar sind

Ihre Anwendung in den Psychiatrischen Krankenhäusern erlebte Höhen und Tiefen der Beliebtheit unabhängig von empirischen Belegen der Wirksamkeit (siehe Skrabanek 1986).

- In den 30er Jahren wurde das Verfahren als Revolution in der Behandlung für schwer depressive und schizophrene Patienten gefeiert. Ohne dass eine Theorie oder empirische Belege vorlagen.
- In den 50er Jahren galt als erwiesen, dass ECT eigentlich nicht wirksam ist.
- Trotzdem wird später das Verfahren in den meisten Einrichtungen noch verwendet; später wird es vielerorts durch Psychopharmaka ersetzt.
- Auch wenn Wirksamkeitsbeweise fehlen und viele Psychiater zu der Auffassung gekommen sind, dass diese Art der Therapie ineffektiv sei, ist sie nicht vielen Psychiatrien nicht abgeschafft worden und wird zumindest bei schweren Fällen immer noch eingesetzt.

Daher ist die Forderung nach empirischer Evidenz für ein akkreditierbares Therapieverfahren unabweisbar. Und da die psychotherapeutische Heilkunst seit der Einführung der psychologischen Approbation analog der medizinischen Heilkunst gehandhabt wird, lag es ja auch nahe, entsprechend die dort üblichen Kriterien der Evidenz anzulegen. So weit, so gut. Nur muss geprüft werden, ob diese Kriterien passen. Die Akkreditierung einer Therapieform gründet sich nach dem

derzeitigen Verständnis auf drei Bestandteile: das Vorhandensein einer Theorie zu den Wirkmechanismen, einer Verfahrensbeschreibung und einer Evaluation der Wirksamkeit (s. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie, WBPT oder auch Ehlert, 2003, s. Abb. 2). Die theoretische Begründung einer Therapieform wird problematisch, wenn die Verknüpfung von Veränderungsmechanismen mit Störungskategorien (Diagnostik) und Entstehungsmodellen (Ätiologie) nicht gelingt, was dann zum des technischen Eklektizismus führt. Tatsächlich fand sich ja in der genannten NIMH-Depressionsstudie (Elkin et al., 1994), dass, therapeutische Intervention und ätiologische Hypothese nicht eindeutig zugeordnet werden konnten.

Die Verfahrensbeschreibung wird durch Manuale angestrebt, die ihre eigene Problematik haben, da sie meist von der Annahme spezifischer Wirkkomponenten ausgehen, die in den Manualen beschrieben werden – eine Annahme, die selbst der Überprüfung bedarf und eher fragwürdig ist. Denn in der Metaanalyse von 27 „Entblätterungs“-Studien (Wampold, 2001, S. 124) fand sich kein Hinweis darauf, dass das Weglassen einer wesentlichen spezifischen Komponente die Wirksamkeit des Therapie veränderte. Etwa untersuchten Jacobson et al. (1996) bei der Depressionsbehandlung die Komponenten Verhaltensaktivierung und kognitive Therapie und fanden, dass das Weglassen jeweils einer der beiden Komponenten die Wirksamkeit sogar erhöhte.

Auf die Probleme einer theoretischen Begründung von Verfahrensbeschreibungen soll nicht näher eingegangen werden. Es sollen stattdessen einige Probleme der Evaluation betrachtet werden, die wiederum verschiedene Aspekte umfasst, nämlich Laborwirksamkeit (in kontrollierten Studien; engl.: efficacy), Wirksamkeit in der Praxis (in Kliniken und Ambulanzen; engl.: effectiveness) und die Wirtschaftlichkeit (engl.: efficiency). Da die Bewährung in der Praxis und die Wirtschaftlichkeit gar nicht erst in Betracht gezogen werden, wenn nicht eine Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen nachgewiesen wurde, stellt dies die entscheidende Schwelle für die Anerkennung der Wissenschaftlichkeit einer Therapieform dar.

## Kritik des Kontrollgruppen-Designs

Für den Nachweis der Laborwirksamkeit wird in der Therapieforschung derzeit auf das randomisierte Kontrollgruppen-Design zurückgegriffen, das in der Pharmakologie in Form des Doppelblindversuchs üblich ist. Das Kontrollgruppen-Design (engl.: randomized controlled trial, RCT) gilt als „Goldstandard“ in der Therapieforschung (s. Chambless und Hollon, 1998) und hat folgende Charakteristika:

- repräsentative Untersuchungs-Stichprobe
- Stichprobengröße von mindestens 25 Klienten pro Zelle des Versuchsplans
- randomisierte Zuteilung zu Experimental- und Kontrollgruppe
- Standardtherapie als Kontrollgruppe oder
- Warteliste als Kontrollgruppe oder
- als solches nicht erkennbares Placebo als Kontrollbedingung
- Therapeuten-blinde Anwendung von untersuchter Therapie und Vergleichsbehandlung (4, 5, 6)
- Patienten-blinde Anwendung von Therapie und Vergleichsbehandlung
- Auswerter-blinde Analyse der Daten
- hinreichend langer Katamnesezeitraum (6 Monate bis 1 Jahr)

### Notorische Irrepräsentativität

Selektiver Zugang: Wenn die Analyse der Daten den Therapieerfolg bestätigt – auf welche Grundgesamtheit ist das Ergebnis generalisierbar? In den Untersuchungen, die in Forschungseinrichtungen gemacht werden (i. Allg. Universitäts-Instituten oder Kliniken) entscheiden sich Patienten, die Zugang zu dieser Einrichtung haben und sie gewählt haben, für oder gegen die Teilnahme an einer Studie. Oder die Teilnehmer werden durch Annoncen akquiriert. Meist sind es solche Patienten, die eine Therapie nicht selbst zahlen können. Es ist demnach mit einer Selektion zu rechnen, indem nur Patienten an der jeweiligen Psychotherapie-Studie teilnehmen, die (a) ihr Problem psychisch attribuieren, (b) über begrenzte Geldmittel für ihre Therapie verfügen und (c) zufällig im

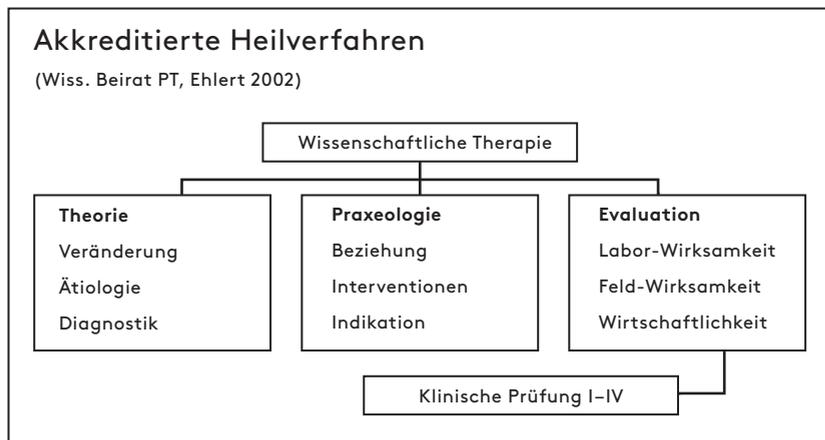


Abbildung 3: Komponenten der Wissenschaftlichkeit einer Therapieform (nach Ehlert, 2003)

Einzugsbereich des Forschungsinstitutes wohnen und auf die betreffende Studie aufmerksam wurden. Die ersten beiden Gesichtspunkte spielen bei pharmakologischen Untersuchungen überhaupt keine (a) oder kaum eine Rolle (b).

Der in der Medizin häufig vorkommenden Monosymptomatik steht bei psychischen Erkrankungen eine hohe Komorbidität gegenüber. Daher bringen die vom Untersucher angelegten Ausschlusskriterien oft eine weitere Einschränkung der Repräsentativität mit sich. Normalerweise wird nämlich in Psychotherapie-Studien die seltene Sorte Patienten behandelt, die sich durch eine klar umrissene Störung auszeichnet – etwa als reine Suchtfälle, Agoraphobiker, Depressive, Menschen mit einer bestimmten Persönlichkeitsstörung u.ä. Nicht nur existiert eine hohe Korrelation von bestimmten Symptomen (Achse 1 des DSM-IV) mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen (Achse 2 des DSM-IV; Fiedler, 1998), sondern die Komorbidität ist auch innerhalb beider Achsen hoch. So weisen 70 % der Menschen mit Depression Symptome von Angst, Zwang oder PTSD auf, und innerhalb der Angststörungen selbst trifft dies auch wieder zu (Davison und Neale 2002, S. 148, 317, 338). Innerhalb der Persönlichkeitsstörungen sieht es vergleichbar aus: Borderline-Fälle etwa werden zu 55 % als schizotypisch, zu 47 % als antisozial, 57 % als histrionisch diagnostiziert. Ähnliches trifft auf die dependente Struktur zu

(ebenda S. 456, 473; Comer, 1995, S. 635). Das heißt, die für einzelne Störungen entworfenen und geprüften Therapieprogramme sind für die allgemeine Klientel mit komplexer Komorbidität nur bedingt anwendbar. Und die Kombination verschiedener Verfahren für verschiedene Störungskombinationen ist meist nicht systematisch (d. h. faktoriell) erforscht, um Interaktionseffekte aufzuklären. Im Gegensatz dazu werden häufig Breitbandprogramme angewendet, deren Komponenten nicht einzeln auf Wirksamkeit überprüft wurden.

Es ist daher fragwürdig, wie weit die Klassifikation von Patienten nach ICD oder ähnlichen Systemen angesichts der hohen Komorbidität trägt und ob nicht eine ganzheitliche und prozessorientierte Betrachtungsweise angemessener ist als eine störungsspezifische Therapiekonzeption. In jedem Fall betreffen die Untersuchungsergebnisse von RCT-Studien häufig nur für monosymptomatische Patienten, die für die jeweilige Untersuchung zur Verfügung standen und sind irrepräsentativ für die Grundgesamtheit der komorbiden Patienten aller Einkommensklassen, wie sie in der Praxis auftauchen und sich einen bestimmten Therapeuten und eine bestimmte Therapieform selbst ausgesucht haben.

*Zusammenfassend lässt sich für die Psychotherapie sagen, dass die Repräsentativität einer Studienstichprobe für eine Grundgesamtheit von Patienten in der Alltagspraxis durch Einschlusskriterien wie die monosymptomatische Auswahl von Teilnehmern verhindert wird. Es bleibt daher unklar, für wen die als wirksam erwiesene Therapieform hilfreich ist.*

### **Probleme von Kontrollgruppen und randomisierter Zuteilung**

Im Gegensatz zur pharmakologischen Forschung gibt es in der Psychotherapie kein glaubwürdiges Placebo. Placebetherapien sollen nur unspezifische und keine spezifischen Wirkungen entfalten. In der Medikamentenprüfung sind die unspezifischen Wirkungen psychologisch und die spezifischen Wirkungen physiologisch. Dort ist eine klare Trennung möglich. In der Psychotherapie sind Placebo und Verum beide psychologisch und daher schwer zu trennen. Zuweilen

sind Versuche unternommen worden, etwas dem Placebo Analoges in der Psychotherapie zu kreieren: „Behandlungen“, die der Patient für eine solche hält aber der Therapeut nicht (Aufmerksamkeitsplacebo, Diskussionsgruppen, unterstützende Beratung). Derartige Behandlungen können nicht frei von therapeutischen Komponenten sein, damit sie vom Klienten angenommen werden. Ein richtiges Psychotherapie-Placebo muss nämlich u. a. enthalten: gleich gute Beziehung, gleiche Erwartungen und Präferenz des Patienten fürs Verfahren, gleiche Überzeugungskraft und Erwartung des Therapeuten – was allein schon durch dessen fehlende Blindheit ausgeschlossen ist.

Daher wird auf andere Formen der Kontrollgruppe zurückgegriffen: ein Vergleichstherapie oder Warteliste. Die Warteliste als Kontrollgruppe hat ihre eigenen Schwächen: Häufig fällt es schwer, ernsthaft Kranke ein halbes Jahr auf die Behandlung warten zu lassen, abgesehen davon, dass sie auch gar nicht warten werden, sondern das Experiment abbrechen. Das beeinträchtigt die Vergleichbarkeit der Gruppen und damit die Schlüssigkeit des Experiments. In einer Studie zu Schlafstörungen etwa hatte die Wartegruppe nach der Randomisierung eine durchschnittliche Einschlafzeit von 70 min wie die Behandlungsgruppe. Zum Zeitpunkt der Katamnese nach 6 Monaten war die Wartegruppe auf solche Patienten geschrumpft, die eine durchschnittliche Einschlafzeit von 30 min hatten. Die schweren Fälle hatten eine andere Behandlung aufgesucht (Schlarb, 2003).

Als Alternative zur Warteliste kann eine Vergleichstherapie als Kontrollgruppe eingesetzt werden, die entweder die bestmögliche Standardtherapie nach derzeitigem Stand der Kunst ist (therapy as usual, TAU). Oder man wählt eine Vergleichsbehandlung, die eine bestimmte theoretische Position repräsentiert, um ein Entscheidungsexperiment durchzuführen – etwa hilft VT bei Migräne besser als Gesprächspsychotherapie? Ein solches Experiment ist aber nur valide, wenn der Therapeut von der Wirkung der von ihm durchgeführten Therapie überzeugt ist. Metaanalysen (Wampold, 2001) haben gezeigt, dass neben der Güte der Arbeitsbeziehung (engl.: alliance) die Überzeugung des Therapeuten von Richtigkeit seiner Intervention (engl.: allegiance) einer der bedeutsamsten

Wirkkomponenten ist. Das erfordert bei komparativen Studien schulenübergreifende Forscherteams, so dass die zu vergleichenden Therapieformen angemessen vermittelt werden. Das ist zurzeit eher nicht der Fall, da z. B. fast alle deutschen Universitätsinstitute, an denen Psychotherapieforschung betrieben wird, verhaltenstherapeutisch orientiert sind.

Für jedwede Art von Kontrollgruppen ist in der Psychotherapie weder die Blindheit des Therapeuten gegenüber dem „Medikament“ (d. h. der jeweiligen Behandlung) zu erreichen noch die Unwissenheit des Patienten gegenüber dem Verfahren, wie es in der Pharmaforschung möglich ist – zumal der Patient sich außerhalb der Therapie über das, was mit ihm geschieht, informieren kann, um sich schlau zu machen. Außerdem erhebt sich die ethische Frage, wie weit man die Autonomie des Patienten bei der Wahl der Therapieform übergehen kann. Patienten können erfreut oder erschreckt sein, wenn sie erfahren, dass ihnen in einer Therapiestudie per Randomisierung eine Reizüberflutung statt Entspannung zugeteilt oder vorenthalten wird. Aus diesem Grunde kämen eigentlich nur Cross-over-Designs infrage, die allerdings eine unabhängige Evaluation der zu vergleichenden Verfahren erschweren.

*Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Wartelisten wegen unzumutbarer Verzögerung der Behandlung bei hinreichender Therapiedauer und langer Katamnese kaum infrage kommen und außerdem zu Abbrüchen führen (engl.: attrition). Hinzu kommt, dass bei randomisierter Zuteilung die Autonomie des Patienten derart missachtet wird, dass Reaktanz nicht auszuschließen ist. Daher macht ein valides Therapieexperiment Vergleichstherapien im Cross-over-Design oder die Selbstzuweisung der Patienten mit nachträglicher Balancierung bezüglich möglicher Störvariablen erforderlich. Darüber hinaus ist die Zusammenarbeit von Forschern nötig, die von der jeweils durchgeführten Therapieformen überzeugt sind.*

## **Fallstricke der Auswertung**

### *Reliabilitäts-Validitäts-Dilemma:*

Die Auswertung einer Therapie macht die Objektivierung des Therapieerfolges. Dabei tritt das bekannte Reliabilitäts-Validitäts-Dilemma auf, dass nämlich ein zuverlässiger psychologischer Test (wie z. B. IQ-Test), zwar eine gute Voraussage für das Abschneiden in einem anderen ähnlichen Test ermöglicht, aber relativ wenig über die Bewältigung des täglichen Lebens aussagt. Erfasst man dagegen die Alltagsbewältigung mithilfe von subjektiven Selbsteinschätzungen, erhält man zwar valide, aber meist weniger zuverlässige Daten. Das betrifft auch die oben genannten Therapieziele (Tab. 1). Ein Interview oder erste Eindrücke bei einer Begegnung, die im strengen Sinne überhaupt nicht reliabel sind, haben für den Behandler oft eine größere Validität für eine therapeutische Entscheidung als ein Fragebogenergebnis. Diesem Dilemma kann man offenbar nicht entkommen. Aber es wird erträglicher, wenn man akzeptiert, dass Daten, die aus Interviews oder persönlichen Eindrücken gewonnen wurden, ein sensibles Gefüge von Beobachtungen darstellen, das dadurch komplexer wird, dass die fluktuierende Aufmerksamkeit des Betrachters jedes Mal einen etwas anderen Fokus findet. Dadurch entstehen zwar jeweils valide, aber nicht leicht replizierbare d. h. unreliable Ergebnisse.

### *Primat der Subjektivität:*

Die Widerständigkeit der Materie bei Versuchen der Quantifizierung von subjektiver Erfahrung ist nicht etwa als Mangel der Psychologie zu verstehen. Auch in der Physik gilt das Primat der Subjektivität, und jedem Messen ist eine subjektive Erfahrung vorausgegangen (Wärme, Schwerkraft, Wetter usw.; Abb. 4). Nur fehlt es in der Psychologie oft an korrelativen und kausalen Reduktionsmöglichkeiten (Searle, 1993). Das ist aber kein Hinweis auf die Minderwertigkeit psychologischer Variablen, die auf subjektiver Erfahrung allein beruhen und möglicherweise valider sind als die Daten, die auf Operationalisierungen reduziert wurden. Während in der Physik, Medizin und Psychologie im Allgemeinen gleichermaßen objektive bzw. intersubjektiv konsensuelle Phänomene zu einer Variablen gefunden werden: das verdampfende

Wasser als Zeichen für Wärme, die Schrei des Patienten bei Schmerz und der traurige Ausdruck des depressiven Menschen – ist die Reduktion auf physische Korrelate (Molekularbewegung bei Wärme, C-Faseraktivierung bei Schmerz) in der Psychologie (im Sinne einer Psychophysik) oft nicht möglich. Ebenso selten ist in Medizin und Psychologie eine konkrete kausale Reduktion wie die kinetische Energie als Ursache der Wärme auszumachen. Und praxisrelevant wird das Modell ja erst, wenn aus der Theorie, bestehend aus physikalischer Reduktion (Operationalisierung) und kausaler Reduktion (Begründungszusammenhang) die Möglichkeit der Kontrolle der Variablen entsteht, was bei realen psychischen Phänomenen wie Depression, Angst oder Trauer meist nur vage, jedenfalls nicht in einem deterministischen Sinne der Fall ist. Daher ist die Definition eines psychischen Phänomens durch Maßeinheiten (z. B. eine grafische Analogskala für Schmerz oder ein Fragebogenwert für Depression) meist nicht sonderlich relevant.

### *Reaktivität:*

Ein weiteres Problem der „Psychophysik“ ist die Reaktivität des Messens. Gut operationalisierbare Variable, wie Nähe und Dauer des Kontakts mit dem phobischen Objekt oder introspektive Aussagen über die Befindlichkeit, unterliegen leicht der Verzerrung durch soziale Erwünschtheit. So konnten Smith, Glass und Miller schon 1980 feststellen, dass jeglicher Vorsprung der behavioralen Therapien vor den verbalen Therapien verschwindet, wenn man die Reaktivität des Messinstrumentes berücksichtigt – in Anwesenheit des Therapeuten näherte ich mich dem phobischen Situation; aber wieder auf mich selbst gestellt lass ich es bleiben.

### *Klinische Relevanz:*

Die Bestätigung der Wirksamkeit einer Behandlung wird oft mit komplexer statistischer Methodik ermittelt: multivariate Varianzanalysen, Generelles lineares Regressionsmodell, Post-hoc-Prüfungen mit Bonferoni-Korrektur, Herauspartialisierung von Störvariablen usw. Am Ende bleibt ein Signifikanzniveau übrig, das sehr begrenzte Aussagekraft hat. Die Statistik lehrt, dass, wenn die Stichprobe groß genug ist, auch

Physikalismus			
Reduktion	Physik	Medizin	Psychologie
Subj. Phänomen	Wärme	Schmerz	Irrat. Gedanke
Obj. Phänomen	Wasser verdampft	schreit?	Depressiver Ausdruck?
Korrelative Reduktion	Molekularbewegung	C-Faser-Leitung?	Transmitterdefizit?
Kausale Reduktion	Kinetische Energie	?	?
Neudefinition	Celsius	?	?
Manipulation	Energiezufuhr	?	?

Abbildung 4: Möglichkeiten und Grenzen des Reduktionismus in der Physik, Medizin und Psychologie: In der Psychologie fehlen häufig die eindeutigen objektiven Phänomene, die Korrelation mit einer einfacheren Substrat-Ebene und auf kausale Mechanismen (nach Searle, 1993).

kleinere Effekte signifikant werden und das kann bedeuten, dass das Verfahren als evidenz basiert gelten darf, obwohl womöglich kein einziger Patient geheilt wird. Wenn man erfährt, dass sich der BMI Wert von übergewichtigen Personen durch die Behandlung im Durchschnitt um 10 Punkte von 32 auf 28 gesenkt wurde, bleibt unbekannt, wie viele Patienten einen Wert unter 25 erreichen, d. h. als geheilt betrachtet werden können. Der Untersuchung fehlt trotz statistisch gesicherter Wirksamkeit u.U. die klinische Relevanz (Jacobson, Follette, Revenstorf, 1984). Aussagekräftiger wäre die schlichte Zählung, wie viele Leute denn nun wirklich gesund geworden sind (Abb. 5).

#### *Die nicht widerlegte Nullhypothese:*

Eine weitere bekannte Schwierigkeit statistischer Signifikanzaussagen stellt die unwiderlegte Nullhypothese dar. Zwar ist der -Fehler bekannt (z. B. 5%), mit dem ein gefundener Unterschied der Wirksamkeit zweier Behandlungsformen auch zufällig sein könnte. Aber es bleibt ja der -Fehler unbekannt, mit dem ein auf dem gewählten Signifikanzniveau als zu klein abgelehnter Unterschied in Wahrheit auf einen wirklichen Unterschied in der Wirksamkeit hinweist. Dem kann man bekanntlich durch Vergrößerung der Stichprobe oder Verringerung der Varianz entgegentreten. Wichtiger ist jedoch: Eine nicht widerlegte Nullhypothese ist nicht der Beweis dafür,

## Klinische Signifikanz der Veränderung

Vertikale und horizontale Linien: gesundes Höchstgewicht

Diagonale: unveränderte Patienten (oberhalb: Verschlechterungen)

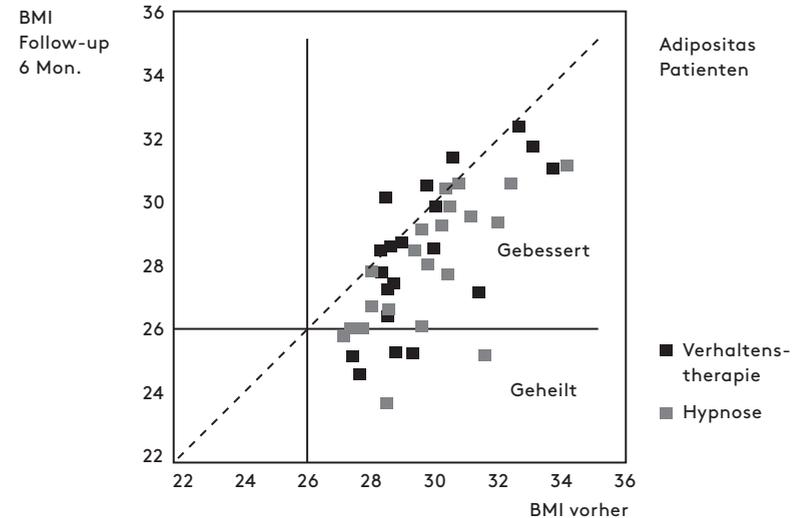


Abbildung 5: Darstellung der an Übergewicht leidenden Patienten im Koordinatensystem von Prämessung (X-Achse) und Postmessung (Y-Achse) zur Verdeutlichung des Anteils der unveränderten (Diagonale), der verbesserten (unterhalb der Diagonale) und geheilten Patienten (unterhalb der horizontalen Kriteriumslinie). Die Werte oberhalb der Diagonale stellen die iatrogenen Schädigungen dar.

dass kein Unterschied zwischen Kontrollgruppe und der Experimentalgruppe nach Behandlung mit der Therapieform X besteht. Vielmehr ist das ein Indikator dafür, dass der Beweis des Unterschieds noch aussteht.

#### *„File-drawer“-Problem:*

Damit im Zusammenhang ist das ebenfalls sattsam bekannte „file-drawer“-Problem zu sehen: Man kann nicht ausschließen, dass es zu jedem publizierten Ergebnis, das auf dem 5%-Niveau signifikant ist, mindestens 19 nicht publizierte Studien gleicher Art vorliegen und in der Schublade verschwunden sind, deren Ergebnisse nicht signifikant sind. Damit wäre die Zufallsquote von 5% trotz statistischer Signifikanz

bei dem publizierten Ergebnis nicht überschritten. Das hat zwei mögliche Folgen: Signifikante Ergebnisse, mit denen anerkannte Therapieformen ihre Wirksamkeit nachweisen, bedeuten gar nichts, weil es zwanzigmal so viele nicht signifikante gibt, die nicht publiziert wurden. Und umgekehrt: viele nicht signifikante Ergebnisse werden nicht publiziert, obwohl sie in einer Metaanalyse in der Summierung über alle Studien signifikante Resultate erbringen würden – was eher für die weniger intensiv beforschten Therapierichtungen zutreffen dürfte. Passt also eine Therapieform aus den oben genannten Gründen nicht ins aktuelle Wissenschaftsverständnis, dann werden mangels Forschung zu wenig Resultate produziert, als dass das nötige Signifikanzniveau öfter mal rein zufällig erreicht wird. Oder es werden nicht genügend insignifikante Ergebnisse veröffentlicht, durch deren Aggregation Signifikanz zu erreichen wäre.

*Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die statistisch abgesicherten Ergebnisse von Therapiestudien begrenzen sich oft auf die Betrachtung von Variablen, die gut operationalisierbar (d. h. reliabel), aber möglicherweise für das Erleben und die praktische Lebensbewältigung des Patienten irrelevant (d. h. nicht valide) sind. Und die statistische Signifikanz sagt wenig über die klinische Bedeutung der Ergebnisse aus, d. h. über die Quote der geheilten Patienten. Außerdem ist eine nicht widerlegte Nullhypothese kein Beweis der Unwirksamkeit, und ein signifikantes Ergebnis ist bei massenhafter Forschungsaktivität und bevorzugter Publikation signifikanter Ergebnisse nicht aussagekräftig – genauso wenig wie einzelne nicht signifikante Ergebnisse bei geringer Forschungsaktivität es sind. Das trifft auf die pharmakologische Forschung natürlich auch zu. All diese Argumente sind seit langem bekannt (Bredenkamp, 1996), es scheint aber leicht in Vergessenheit zu geraten, wie dadurch nomothetische Qualität von Aussagen in Psychologie relativiert werden.*

## Fazit

Die vorliegenden Metaanalysen von Kontrollgruppen-Studien attestieren der Psychotherapie einen sehr guten Wirkungsgrad, der durch zwei vielfach bestätigte Tatsachen gekennzeichnet ist. Erstens: 79 – 84 % der Psychotherapie-Patienten (Effektstärken von 0,8 – 1,0) aber auch 66 % der Patienten in sogenannten Placebo-Therapien (Effektstärke von 0,4) geht es besser als dem Durchschnitt der unbehandelten Patienten. Und zweitens zeigen die Metaanalysen von Therapie-Vergleichen, dass Differenzen der Wirksamkeit zwischen den untersuchten Interventionsformen zufällig um Null verteilt sind (Abbildung 7, Wampold et al., 1997). Dass manchmal größere Differenzen nachgewiesen werden, liegt möglicherweise an der Verwendung reaktiver Maße (Smith, Glass und Miller, 1980) oder daran, dass eine der verglichenen Psychotherapien inkompetent durchgeführt wurde, weil der Therapeut von der einen Behandlung überzeugt ist als von der anderen (engl. als allegiance-Problem bekannt, vgl. Wampold, 2001).

Mit den Mitteln der traditionellen Therapieforschung lässt sich demnach zeigen, dass eine hohe Wirksamkeit der Psychotherapie vorliegt, die aber nicht spezifisch genannt werden kann. Darüber hinaus kann aber die traditionelle Therapieforschung methodisch als inadäquat betrachtet werden, so dass man zu dem Ergebnis kommt: Die mit den falschen Mitteln untersuchte Hypothese von der spezifischen Wirksamkeit der einzelnen Therapieverfahren erweist sich als nicht belegt. Aber was würde wohl herauskommen, wenn man angemessene Untersuchungsmethoden verwendet? Und wie würden die aussehen?

Für die Weiterentwicklung der Psychotherapie werden heuristische Modelle benötigt, mithilfe derer die vorhandenen Erkenntnisse differenziert werden können. Die bisher gängige Heuristik in der Psychotherapieforschung ist die Auffassung von spezifischen und synergetischen Wirkungen der therapeutischen Maßnahmen (je mehr, je besser). Der gegenwärtige empirische Status weist darauf hin, dass sehr unterschiedliche spezifische Interventionen gleich wirksam sind und vorläufig davon auszugehen ist, dass das Modell der allgemeinen Wirkfaktoren sensu Strupp oder Garfield oder das

## Gibt es Wirksamkeits-Unterschiede zwischen den Therapieformen ?

H1: Unterschiede würden sich etwa wie die helle Kurve verteilen

H0: Zufällige Unterschiede verteilen sich wie die dunkle Kurve

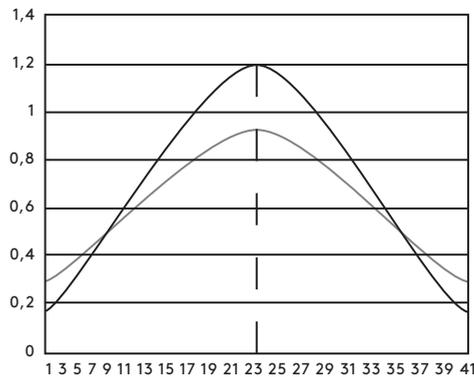


Abbildung 6: Abweichung von der Zufallsverteilung der Differenzen ist nicht signifikant:  $\chi^2 = 241,2$  ( $df = 276$ ), d. h., Unterschiede zwischen Therapieformen in ihrer Wirksamkeit sind unbedeutend (Wampold et al., 1997)

Kontextmodell sensu Frank genauso plausibel ist wie das der spezifischen Wirkungen. Beide Modelle ließen sich mit dem Kontrollgruppen-Design überprüfen, wenn man als Experimentalbedingungen neben spezifischen Wirkungen auch Kontexte oder allgemeine Therapiefaktoren wie therapeutische Beziehung und Authentizität variiert. Dabei wären allerdings drei Dinge zu berücksichtigen:

- (a) Zufallsstichproben und randomisierte Gruppenzuweisung lassen sich nicht realisieren;
- (b) statistische Signifikanz sagt wenig über die klinische Signifikanz aus;
- (c) eine nicht widerlegte Nullhypothese beweist nicht, dass keine Unterschiede existieren, und ein signifikanter Unterschied kann bei unbekannter Anzahl nicht signifikanter (nicht publizierter) Ergebnisse immer noch zufällig sein (vgl. Tab. 2).

Das *Repräsentativitätsproblem* (a) lässt sich vernachlässigen, wenn man den Anspruch der Generalisierung aufgibt. Beschränkt man die Aussage darauf, dass die aktuelle Aufteilung der N Patienten im Experiment auf zwei (oder mehr)

Behandlungsgruppen eine zufällige Realisation aller möglichen Aufteilungen dieser N Patienten auf die Behandlungsgruppen darstellt, lässt sich die Nullhypothese prüfen, dass eine andere Verteilung der Patienten auf zwei willkürlich definierte Gruppen (ohne Berücksichtigung der Behandlungsform) nur zufällig davon abweichende Werte hervorgerufen hätte. Dazu kann man die Mittelwertsunterschiede zwischen den Gruppen mit den üblichen parametrischen Statistiken wie t-Test oder Varianzanalyse (bei kleinen Stichproben mit Fishers Randomisierungstest) überprüfen. Wird ein Unterschied signifikant, dann kann man ähnlich wie bei einem Einzelfallexperiment sagen, dass ein Unterschied zwischen den Behandlungsmethoden für diese Stichprobe von Patienten nachgewiesen wurde. Das entspricht logisch einer Existenzaussage für eine untersuchte Gruppe, nicht mehr für die Population, aus der sie eine Stichprobe sein soll. Eine weitere Form empirischer Therapieforschung, die auf Repräsentativität verzichtet, aber quantitativ ist, stellt die statistische Einzelfallanalyse wie mit der Zeitreihenanalyse (Revenstorf 1979) mit dem ARIMA-Modell oder der einfachen „split-middel“-Technik (Petermann 2004).

Das Problem der *klinischen Relevanz* (b) wird berücksichtigt, wenn man berichtet, wie viele Patienten geheilt wurden, d. h. einen Wert erreicht haben, der im gesunden Bereich liegt – was in Publikationen zunehmend getan wird.

Das *Signifikanzproblem* (c) wäre erträglich, wenn daran keine wirtschaftlichen Konsequenzen geknüpft sind wie die Einschränkung der Berufsausübung oder Erstattung der Behandlungskosten. So gewinnt das RCT-Design einen anderen Stellenwert: Es kann die Wirksamkeit einer Interventionsform vorschlagen, die in der Praxisevaluation (Effectiveness: Stufe VI der klinischen Prüfung) bestätigt werden müsste. Es kann nicht die Unwirksamkeit einer Methode nachweisen; und das Ergebnis gilt nur als Existenzaussage für die untersuchte Stichprobe. Man kann zwar davon ausgehen, dass unter ähnlichen Bedingungen Ähnliches herauskommt – aber die Bedingungen und die Patienten in Instituten und der Praxis sind meist nicht ähnlich. Das RCT-Design kann daher als Forschungsinstrument dazu dienen, Anregungen für die Praxis zu geben. Da aber die Praxis aufgrund mangelnder

Übertragbarkeit ganz anders aussehen kann als die Labortherapie, muss für die Akkreditierung von Psychotherapie die Praxis evaluiert werden. Das auch, um dem sonst unvermeidlichen Etikettenschwindel vorzubeugen, sich im Kassenantrag auf eine akkreditierte Therapieform zu beziehen und in der Praxis andere wirksame, aber nicht akkreditierte Verfahren hinzuzunehmen (zum Etikettenschwindel in der Verhaltenstherapie siehe Revenstorf 2012). Die Überprüfung von Wirtschaftlichkeit und Erfolg in kontrollierter Praxis und nicht die im RCT-Design gewonnene Information müsste darüber entscheiden, ob eine Behandlungsform als legitimiert gelten kann.

Für die Forschungsförderung würde es bedeuten, dass die Praxis-Evaluation (klinische Prüfung Stufe IV) gleichrangig mit der kontrollierten Therapie-Forschung im Labor behandelt wird und dass bei letzterer schulenübergreifende Forscherteams und multizentrische Studien (wie etwa bei Elkin et al., 1989) die glaubwürdige Durchführung von Therapievergleichen garantieren, dass lange Behandlungszeiten (vgl. Seligman, 1995) und hinreichende Katamnesezeiträume

Nachteile der RCT-Forschung	Vorteile der RCT-Forschung
Begrenzte Validität der Messung	Reliable Messung
Irrepräsentative Stichproben	Anspruch auf (statistische) All-Aussagen über selbst selegierte Stichproben
Unsinn der Randomisierung	Eliminierte Störvariablen
Nicht berücksichtigte klinische Signifikanz	Statistische Signifikanz
Vernachlässigte Komorbidität	Störungsspezifität
Sterilisierung der Durchführung	Standardisierung der Durchführung (Manual)
Nicht-Umsetzbarkeit in die Praxis	Optimierung des Vorgehens
Unzumutbarkeit der Warteliste; Drop-out-Problem	
Indifferenz der unwiderlegten Nullhypothese	
File-drawer-Problem	

Tabelle 2: Vor- und Nachteile des RCT-Designs in der Psychotherapieforschung.

vorgesehen werden, womit Wartelisten als unzumutbar entfallen. Auch die Randomisierung als Strategie müsste überdacht werden und gegebenenfalls durch Balancierung der Vergleichsgruppen bezüglich absehbarer Störvariablen oder durch Cross-over-Designs ersetzt werden und der Repräsentativitätsanspruch eingeschränkt wird.

Die wissenschaftliche Anerkennung von Interventions-techniken sollte auf empirischer Evidenz und zusätzlich einem vorläufigen Experten-Konsensus für schwer operationalisierbare Aspekte des Therapieprozesses beruhen. Die RCT-Forschung sollte nicht länger als Goldstandard gehätschelt werden.

Das RCT-Design, das als Kuckucksei aus der Medikamentenforschung für die Therapieforschung übernommen wurde, kann hier nicht das leisten, was es verspricht. Denn eine körperliche Krankheit sieht im Labor so aus wie in der Praxis, die Anwendung der Medikation bleibt in beiden Situationen gleich, und ein Verum unterscheidet sich äußerlich nicht vom Placebo. Das alles ist in der Psychotherapie nicht gegeben: Daran scheitert die Übertragung des RCT-Designs in der beschriebenen Art.

Aber die Kritik des medizinischen Modells in der Psychotherapieforschung geht weiter. Während sich die Pharmaforschung auf die rationale Analyse begrenzen kann, reicht das für Erfassung und Heilung psychischer Probleme nicht aus. Die besinnungslose Reduktion auf das Messbare ist eine unzulässige Verkürzung der Kartografie menschlicher Probleme, und die Rückbesinnung auf das Subjektive als den Ursprung von Erkenntnissen erscheint unvermeidbar.

Forderungen	
<b>Forschungs-förderung</b>	<b>Wissenschaftliche Anerkennung</b>
Lange Behandlungszeiten	Empirische Evidenz
Hinreichende Katamnesezeiten	Experten Konsens
Praxis-Evaluation (IV)	Handlungsspielraum für die Praxis
Schulübergreifende Forscherteams	Schulübergreifende Gremien

Tabelle 3: Forderungen an die Therapieforschung

## Literatur

- Ackermann K., Revenstorf D. (1992). Zur Anwendbarkeit multivariater Zeitreihenanalyse nach dem ARIMA-Modell in der klinisch-psychologischen Forschung. In: Montada L. (Hrsg) Bericht über den 38. Kongress der Deutschen Ges. f. Psychologie; Bd. 1, S. 726–727; Göttingen Hogrefe (Abstract)
- Ackermann K., Aebi E., Revenstorf D. (1996). Anwendungsbeispiele uni- und multivariater Zeitreihenanalysen nach dem ARIMA-Modell. In: Brähler E & Adler C. Quantitative Einzelfallanalyse und qualitative Verfahren, Gießen; Psychosozial Verlag
- Ackermann K., Aebi E., Revenstorf D. (1993). Ein Konzept der sozialen Unterstützung für akut Schizophrene. Zeitreihenanalysen täglicher Fluktuationen psychotischer Merkmale. Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychiatrie, 41, 18–30
- Allport G.W. (1937): Personality, a psychological interpretation. N.Y.: Holt, Rhineheart und Winston
- Bischof N. (1999): Die Kraft der Mythen. Frankfurt: Fischer
- Bredenkamp J. (1996) Grundlagen experimenteller Methoden. In: E. Erdfelder (Hrsg): Handbuch quantitativer Methoden. Weinheim: PVU
- Chambless D.L., Hollon S.D. (1998): Defining empirical supported therapies. J Consult Clin Psychol 66: 7–18
- Comer R. (1995): Klinische Psychologie. Berlin: Spektrum
- Damasio A.R. (2003) Ich fühle also b in ich. München: List
- Davison G.C., Neale J.M., Hautzinger M. (2002): Klinische Psychologie. Weinheim: Beltz
- Ehlert U. (2003): Kommentar zur Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats
- Elkin I. (1994): Treatment of depression collaborative research program. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds) Handbook of Psychotherapy and behaviour change, S. 114–139
- Fiedler P. (1998): Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz
- Gebser J. (1973): Ursprung und Gegenwart. München: dtv 894–96
- Gershon M.D. (1998): The second brain. New York: Harper
- Glaser W. (2004): Nicht randomisierte Therapieexperimente (in Vorbereitung)
- Goldfried M.R. (1980): Towards the delineation of therapeutic change principles. Am Psychol 35: 991–99
- Goleman D. (1995): Emotional Intelligence. New York: Bantam
- Gudat U., Revenstorf D. (1977) Interventionseffekte in klinischen Zeitreihen. Archiv für Psychologie, 128, 16–44.
- Imber S.D., Elkin I., Watkins J.T., Collins J.F., Shea M.T., Leber W.R., Glass D.R. (1990): Modespecific effects among three treatments for depression.

J Consult Clin Psychol 58: 352–359

- Jacobson N., Dobson K.S., Truax P.A., Addis M.E., Koerner K., Gollan J.K., Gortner E., Prince S.E. (1996): A component analysis of cognitive behavioral treatment of depression. J Counseling Clin Psychol 64: 295–304
- Jacobson N., Follette W.C., Revenstorf D. (1984): Psychotherapy outcome research: Methods of reporting variability and clinical significance. Behav Ther 15: 336–352
- Kriz J. (2005) Von den Grenzen zu den Passungen. Psychotherapeutenjournal 4, 12–120
- Lazarus A. (1989): The practice of multimodal therapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Margraf J. (1996): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Berlin: Springer
- Mayer K., Revenstorf D. (1990). Zeitreihenanalytische Untersuchungen zu Nebenwirkungen von Antiepileptika auf psychomotorische kognitive und soziale Funktionen. In Baumann U. et al. (Eds): Veränderungsmessung in Psychiatrie und klinischer Psychologie. München: Profil Verlag
- Neumann E. (1995): Ursprungsgeschichte des Bewußtseins. Frankfurt: Fischer
- O'Hanlon W.H., Hexum A.L. (1990) An uncommon casebook. The complete clinical work of Milton H. Erickson. Norton, New York
- Petermann F. (2004) Kontrollierte Praxis. Diagnostik III S. 164–173
- Revenstorf D. (2012) Verhaltenstherapie – was ist das. Festschrift für Hans Reinecker. In Siegl J., Schmelzer D. & Mackinger H. (Hrsg) Horizonte der Klinischen Psychologie. Lengerich: Pabst
- Revenstorf D., Ackermann K. (1993). Zeitreihenanalyse für Klinische Daten. Projektbericht der DFG. (Re 402/3)
- Revenstorf D. & Keeser W. (1979). Zeitreihenanalyse von Therapieverläufen. In: Petermann F. & Hehl F. (Hrsg.): Einzelfallanalyse, München, Urban & Schwarzenberg, 1979
- Revenstorf D. Zeitreihenanalyse: Methodik und Anwendungen, Wenheim, Beltz, 1979.
- Rossi E.L. (Hrsg.) (1995–98): Gesammelte Schriften von M.H. Erickson. Heidelberg: Auer
- Schlarb A. (2003) Hypnose und Schlafstörungen. Dissertation Universität Tübingen
- Searle J.R. (1993): Die Wiederentdeckung des Geistes. München: Artemis
- Seligman M. (1995): The effectiveness of psychotherapy. The consumer report study. Am Psychol 50: 965–974
- Skrabanek P. (1986): Convulsive Therapy – A Critical Appraisal of its Origins and Value. Irish Medical Journal, June 1986, Volume 79, No. 6, 157–165
- Smith M.L., Glass G.V., Miller T.I. (1980) The benefits of psychotherapy. The John Hopkins University Press, Baltimore

Solomon R.C. (2000/2001): Gefühle und der Sinn des Lebens.  
München: 2001

Tschuschke V. (2005): Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter  
Medizin

Wampold B.E. (2001): The great psychotherapy debate. London: Erlbaum

Wampold B.E., Mondin G., Moody M., Stich F., Benson K., Ahn H. (1997):  
A metaanalysis of outcome studies. Comparing bona fide psychotherapies.  
Empirically "All must have prizes". Psychol Bull 122: 203–215

WBT, Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie der Bundesrepublik  
(siehe homepage <http://www.wbpsychotherapie.de>)

Wilber K. (1987): Halbzeit der Evolution. Bern: Scherz

Zohar D., Marshall I. (2000): Spiritual Intelligence.  
New York: Bloomsbury

Veränderte Version eines Artikels in der Zeitschrift Psychotherapie 2005,  
Bd. 10, S. 22 – 31

## 08 Wie evident ist Evidenzbasierung?

*Über ein gutes Konzept  
– und seine missbräuchliche Verwendung*

Jürgen Kriz

### **Das „eigentlich“ gute Anliegen der Evidenzbasierung**

Gut gemeint – so sagt bereits der Volksmund – erweist sich oft als Gegenteil von gut gemacht. Gut gemeint ist sicherlich die Idee, in Zeiten zunehmenden Gerangels um Anteile am Topf krankenkassenfinanzierter Gesundheitsleistungen auch die Psychotherapie auf eine festere Diskurs-Rationalität zu stellen. Wohl nur so lässt sich der vergleichsweise winzige Anteil für Psychotherapie gegenüber Ansprüchen sichern, die von einer kostenmäßig ausufernden Apparatedizin und pharmazeutischen Vollversorgung mit ihren Milliarden für Werbung und Lobbyarbeit vorgetragen werden. Es ist dabei auch verständlich, dass in diesem Markt die „Spielregeln“ für die Diskurse über Bewertungen von diesen „global playern“ der Apparate- und Pharma-Konzerne vorgegeben werden – nicht einmal aus bösem Willen, sondern weil dies schlicht der Logik solcher Produkte entspricht. Bereits vor diesem Hintergrund ist es allerdings eine Frage an das Selbstverständnis der Psychotherapie, ob sie auf ihre Besonderheit und Andersartigkeit in ihrem Umgang mit leidenden Menschen verweisen will, und auf diesem Hintergrund eine Verbesserung ihrer Argumente hinsichtlich der seit einem Jahrhundert belegten Wirksamkeit und Nützlichkeit vorantreiben will. Oder aber, ob sie – ihre Besonderheit negierend oder leugnend – meint, alle Bedingungen für den Wettbewerb nach den Spielregeln der Bewertungslogik für Apparate und Pharmaprodukte erfüllen zu sollen und damit ihren Wert zunehmend bereits für sich selbst aus einer solchen Perspektive definieren will.

Diese Frage und die damit zusammenhängenden Detailprobleme wären eigentlich Gegenstand umfassender Diskurse. Es scheint aber so zu sein, dass stattdessen – wie auch bei vielen anderen gesellschaftlichen, politischen und inhaltlichen Diskursen – eine Homogenisierung der Ansichten und

die Reduktion der Perspektivvielfalt über die Verlagerung von inhaltlichen Fragen auf methodische Vorgehensweisen erreicht werden soll. Bereits vor Jahrzehnten hat der Soziologe Helmut Schelsky (1977) Teile der Wissenschaftler-Community als „neues Priestertum“ kritisiert – eine Kaste, die sich Fragen vorlegen lässt um darüber dann „end-gültig“ im Sinne von „wahr“ und „falsch“ zu entscheiden, indem sie sich auf selbst scheinbar nicht mehr hinterfragbare Entscheidungsregeln beruft. Damit wird dann die Vielfalt an Anliegen und Wertvorstellungen quasi methodisch entsorgt bzw. gleichgeschaltet und die Verantwortung für die inhaltlichen Konsequenzen auf eine angeblich „objektive“ Methodik abgeschoben. D. h. diese Kaste tut ziemlich genau das Gegenteil dessen, was eigentlich die Aufgabe von Wissenschaft wäre, nämlich scheinbare Selbstverständlichkeiten immer wieder zu hinterfragen, Einseitigkeiten zu kritisieren, die Vielfalt von Perspektiven möglichst zu vergrößern und über vermeintliche Antworten und Lösungen immer wieder Diskurse zu eröffnen oder lebendig zu erhalten. Schelsky konnte freilich noch nicht ahnen, dass zu Beginn des 21. Jahrhunderts ein solches Wissenschaftsverständnis in unserer Kultur zunehmend in Vergessenheit geraten würde angesichts von Ausbildungsstrukturen, bei denen vorgegebene Fakten in mit Wissenspartikel überfrachteten Fächern vornehmlich nur noch abgefragt werden. Das heißt, erwünscht ist und belohnt wird deren reproduktive Wiedergabe, und für die zentrale Frage, wie diese „Fakten“ zustande kommen, was sie genauer bedeuten oder wo die Grenzen ihrer Aussagekraft sind, ist kaum noch Zeit vorgesehen.

Eine zentrale Idee, die zwar gut gemeint sein mag aber letztlich zu einer methodischen Entsorgung essentieller inhaltlicher Diskurse in der Psychotherapie zu entarten droht, ist die Anwendung des Konzeptes der sogenannten „Evidenzbasierung“ auf die Bewertung von psychotherapeutischen Ansätzen. Das Grundanliegen, aus dem dieses Konzept zweckentfremdet wurde, geht auf die „evidenzbasierte Medizin“, EbM, zurück, die fraglos positiv zu bewerten ist – so wie auch die damit verbundene Arbeit der Cochrane Collaboration (CC) und das Erstellen von Behandlungs-Leitlinien:

Es geht nämlich darum, Ärzten (bzw. Psychologischen Psychotherapeuten (PP), Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten (KJP)) wissenschaftliche Informationen zur Verfügung zu stellen, damit diese integriert mit ihrer ärztlichen Erfahrung und der individuellen Patientenperspektive dem jeweiligen Patienten die beste Behandlung anbieten können. Mit EbM sollen somit die zunehmenden Schwierigkeiten bewältigt werden, dass die einzelnen „Kliniker“ die Informationsfülle über Behandlungsmethoden (und Medikamente etc.) allein nicht mehr bewältigen können – und zwar sowohl hinsichtlich der Menge an Behandlungsmethoden und Publikationen darüber, als auch hinsichtlich der Gütebeurteilung der meist aufwändigen Studien.

Besonders von der internationalen „Cochrane Collaboration“ werden unter Mitarbeit internationaler Wissenschaftler für diesen Zweck Bewertungen und Zusammenfassungen (sog. „Reviews“) von wissenschaftlichen Studien im Bereich der Medizin vorgenommen.

Ob dieser nützliche Überblick über real durchgeführte Forschungen nach bestimmten Kriterien (s. u.) nun aber auch ein nützliches Kriterium dafür sein kann, welche Methoden in der Praxis angewendet bzw. unterlassen werden sollten, hängt von der Erfüllung bestimmter Voraussetzungen ab. Dazu zählt zum einen insbesondere die Frage, wie weit das Spektrum realer Behandlungen tatsächlich und hinreichend biasfrei im Spektrum dieser Forschung widerspiegelt wird. Zum anderen geht es um die Frage, wie brauchbar sich das methodische Modell dieser Forschung nicht nur für die Beurteilung von Pillen und Apparaten sondern auch für Psychotherapie eignet.

Schon hinsichtlich der ersten Frage werden oft erhebliche Zweifel geäußert, die mit Interessenkonflikten zusammenhängen (vgl. z. B. Kienle et al., 2003). Denn Forschung orientiert sich nicht einfach wertfrei an inhaltlich relevanten Fragen der Kliniker bzw. an zu klärenden Fragen für die Patienten. Für Forschung zu Medikamenten, Apparate-Medizin etc., die weitgehend von Firmen finanziert werden, zeigt sich vielmehr, dass überwiegend Therapien erforscht werden, die patentierbar und gewinnversprechend sind. Zudem werden pharmazeutische Unternehmen begünstigt, die mit

wenigen Medikamenten großen Umsatz machen. Diese sind die Gewinner im EbM-Biotop. Verlierer sind dagegen Therapien ohne Aussicht auf breite Vermarktung oder ohne finanzstarke industrielle Rückendeckung, wie z. B. nicht-pharmakologische Therapien.

Aber auch bei Forschung im Bereich von Psycho- und Sozialtherapie, Reha-Maßnahmen etc., die primär über universitäre und öffentliche Mittel (incl. DFG, Stiftungen etc.) finanziert wird, steht die Kritik oft mangelnder Neutralität im Raum. Denn es werden bevorzugt Fragestellungen erforscht, die im Rahmen von Diplom-, Doktor- und Habilitationsarbeiten angegangen sowie und vergleichsweise schnell und einfach publiziert werden können – d. h. Arbeiten, die gut in universitäre Karrierestrukturen passen. So lässt sich beispielsweise eine spezielle Vorgehensweise (die dann dem Spektrum „Verhaltenstherapie“ zugerechnet werden kann) an einer speziellen Patientengruppe sehr gut im Rahmen einer Dissertation experimentell untersuchen. Die Wirkung einer langfristigen, kaum manualisierbaren Vorgehensweise – wie etwa der Humanistischen Psychotherapie oder der Langzeit-Psychoanalyse – lässt sich in diesem Rahmen praktisch so nicht untersuchen.

Der durchaus informative Überblick über die Forschungsliteratur durch EbM oder CC spiegelt somit keineswegs nur die Nützlichkeit von Interventionsmethoden wider, sondern in erheblichem Ausmaß die Nützlichkeit der Forschung unter kommerziellen oder Wissenschaftskarriere-Aspekten.

Zwei wichtige Bestandteile des EbM sind (a) eine bestimmte methodische Vorgehensweise, nämlich die prospektive randomisierte, kontrollierte Doppelblindstudie (randomized controlled trial), RCT, und die ihr zugrunde liegende epistemologische Sicht eines „wissenschaftlichen Beweises“, sowie (b) die systematische Zusammenfassung solcher Studien im Rahmen von Metaanalysen, wobei die Effektstärke (ES) eine besondere Rolle spielt.

Beide Bestandteile sollen daher zunächst im Folgenden einer näheren Analyse unterzogen werden (wobei die Argumentation Aspekte aus Kriz 2000, 2003, 2007, 2008, 2011, 2012, 2014 mit aufgreift).

## Zur Problematik von RCT-Studien in der Psychotherapie

Die Brauchbarkeit von Apparaten und die Wirksamkeit von Pharmaprodukten lassen sich – jedenfalls im Rahmen der typisch standardisierten Behandlungen – sehr gut mit dem experimentellen Design untersuchen: Bei diesem wird eben die Intervention unter Bedingungen erforscht, die für viele naturwissenschaftliche Experimente üblich sind – d. h. man erhebt den Ausgangszustand (in unserem Falle die klinisch-symptomatischen Befunde des Patienten), führt die Intervention durch, und stellt die Wirkung fest, indem man nun die erfolgte Veränderung erfasst.

Schematisiert sagt man, dass eine „Unabhängige Variable“ (UV) in Form der Intervention auf einen Untersuchungsgegenstand (hier ein Mensch M) einwirkt und Wirkung dieser UV auf eine „Abhängige Variable“ (AV) in Form der erhobenen Befunde, Testwerte, etc. festgestellt wird, also:

$$UV \rightarrow M \rightarrow AV$$

Dieser Ansatz reicht allerdings nicht aus, wenn der Untersuchungsgegenstand (hier: der Mensch mit seinen Befunden) sich ohnedies im Laufe der Zeit verändert und weiteren Einflüssen unterworfen ist. Diese zeitliche Veränderung ohne die spezifische Intervention versucht man über eine Kontrollgruppe abzuschätzen. Ferner ist wichtig, wie lange ein Behandlungserfolg überhaupt anhält – man wird also nicht nur nach den Interventionen, sondern auch in Zeiträumen danach Befunde erheben.

Das Standardmodell, dass aus solchen Überlegungen entwickelt wurde, wird als „Randomisiertes Kontrolliertes Design“ bzw. RCT-Studie (von engl.: randomized controlled trial) bezeichnet. Wegen seiner unbestrittenen Brauchbarkeit für die Beurteilung von Apparaten und Pharmaprodukten wurde dieser Ansatz vor einigen Jahrzehnten auch für die Untersuchung von psychotherapeutischen Interventionen eingesetzt. Der international renommierte Psychotherapieforscher Martin P. Seligman, führte dazu in einer Arbeit unmittelbar vor seiner Wahl zum Präsidenten der „American Psychological Association“ (APA) aus, dass auch er diesen Ansatz lange Zeit als sogenannten „Goldstandard“ für Psychotherapiefor-

schung ansah. Er fasste dessen wesentliche Aspekte wie folgt zusammen (Seligman 1997, S. 267):

„Grundsätzlich wird dabei eine Behandlungsgruppe unter gut kontrollierten Bedingungen mit einer Kontrollgruppe verglichen. Aber neben der Kontrollgruppe weisen Effizienzstudien, die mittlerweile zu einem paradigmatischen Unterfangen geworden sind, noch eine hochkomplexe Methodologie auf. Im Idealfall gehören die folgenden Raffinessen dazu:

1. Zuordnung der Patienten zu der Behandlungs- und Kontrollgruppe nach dem Zufallsprinzip.

2. Strenge Kontrollen: Neben Kontrollgruppen ohne Behandlung werden Kontrollgruppen gebildet, bei denen eine Placebo-Behandlung mit potentiell therapeutischen Elementen eingesetzt wird, die für Patienten wie Therapeuten glaubwürdig sind. Damit wird der Einfluss unspezifischer Faktoren überprüft, zum Beispiel Rapport, Erfolgserwartung und teilnahmevolle Aufmerksamkeit (sog. Nonspezifika).

3. Die Behandlung ist standardisiert, mit hochgradig detaillierten expliziten Therapievorgaben. Die Einhaltung der Standards wird anhand von Videoaufnahmen der Sitzungen überprüft, Abweichungen werden korrigiert.

4. Die Behandlung erfolgt in einer festgelegten Zahl von Sitzungen.

5. Die Zielergebnisse werden sorgfältig operationalisiert (z. B. klinisch diagnostizierte DSM-IV-Störungen, Zahl der berichteten Orgasmen, Selbstauskünfte über Panikattacken, prozentueller Anteil flüssiger Äußerungen).

6. Auswerter und Diagnostiker wissen nicht, aus welcher Gruppe die Patienten kommen. (Anders als bei Medikamentenstudien sind „doppel-blinde“ Effizienzstudien in der Psychotherapie unmöglich, da Patienten und Therapeuten die Behandlungsform kennen. Wann immer Sie jemanden eine „Doppelblindstudie“ in der Psychotherapie verlangen hören, halten Sie Ihren Geldbeutel zurück!)

7. Die Patienten erfüllen die Kriterien für eine einzige diagnostizierte Störung; Patienten mit mehreren Störungen werden in der Regel nicht einbezogen.

8. Nach Behandlungsende werden die Patienten über einen festgelegten Zeitraum mit einer umfassenden Testbatterie eingeschätzt.“

Die Notwendigkeit und Angemessenheit dieser „Raffinessen“ wird an der Prüfung der Wirkung einer antibakteriellen Medizin „X“ leicht einsichtig: Wenn die Patienten selbst aussuchen dürften, in welche Gruppe sie kommen, könnte X als wirksamer erscheinen, weil vielleicht nur die leichten Fälle in diese Gruppe gehen, oder die mit mehr Motivation, oder es sind mehr zahlungskräftige dabei, die sich aber gleichzeitig gesünder ernähren etc. und deswegen schneller geheilt werden (1). Man muss sicherstellen, dass tatsächlich X wirkt und nicht der „Glaube an X“ oder die Flasche als Verpackung oder die Bakterien sowieso von allein verschwinden (2); ebenso, dass tatsächlich X in der Flasche ist und nicht irgendetwas anderes (3); und im Vergleich können natürlich völlig unterschiedliche Mengen verwendet werden (4). Bekämpft werden sollten die Bakterien (5) – daher sind z. B. Glücksgefühle bei X irrelevant. Die Ergebnisse sollen auch nicht durch die Erwartungen der Auswerter verfälscht werden (6). Da X gegen einen bestimmten Bakterienstamm wirken soll, sind eben auch nur Patienten mit diesem Befall relevant – bei Fußpilz würde die Wirkung von X eher unterschätzt werden, bei einer allgemeinen Immunschwäche weiß man nicht wie diese (statt X) den Verlauf beeinflusst (7). Man muss auch sicherstellen, dass die Bakterien zumindest eine gewisse Zeit beseitigt sind – und nicht nach wenigen Wochen z. B. die Krankheit wieder aufflammt (8). Insgesamt lässt sich somit sagen, dass die angeführten Punkte in Bezug auf die Prüfung der Wirkung einer antibakteriellen Medizin durchaus recht sinnvoll sind.

Gleichwohl stammt die obige Zusammenstellung der „Raffinessen“ der RCT-Forschung durch Seligman (1997) bereits aus einem eher kritischen Beitrag, obwohl Seligman zunächst viele Jahre selbst vehement den „Goldstandard“ in der Psychotherapie vertreten hatte. In diesem Beitrag führt er aber aus, wie ihn die Beteiligung an der „consumer report study“ von 1995 eines besseren belehrt habe. Damit bezieht er sich auf eine große amerikanische Verbraucher-Umfrage über die Wirkungen von Behandlungen im realen psychotherapeutischen Feld Mitte der 1990er Jahre. Selbst bei Einräumung vieler methodischer Probleme – von denen allerdings auch die Laborforschung, wie alle Forschung, nicht frei ist – wichen

deren Ergebnisse sehr deutlich von den Behauptungen über die Wirksamkeit von Psychotherapien aus den Laborstudien ab. Angesichts dieser Unterschiede schwor Seligman vehement seiner bisherigen Ansicht über den „Goldstandard“ öffentlich ab und schrieb: „Durch diese Studie wurde mir klar, dass die Entscheidung, ob eine bestimmte Methode unter streng kontrollierten Bedingungen einer anderen Methode oder der Kontrollgruppe überlegen ist, etwas anderes ist als die Frage nach dem, was in der Praxis wirkt (...). Ich halte „Efficacy“-Studien seitdem nicht mehr für die einzige, ja nicht einmal für die beste Möglichkeit, um festzustellen, welche Methoden in der Praxis tatsächlich wirksam sind. Ich bin zu der Überzeugung gekommen, dass „Effectiveness“-Studien, mit denen die Erfahrungen der Patienten unter den realen Bedingungen in der Praxis erhoben werden, eine brauchbare und glaubwürdige „empirische Validierung“ von Psychotherapie und Medikation ermöglichen“ (Seligman 1997, S. 271).

Es sei noch erwähnt, dass Seligman ein Jahr nach dieser (in etlichen Publikationen betonten) Kehrtwendung seiner bisherigen Position zum Präsident der mächtigen APA (American Psychological Association) gewählt wurde. Dies zeigt, dass in den USA ein größeres Spektrum an heterogenen Positionen durchaus an einflussreichen Stellen vertreten wird, als in den deutschen Gremien, die über Psychotherapie befinden.

### **RCT-Forschung als Repräsentant des experimentellen Ansatzes**

Trotz der Argumente von Seligman hat der Stellenwert, der RCT-Studien hierzulande eingeräumt wird, in den letzten beiden Jahrzehnten fraglos zugenommen (s. u.). Gegen Seligman wird dabei ins Feld geführt, dass Patienten oft gar nicht genau wissen, welche Art von Psychotherapie sie erhalten haben und dass sie ferner über das Ausmaß des Erfolges aufgrund fehlender klinisch-diagnostischer Kenntnisse nur laienhafte Urteile abgeben könnten. Nur RCT-Studien würden den harten Kriterien von „wissenschaftlicher Belastbarkeit“ gerecht.

Neben dem Modell der Apparatedizin und Pharmaforschung stehen dabei auch die guten Erfahrungen der Psychologie als einer weitgehend experimentellen Wissenschaft: Psychologen können zu Recht stolz darauf sein, was in nur rund 130 Jahren als akademisches Fach an Forschungsergebnissen aufgetürmt wurde – und wenn man etwas genauer hinsieht, so lässt sich feststellen, dass der ganz überwiegende Teil dieser Befunde auf experimentellen Ergebnissen beruht. In der Tat sind zahlreiche Fragen, welche im Rahmen moderner Psychologie gestellt werden, optimal durch eine experimentelle Herangehensweise nach dem obigen Schema  $UV \rightarrow M \rightarrow AV$  untersuchbar.

Dieser fraglos große Erfolg der Psychologie bei der Erforschung von Fragen, welche sich angemessen mit dieser Herangehensweise untersuchen lassen, hat allerdings zur Gefahr der Übergeneralisierung geführt: Denn in Experimenten und der entsprechenden Statistik werden Beobachtungsdaten als empirische Realisation theoretischer, „wahrer“ Parameter (oder Naturgesetze) verstanden: Der Fall einer Kugel ist z. B. eine Realisation des Fallgesetzes. Empirisch ergeben sich zwar immer kleine Abweichungen der Messwerte von den theoretisch erwarteten Werten. Diese Abweichungen werden jedoch „Störeinflüssen“ zugeschrieben, welche möglichst zu vermeiden sind.

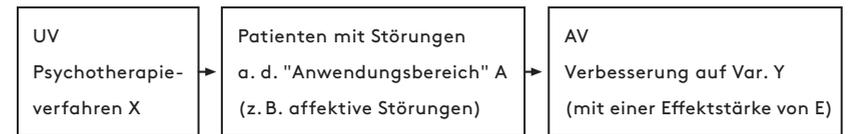
Dieses Modell ist deshalb auch noch für die Behandlung von bakteriellen Infektionen im obigen Beispiel brauchbar, weil beim Befall eines Patienten mit z. B. Pneumokokken diese konkreten Pneumokokken eben als „Realisation“ aus der wirklichen Population dieser Bakterien angesehen werden können. Ein Antibiotikum gegen diesen Bakterien-Typ wird somit wirken, egal ob die Beziehung des Patienten zum Arzt gut oder schlecht ist – das wären zu eliminierende Störgrößen.

Schwieriger wird der Einsatz dieser Forschungslogik allerdings selbst bei bakteriellen Infekten schon dann, wenn das Medikament nicht die Bakterien selbst bekämpfen, sondern die „Abwehrkräfte“ steigern soll: Von „was“ wären gemessene „Abwehr“-Daten (z. B. Immun-Parameter) Realisationen? Und was sind hier Störgrößen?

Noch schwieriger allerdings wird es, wenn es um psychische Störungen geht: Ist das, was wir bei einem depressiven

Patienten seine Störung nennen, die konkrete Realisation einer theoretischen Größe (Krankheit) namens „Depression“? Und – noch wichtiger – kann die Behandlungsweise „b“ gegen diese Störung als eine konkrete Realisation der Behandlungsmethode „B“ verstanden werden (die dann, mit anderen Methoden für andere Störungen zusammen Verfahren „X“ ergibt)?

Doch trotz solcher Zweifel, führt eine (klassisch) experimentelle Perspektive in der obigen Form ( $UV \rightarrow M \rightarrow AV$ ) geradezu notwendig in die Logik der RCT-Studien. Denn wenn man entsprechend schreibt:



so gilt notwendig (analog zu den zentralen Aspekten in der obigen Liste von Seligman):

- Das „X“ muss zwangsläufig weitgehend manualisiert werden, denn man will ja nicht irgendeine UV testen sondern X.
- Die Stundenanzahl mit X muss vorgegeben sein, sonst wäre nicht X die Wirkung, sondern die Behandlungsdauer.
- Es müssen Kontroll- bzw. Vergleichsgruppen gebildet werden, denn in der massenstatistischen Analyse (für E) können sonst viele Einflüsse (z. B. „Spontanremission“) und nicht X die Wirkung hervorrufen.

– Ebenso muss randomisiert (bzw. bei kleinem N besser: parallelisiert) werden, denn sonst wirken statt X ggf. die Unterschiede in den Gruppen.

– Um die Wirkung von X im Sinne von Effektstärken (E) sinnvoll erfassen zu können, ist eine weitere notwendige Voraussetzung, dass die Symptom- und auch die Heilungsdynamik hinreichend linear – zumindest ohne große Instabilitäten und Nichtlinearitäten – verläuft: Ansonsten würde bei der formal vorgenommenen Aggregation der Daten im Rahmen der statistischen Auswertung über unterschiedliche Verläufe aggregiert, wo ggf. dieselbe „Dosis“ von X einmal fast nichts, ein anders mal extrem viel verändert. Mittelwerte würden dann weitgehend Artefakte der zufälligen Mischung

unterschiedlichen Phasen abbilden und weniger über X (im Vergleich z. B. zur Kontrollgruppe oder zu einem anderen Ansatz Xa) aussagen.

– Eine letzte der hier (keineswegs erschöpfend vgl. Kriz 1996, 2006) aufzuführenden impliziten Voraussetzungen ist, dass außer X keine weiteren bedeutsamen Wirkvariablen im Experiment wirken. Wie ist es aber beispielsweise mit der „therapeutische Beziehung“ in der VT? Inzwischen wird deren Bedeutsamkeit auch für die VT nicht bestritten. Doch wo findet sich in der VT-Theorie eine genaue Herleitung dessen, was mit „therapeutische Beziehung“ in diesem Ansatz gemeint ist? Und da wohl kein Verhaltenstherapeut die Sicht für akzeptabel hielte, dass VT lediglich ein „add-on“ zur Wirkvariable „therapeutische Beziehung“ ist, wie sie beispielsweise in der Gesprächspsychotherapie fundiert theoretisch hergeleitet und empirisch erforscht ist: Wo sind die Dismantling-Studien, welche den Einfluss dieser Wirkvariablen von der „eigentlichen“ VT bestimmen können.

Um Missverständnisse zu vermeiden sei an dieser Stelle explizit betont, dass die Diskussion mit Verweisen auf die VT nicht deshalb erfolgt, weil diese als besonders kritikwürdig angesehen wird, sondern weil die VT von allen Ansätzen noch am ehesten mit dem klassisch-experimentellen Paradigma übereinstimmt und sich in der Betonung von RCT-designs auch primär auf dieses beruft. Daher ist es wichtig zu zeigen, dass auch die VT jenseits von idealisierter Grundlagenforschung mit diesem Paradigma in Schwierigkeiten gerät, wenn es um Aussagen über die Wirkung realer Psychotherapie geht. Diese Vorbehalte gelten daher mindestens ebenso bei anderen Richtungen der Psychotherapie – allerdings haben diese auch gar nicht den Anspruch, in ihren wesentlichen Aspekten durch das klassisch-experimentelle Paradigma abgebildet zu werden.

Es gibt somit viele implizite aber notwendige Voraussetzungen für die Angemessenheit der klassisch-experimentellen Perspektive auf Fragen der Psychotherapie. Dass diese auch nur hinreichend erfüllt sind, darf nach der obigen Diskussion besonders dann bezweifelt werden, wenn man nicht über die Bedingungen im Labor, sondern über ein Verfahren in der realen

Anwendung urteilen will. Für die Psychotherapie ist daher zwar Grundlagen- und Laborforschung wichtig – aber eben nicht nur: Denn nur wenige PP und KJP werden Forscher im engeren Sinne. Die meisten gehen in die reale Praxis. Daher gilt es, sich in einem Behandlungs- und Anforderungsalltag zu orientieren, in dem die Patienten eben nicht (und auch nicht Modellhaft angemessen) als Realisation von reinen Störungen betrachtet werden können, sondern wo die Komplexität ihrer in Störungen manifestierten Lebens- und Leidensgeschichten mit dem Begriff „Komorbidität“ belegt wird.

Dabei ist selbst die Bezeichnung „Komorbidität“ irreführend. Denn Patienten „haben“ nicht zwei oder mehrere reine Störungen – so wie Fußpilz und Grippe – sondern ihre komplexen Leiden sind diagnostisch nur in mehreren Kategorien erfassbar. Das ist ein wesentlicher Unterschied. Deshalb ist die für klassisch-experimentelle Forschungsdesigns so notwendige Manualisierung selbst für die VT in der Alltagspraxis auch recht fragwürdig, weil die weiteren Verläufe und Dynamiken der Behandlung nur sehr bedingt Standardverläufen entsprechen – ja, oft nicht einmal über längere Verläufe geplant werden, sondern ständig individuell neu adjustiert werden müssen. Nicht umsonst betont z.B. der Verhaltenstherapeut Zarbock (2010, S.126): „Verhaltenstherapie stellt eben nicht die Behandlung von Diagnosen mit medikationsähnlichen Standardinterventionen dar.“ Die – ohne Zweifel wichtigen und interessanten – Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung im klassisch-experimentellen Paradigma haben somit nur sehr artifizielle Aussagekraft für die reale Psychotherapiepraxis.

Konsens besteht ohnehin unter Wissenschaftstheoretikern dahingehend, dass Psychotherapie-Praxis nicht als Anwendung von Psychotherapie-Theorie verstanden werden kann. Selbst für die klassische Verhaltenstherapie – bei welcher der Gedanke der Anwendung von Theorie vielleicht noch am ehesten naheliegen könnte – hat schon Westmeyer (1978, 1980) gezeigt, dass sie (bzw. Teile davon) nicht als „angewandte Lerntheorien“ verstanden werden kann. Stattdessen plädiert er, wie auch Perrez (1982a, b) dafür, Theorie im Rahmen von Psychotherapie bestenfalls als Bereitstellung von „technologischen Regeln“ zu verstehen, nämlich als Aufforderungen, in bestimmten Situationen bestimmte Maßnahmen

zu ergreifen, um bestimmte Ziele zu erreichen Diese problematische Theorie-Praxis-Relation gilt aber nicht nur für die Psychologie und Psychotherapie, sondern ebenso für viele naturwissenschaftliche Bereiche und die Verwendung der wissenschaftlichen Ergebnisse für die Praxis.

### **Der Bias des RCT-Ansatzes**

Gleichwohl lässt sich die Frage auch anders herum stellen: Unter welchen Bedingungen ist das Modell der experimentellen Forschung und das RCT-Design zumindest hinreichend brauchbar? Geht man dieser Frageperspektive nach, so ist jenseits des Labors ein solches Modell für die Praxis dann hinreichend brauchbar, wenn diese Praxis eben entsprechend den Bedingungen gestaltet werden kann bzw. typischerweise so gestaltet wird. Dies nun wiederum ist besonders bei der Entwicklung und Evaluation von Programmen der Fall, in denen die Aspekte in der Seligman Liste eben auch zu standardisierten Vorgehensweisen in der Praxis umgesetzt sind – also auch bei psychotherapeutischen Programmen: Sind z. B. in einer Klinik für den 6-wöchigen Aufenthalt 10 Sitzungen für eine bestimmte Störung vorgesehen, in denen jeweils ein sehr klar vorgegebenes Programm durchgeführt wird, so sind die o.a. Bedingungen 3, 4, 5 und 7 per se erfüllt. Und 1, 2, 6 und 8 ließen sich leicht für eine Untersuchung realisieren – bzw. stehen für die reine Praxis in keinem Widerspruch zum ehemaligen Forschungsdesign. *Um die Wirksamkeit der Anwendung von Programmen zu prüfen, sind RCT-Studien somit gut brauchbar.*

Wie brauchbar ist dieser Ansatz aber zur Beurteilung der Wirksamkeit von Psychotherapie, bei welcher die Behandlung typischerweise nicht nach einem vorgegebenen Programm erfolgt sondern auf einer dynamischen Passung von eher allgemeinen Prinzipien an die gegenwärtige Problem-Situation beruht (wobei in die „Problem-Situation“ recht viele Aspekte einfließen können: von der genetischen Disposition über biographische Strukturierungen, Lerngeschichten, aktuelle Belastungen, Symptomstabilisierungen im sozialen Umfeld etc. etc.). Wird also entsprechend der spezifischen aktuellen

Situation das konkrete therapeutische Vorgehen aus bestimmten Prinzipien erst entfaltet und passend umgesetzt, so sind die zentralen Bedingungen 3, 4 und 7 somit typischerweise nicht anwendbar. Bedingung 7 wird sogar als Artefakt gesehen, wenn man „komorbide“ Patienten so versteht, dass diese (meist) nicht „mehrere Störungen haben“, sondern eine „Störung“, deren Symptome ggf. mehreren diagnostischen Kategorien zugeordnet werden kann. Über Bedingung 5 kann man sich einigen – sie sollte nicht zu sehr an den essentiellen Aspekten der Störung vorbeigehen. Ob also z. B. der Fokus auf der „Zahl der berichteten Orgasmen“ eher als ein Heilungskriterium angesehen wird oder selbst als Ausdruck einer Störung (wie schon Wilhelm Reich betonte), bedarf einer inhaltlichen Diskussion.

Fasst man diese Argumente zusammen, so lässt sich sagen: *Um die Wirksamkeit von Therapieformen zu prüfen, die in spezifischer Passung Kriterien entfalten sind RCT-Studien somit unangemessen.*

Natürlich kann man auch diese Therapieformen auf programmartige Vorgehensweisen unter den o.a. Standardbedingungen reduzieren und damit die Forderung nach RCT-Studien für diese „Varianten“ erfüllen. Gezwungenermaßen wurden solche Studien auch für Vorgehensweisen durchgeführt, die nicht zu dieser Forschungslogik passen – denn auch in den USA ist eine Gruppe sehr einflussreich, die unter dem Begriff „Empirically Supported Treatment (EST)“ (empirisch gestützte Behandlungen) nur RCT-Studien als einzige Form der empirischen Forschung ansieht – obwohl die Lehrbücher über empirische Forschungsmethoden auch in den USA zahlreiche andere Ansätze enthalten. Es sollte aber klar sein, dass ein solcher Forschungsansatz eben unangemessen ist und das Wesentliche verfehlt. Es ist ein wenig so, als wenn die Autolobby lediglich den Nachweis gelten lässt, wie schnell man auf Autobahnen vorankommt – und dabei das Essentielle ignoriert, dass dies für die Beurteilung von PKW und LKW sinnvoll sein mag, aber nicht für Pferde – auch wenn man diese zwingen kann, sich am Wettrennen auf Autobahnen zu beteiligen. Doch dies ist nicht nur unangemessen, sondern entwertet auch die Leistung der Pferde, z. B. über Hecken, Zäune und in unwegsamem Gelände voranzukommen und somit auch

solche Menschen zu erreichen, die nicht an den Hauptstraßen angesiedelt sind.

Ein weiterer Aspekt des Bias des RCT-Ansatzes liegt in der Nicht-Berücksichtigung der Passungsproblematik nach dem allgemeinen Modell von Psychotherapie (AMP) nach Orlinsky & Howard (1987): Eigentlich gehört es heute zum Minimalstandard einer angemessen komplexen Diskussion, zumindest auf diese Passung einzugehen und diese in den Designs zu beachten. Wobei das kategoriale AMP-Modell angesichts der Komplexität in der Praxis immer noch als recht vereinfachend bezeichnet werden muss. Aber es berücksichtigt zumindest folgende Passungen. (vgl. Abbildung 1)

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

Sieht man sich dazu die faktische an RCT- und EbM-orientierte Forschung an, so ist diese nicht nur ausschließlich auf den ersten Aspekt ausgerichtet (Relation zwischen Behandlungsmodell und Störungsmodell). Vielmehr wird selbst diese

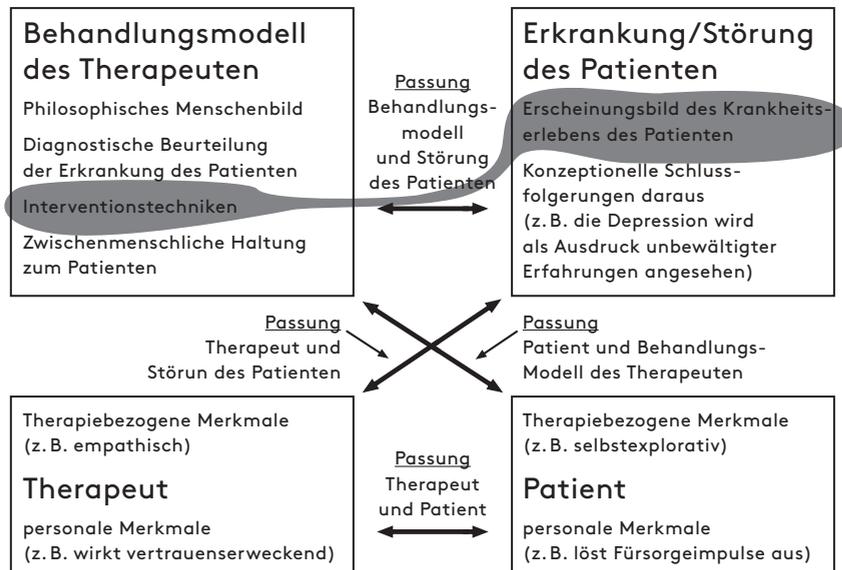


Abbildung 1: AMP Allgemeines Modell von Psychotherapie Orlinsky & Howard (1987). Grau: die rct-Wirklogik

Relation auf das reduziert, was mit den Linien umrandet wurde – nämlich Interventionstechniken, welche auf Patientensymptome wirken. Wiederum ist die Fokussierung auf störungsspezifische Interventionstechniken als *Untersuchungsmethodik für Programme* noch vertretbar, für andere Konzepte von Psychotherapie hingegen ist diese Sicht unzulässig beschränkt.

### Was misst die Effektstärke?

In den Diskursen zur Bewertung von Psychotherapie spielt – spätestens bei der Zusammenführung der Studien zu Metaanalysen – eine Maßzahl eine zentrale Rolle, die „Effektstärke“ genannt wird. Diese Effektstärke, ES, ist üblicherweise wie folgt definiert und operationalisiert (vgl. Reinecker 1996):

$$ES = (Me - Mk) / Sk$$

wobei:

Me = Mittelwert von T der Experimental / Behandlung-gruppe i.d. Post-Messung

Mk = Mittelwert von T der Kontrollgruppe i.d. Post-Messung

Sk = Standardabw. von T der Kontrollgruppe i.d. Post-Messung

T = Test- / Messvariable (z. B. ein klinischer Test)

Dieser ES wird deshalb eine so bedeutsame Stellung eingeräumt, weil die Ergebnisse unterschiedlicher RCT-Studien auf sehr unterschiedlichen Vergleichsgruppen, Ausgangsbedingungen, Zielgrößen etc. beruhen. Der Begriff „Effektstärke“ suggeriert, dass hier auch tatsächlich die Stärke des Behandlungseffektes gemessen bzw. vergleichbar gemacht wird – und so wird er in den Diskursen auch verwendet.

In Wirklichkeit kann ES aber nur recht bedingt etwas über Effektivität aussagen. Der Grund liegt darin, dass aus der obigen Formel hervorgeht, dass ES dann groß ist:

- wenn auch Me - Mk groß ist – das ist weitgehend wohl auch das, was man sich unter „Effektivität“ vorstellt.
- wenn Sk klein ist – das aber hat fast nichts mit Effektivität zu tun, sondern hängt von Besonderheiten der Gruppe ab

Insgesamt „misst“ ES somit eher statistische Diskriminierung zwischen zwei Gruppen und nicht das, was man sich inhaltlich klinisch unter „Effektivität“ vorstellt. Es kann die therapeutisch relevanten Beziehungen im Vergleich ggf. sogar ins Gegenteil verkehren. Hierzu ein Demonstrationsbeispiel, mit einfachen, runden Zahlen.

Annahme: Man habe eine klinisch relevante Testgröße T, diese liege zwischen 0 (völlig störungsfrei) und 100 (schwerst gestört). Der Mittelwert von T in der Normalbevölkerung sei 40, die Standardabweichung 15.

Fall A: homogene, störungsspezifische Gruppe:

M (der störungsspezifischen Grundgesamtheit) sei 60 (wo auch der Postwert  $M_k$  der Kontrollgruppe bleibe), s sei 5 (und bleibe es für die Postwerte der Kontrollgruppe);

die Therapie erbringe eine mittlere Verbesserung um 10 Punkte, d.h  $M_e = 50$

Es gilt dann:

$$ES = (M_e - M_k) / S_k = (50 - 60) / 5 = 2,0$$

– man würde sagen: eine hohe Effektstärke!

Fall B: heterogene, „Mischgruppe“:

Wieder sei  $M = 60$  (also im Mittel genau so gestört wie oben), s sei 15 (das spiegelt realistisch die Heterogenität wieder)

die Therapie erbringe eine mittlere Verbesserung um 20 Punkte, d.h  $M_e = 40$

Es gilt dann:

$$ES = (M_e - M_k) / S_k = (40 - 60) / 15 = 1,3$$

– scheinbar eine deutlich geringere Effektstärke!

De facto aber liegt in diesem Beispiel bei Fall B das  $M_e$  der Behandlungsgruppe nach der Therapie genau auf dem der Normalbevölkerung (40). Die Behandlungsgruppe ist somit nach der Therapie als „völlig normal“ anzusehen.

In Fall A hingegen, trotz der um 50 % höheren Effektstärke, liegt die Behandlungsgruppe 10 Punkte über (= schlechter) der Normalbevölkerung; Daraus folgt (sofern s gleich geblieben ist): über 97,5 % der Behandlungsgruppe liegen hier

über dem Mittel der Normalbevölkerung, sind also gestörter.

Fall A hat somit die deutlich höhere Effektstärke, Fall B aber die deutlich höhere Effektivität der Therapie!

Die inhaltlichen Zusammenhänge, in denen in der Literatur über „Effektstärke“ gesprochen wird, lassen zweifeln, dass diese formalen Zusammenhänge bzw. Unterschiede hinreichend bei „Klinikern“ bekannt sind und dass bewusst ist, dass mit „Effektstärke“ lediglich eine spezifische statistische Diskriminationsfähigkeit zwischen Gruppen gemeint ist. Diese statistische Diskriminationsfähigkeit ist im Fall A unbestritten höher – doch was haben die Therapeuten oder die Patienten davon?

Vielmehr wird meist so getan, als messe die Effektstärke tatsächlich und unbeschadet einen therapeutischen Effekt. Es zeigt sich darüber hinaus, dass es falsch wäre, Effekte in heterogenen, störungs-unspezifischen Gruppen als weniger bedeutsam oder aussagekräftig abzutun: zumindest in formal-quantitativer Hinsicht ist eher das Gegenteil richtig (da störungs-unspezifische Gruppen typischerweise eher eine größere als eine kleinere Varianz gegenüber homogenen Gruppen aufweisen).

## **Evidenzbasierter Quark**

Computer, mathematische Modelle und Rechenvorschriften sagen per se nichts über den Sinn oder Unsinn ihrer Verwendung aus. Daher lassen sich Daten aus berechneten Effektstärken auch dann in eines der üblichen Computerprogramme für Metaanalysen füttern, wenn die inhaltliche Fragestellung als unsinnig zu erkennen wäre – sofern man nicht einer Mystifikation von Zahlenwerten aus Computerprogrammen unterliegt sondern seinen fachlichen Sachverstand bemüht. Ein Beispiel für einen offenkundigen Missbrauch von Effektstärken zum Zwecke von Metaanalysen und scheinbar evidenzbasierten Aussagen, stellt das von Norcross herausgegebene Werk dem Titel „Evidence-Based Therapy Relationships“ dar.<sup>1</sup> Dieses enthält 13 Beiträge, die jeweils Metaanalysen zu „Elementen“ bzw. „Faktoren“ der therapeutischen Beziehung durchführen. Solche „Elemente“ sind u. a.

therapeutische Allianz, Zielübereinstimmung, Management von Gegenübertragung, positive Wertschätzung, Kongruenz oder auch Empathie. Jedem „Element“ ist ein Kapitel mit einer Metaanalyse gewidmet. Wohlgermerkt: jedem einzelnen. Dies führt dann u. a. zu Aussagen, dass Empathie (57 Studien, 3599 Klienten) „nachweislich“, positive Wertschätzung (18 Studien) aber nur „wahrscheinlich“ effektiv wirkt. Und für Kongruenz (16 Studien 863 Klienten) gebe es „noch keine hinreichende Evidenz“ für Wirksamkeit. Das sind beachtliche Unterschiede in der Bewertung – die aber mehr für statistische Akribie denn für substantielle Erkenntnis sprechen: Die mittlere Korrelation zwischen „Element“ und „Behandlungserfolg“ beträgt als Effektstärke für Empathie .31 für positive Wertschätzung .27 und für Kongruenz .24.

Zu kritisieren ist nicht nur, wie artefaktanfällig solche Unterschiede sind. Wichtiger ist die Frage, ob z. B. in allen 57 Studien mit Daten zur „Empathie“ überhaupt hinreichend das Gleiche darunter verstanden wurde. Oder wie weit dies für „Behandlungserfolg“ gilt. Und hatte nicht Rogers, auf den diese Konzepte zurückgehen, einst betont, dass es sich um drei untrennbare, wechselwirkende Aspekte *einer* Haltung handelt?

Das Vorgehen von Norcross und seinen Autoren zur Analyse der „Evidenz“ und „Effektstärke“ entspricht daher einer Studie, welche den Einfluss unterschiedlicher Zutaten wie Salz, Pfeffer, Milch, Quark, etc. auf das Ergebnis – eine schmackhafte Mahlzeit – wie folgt untersuchen wollte: Man stellt einige hundert Speisen mit genau gemessenen (aber variablen) Mengen an diesen Zutaten her und lässt die Endprodukte dann von größeren Gruppen randomisiert zugewiesenen Essern auf einer Skala hinsichtlich bestimmter Gütekriterien beurteilen. Zusätzlich könnte man ggf. noch objektive Daten wie Magensäure, Verdauungsaktivität und viele medizinische Parameter erheben. Im nächsten Schritt würde man aus diesen Daten mit Hilfe metaanalytischer Algorithmen berechnen, wie groß der Einfluss von Salz, der von Pfeffer, der von Milch, der von Quark etc. auf diese Ergebnisse ist.

Auch ohne große Methodenkenntnisse lässt sich der Unsinn einer solchen Untersuchung in der schon intuitiv

erfassbaren Tatsache erkennen, dass in den unterschiedlichen Gerichten der Einfluss der Zutaten, ihre Wechselwirkung, Reihenfolge etc. bereits so komplex sind, dass Fragen wie: „Ist der Einsatz von Quark beim Essen überhaupt evidenzbasiert?“ oder: „Zu wieviel Prozent (oder mit welcher Effektstärke) trägt Salz zu einer guten Mahlzeit bei?“ obsolet sind. Sie sind viel zu allgemein gestellt und müssten daher zumindest für die unterschiedlichen Mahlzeiten, aber auch für spezifische Umsetzungen (z. B. Reihenfolge) der Zutaten, differenziert werden.

Dies wird sofort deutlich, wenn man sich vorstellt, dass Pfeffersteak mit anschließendem Schokopudding ggf. sehr schmackhaft sein kann (wobei es auch dort auf etliche weitere Details ankommt: Es ist z. B. wenig ratsam, das Steak so lange in der Pfanne zu braten wie man derweil den Schokopudding rührt). Pfeffersteak und Schokopudding beides auf einem Teller verrührt oder gar in nur einem Gefäß gleichzeitig zubereitet, dürfte dagegen nur wenige begeistern. Und wenn man – bei denselben Zutatenmengen – als Gänge erst die Milch mit Pfeffer, dann das Steak mit Schokopulver und zum Nach-tisch eine Prise Salz anbieten würde, würde dieses Menü kaum besser ankommen.

Die Zutaten sind somit beim Kochen zwar nicht irrelevant, sagen aber letztlich wenig darüber aus, wie schmackhaft die ganze Mahlzeit wird. Hinzu kommt, dass es erhebliche Vorlieben und Gewohnheiten gibt, was besonders in Multi-Kulti-Gesellschaften verhindern dürfte, dass es jemals nur zwei „Richtlinien-Kochbücher“ geben wird.

Freilich ist die exzessive Zerlegung therapeutischer Prozesse in metaanalytisch isolierbare „Elemente“ keineswegs neu: In zahlreichen Lehrbüchern (übrigens auch bei Norcross) geistert ein Tortendiagramm herum, das auf Asay & Lambert (1999/2001) zurückgeht, wonach 30 % der Verbesserung in Therapien auf die therapeutische Beziehung zurückgehen soll (40 % auf extratherapeutische Variablen, 15 % auf Erwartungseffekte und nur 15 % auf die gewählte Technik). Diese Zahlen sind für viele, welche die Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung nicht vernachlässigt wissen möchten, natürlich erfreulich. Sie sind dennoch numerischer Unsinn. Und die Aussagen sind nichts weiter als pseudo-quantitative

Datenbelletristik. Was würden wir z. B. mit einer Aussage anfangen: „Im Mittel sind die Gewässer in Deutschland 162,7 cm tief“? Zu Recht würden wir doch fragen: Welche Gewässer? Sind es die großen Flüsse, wie Rhein, Elbe etc., oder auch die kleinen, wie Hase, Düte usw.? Und wie steht es mit Gartentümpeln oder Baggerseen? Und falls nur Flüsse gemeint sein sollen: Wo wird denn gemessen: näher an der Quelle oder an der Mündung?

Genauso klar ist, dass die Wirk-Anteile im Therapieprozess nicht konstant und unabhängig sind und z. B. von der Art der Störung oder dem jeweiligen Ansatz abhängen: Sie sind (hoffentlich) im humanistischen Ansatz eher höher als bei verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen, wo andersherum die dort zentralen Techniken vermutlich mehr als 15 % des Erfolgs ausmachen. Jede quantitative Aussage hängt somit von der Mischung an unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen ab.

Die Aussage von Asay & Lambert ist daher nicht falsch – denn sie bezieht sich auf das Ergebnis einer Reanalyse mit einer ganz bestimmten Mischung an unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen. Aber für eine ganz bestimmte Mischung an „Gewässern“ wäre eben die obige Aussage von 167,2 cm für die „mittlere Tiefe deutscher Gewässer“ ebenfalls nicht falsch. Allerdings würden wir für einen anderen Mix auch andere Anteile der Faktoren erwarten bzw. eine andere mittlere Gewässertiefe. Und genau wie bei den Gewässern gibt es auch für „Psychotherapie“ per se keinen „richtigen“ oder zumindest „angemessenen“ Mix hinsichtlich globaler Gesamtaussagen. Denn woran sollte man auch die Richtigkeit eines solchen Mixes messen? Die Quantifizierung ist daher nicht falsch oder richtig, sie ist schlicht sinnlos.

Dieser alte – aber übermäßig oft zitierte – Unsinn von Asay & Lambert ist also in Norcross' Sammlung nur nochmals potenziert. Dass bei dieser missbräuchlichen Anwendung maßanalytischer Vorgehensweisen renommierte Forscher wie Wampold, Elliott, Greenberg oder Lambert mitgewirkt haben, macht die Sache keineswegs besser, sondern eher noch bedenklicher. Denn die nichtlinearen Wechselwirkungen und damit die Unangemessenheit des Ansatzes sind eigentlich auch ohne große Methodenkenntnis offensichtlich. Recht

anschaulich hat Plaum (1999) in einer kurzen – fiktiven aber nicht untypischen – Fallgeschichte die zugrundeliegende Problematik dargestellt. Daran wird deutlich, wie fragwürdig es ist, in komplexen Prozessräumen, wie dies für Psychotherapie typisch ist, nach isolierbaren Wirkfaktoren zu suchen:

*„... Aufgrund der Distanz von zuhause war Frau X. in der Lage, ein anregendes Klima, eine reizvolle Landschaft, positiv auf sich wirken zu lassen, was durch die entspannende Wirkung der Bäder verstärkt worden ist; dass es Mitpatienten gibt, denen es offenbar schlechter ging als ihr, hat Frau X. neuen Lebensmut gegeben und sie offener für andere Menschen gemacht; die daraufhin möglichen Gespräche konnten ihr wiederum veränderte Lebensperspektiven nahebringen; schließlich hat der Masseur bei Frau X. erotische Gefühle ausgelöst, die wiederum in der geschilderten aktuellen sozialen Situation zur Realisierung eines „Kurschattens“ führten; dieser hat aufgrund seiner anziehenden Wirkung Frau X. zu der Überzeugung bringen können, dass es doch besser sei, die Diätvorschriften einzuhalten und nicht etwa sich am Nachmittag ins Café zu setzen, um dort die Sahnetorte zu verspeisen ...“.*

Zu Recht fragt Plaum – die Suche nach Wirkfaktoren in einer komplexen Welt glossierend – „Was hat zur Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes von Frau X. während einer Kur geführt? Bäder? Massagen? Das Klima? Die Distanz von zuhause? Der Kontakt zu Mitpatienten? Der ‚Kurschatten‘?“ Im gewählten Beispiel muss man sagen: wohl alles „irgendwie“. Doch nichts wirkt als isolierbarer „Faktor“ als solcher – und auch nicht im Sinne varianzanalytischer Wechselwirkung „zusammen“. Denn man kann sich gut vorstellen, dass in Gruppen mit Personen unter „fast“ genau denselben Bedingungen die Gesamtwirkung völlig unterschiedlich ausfällt. Ein Forschungs-Ansatz, bei welchem der Einfluss des Kurschattens, oder des Masseurs etc. als unabhängige Variable in einem RCT-Design untersucht werden soll, wäre daher entsprechend lächerlich. Und bei einem anderen Patienten wirken vielleicht in derselben Kurklinik andere Aspekte zusammen. Man kann sogar davon ausgehen, dass die Patienten

selbst auch etwas Kompetenz besitzen, aus den reichhaltigen Programmen und komplexen Möglichkeiten einer solchen Klinik das auszuwählen, was für sie gut ist. Und dass es vielleicht reicht, sie bei dieser Wahl und bei der Reflexion darüber zu begleiten und zu beraten.

Eine solche Sicht passt nicht in die Forschungsdesigns, nach denen sich die Psychotherapie in ihrem Nachweis von Effektivität und empirischer Evidenz ausrichten muss. Dennoch wäre es wohl falsch, Kurkliniken als „unwirksam“ oder „wissenschaftlich nicht anerkannt“ zu brandmarken und aus der BRD zu verbannen, so wie es in den ambulanten Praxen mit fast allen psychotherapeutischen Angeboten nach dem Psychotherapeutengesetz von 1999 geschehen ist. Es ist ja ohnedies mehr als merkwürdig, dass in deutschen Kliniken sehr wohl vieles von dem eingesetzt und im Kassensystem abgerechnet wird, was angeblich „nicht wirksam“ sein soll – obwohl (oder gerade weil) Kliniken mit sehr spitzem Bleistift rechnen müssen und sich keine überflüssigen Ausgaben leisten können. Aber sie wissen, wie gute Hausärzte, um einen eher ganzheitlichen Heilerfolg, der nicht beliebig in Einzelfaktoren zerlegt werden kann – so wie eine Körperzelle in einzelne materiellen Bestandteile zerlegt werden kann, die aber jeweils kein „Leben“ ausmachen. Dennoch gibt es zahlreiche Möglichkeiten, den Erfolg einer Kurklinik bei den Patienten zu evaluieren, um sicherzustellen, dass mit Steuer- und Krankenkassengeldern nicht einfach Unwirksames bezahlt wird. Dies würde allerdings ein Umdenken in dem bedeuten, was heute in der BRD unter „Evidenzbasierung“ verstanden wird.

### **Ist EbM auf RCT-Basis wirklich notwendiger Standard?**

Sieht man sich Diskurse an, mit denen hierzulande über EbM diskutiert wird und welche Art von Forschung man dabei als relevant bzw. als irrelevant ansieht, so wird deutlich, wie stark ein guter Ansatz für andere Zwecke umfunktioniert wird. Bereits David Sackett (der „Vater“ der EbM) sah sich genötigt, kritisch vor „top-down cook-books“, dem „misuse of evidence based medicine“ zu warnen und darauf hinzuweisen, dass EbM allzu oft von „Kaufleuten“ und Managern dazu eingesetzt wird, einfach Kosten zu senken (Sackett, 1996).

Und auch das Deutsche Cochrane Centrum betont auf seiner Website: „Für viele Fragestellungen stehen keine RCTs oder systematischen Übersichten zur Verfügung, oder sind aufgrund der Studienfrage nicht sinnvoll oder nicht durchführbar. EbM bezieht sich daher ausdrücklich auf die jeweils ‚bestverfügbare Evidenz‘. Dies kann in Einzelfällen auch einmal ein Expertenkonsens oder ein Ergebnis aus der Grundlagenforschung sein.“<sup>2</sup> Und eigentlich sollte es nachdenklich stimmen, wenn selbst führende Vertreter der EbM in Deutschland, wie Norbert Schmacke (2006), explizit auf die Berücksichtigung auch qualitativer Methoden verweisen.

Doch die Gremien, welche in der BRD darüber die Entscheidungsmacht zugesprochen bekommen haben, welche Psychotherapie Patienten im Rahmen der Praxen in Anspruch nehmen dürfen, haben EbM inzwischen in hohem Maße zweckentfremdet. Es geht kaum noch um die gute Kernidee, mit EbM Wissen und Entscheidungshilfen für Ärzte und Psychotherapeuten bereitzustellen. Sondern EbM wird zum Mittel der Selektion in berufs- und verbandspolitischen Konkurrenzkämpfen umfunktionalisiert und dazu zunächst in seiner Komplexität beschnitten und auf ein ebenso einfaches wie fragwürdiges Grundmuster reduziert: Letztlich werden nur RCT-Studien gezählt und alle anderen Informationen und Belege aus wissenschaftlichen Studien über die Wirksamkeit eines Psychotherapieverfahrens missachtet und damit entwertet. In dieser Hinsicht haben der Gemeinsame Bundesausschuss, G-BA, und die deutschen Bundegerichte leider eine verheerende Entwicklung eingeleitet: Der G-BA ist zwar „nur“ für die sozialrechtliche Zulassung zuständig. De facto aber kann ohne eine solche „GB-A-Anerkennung“ nur unter so extrem erschwerten und verteuerten Bedingungen (nämlich selbstzahlende Privatpatienten) die auch notwendigen Ausbildungstherapien organisiert werden, dass z. B. der Ausbildungsgang an der Universität Hamburg in Gesprächspsychotherapie (GPT) wieder eingestellt werden musste. Daher war mit dem obskuren Bewertungs-Verfahren im G-BA, an dessen Ende die Verweigerung der sozialrechtlichen Anerkennung der GPT stand, faktisch die gesamte Humanistische Psychotherapie in Deutschland administrativ entsorgt. Dass die Expertengruppe der Bundespsychotherapeutenkammer,

alles international renommierte Psychotherapieforscher, im „Psychotherapeutenjournal“ nur resümierend feststellen konnte: es „stellt sich heraus, dass der G-BA seine Beurteilung nicht auf der Grundlage des aktuellen Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse vorgenommen hat und so zu einem Ergebnis kommt, das weder von der Wissenschaft noch vom Berufsstand geteilt wird. Es erhebt sich der Verdacht, dass ein Interessenkonflikt vorliegt“ (Strauß et al. 2010, S. 160), nutze letztlich wenig: Die obersten Gerichte (Bundesverwaltungsgericht und Bundessozialgericht) entschieden letztlich aus formaljuristischen Erwägungen – sich auf die inhaltliche Sache einzulassen, hatten die Richter offensichtlich keine Lust – dass der G-BA juristisch gesehen faktisch beliebige Handlungsfreiheit hat und so willkürlich und wenig fachgerecht vorgehen darf.<sup>3</sup>

Juristisch so gestärkt nutzt der G-BA nun auch für den zweiten großen Bereich, die systemische Psychotherapie, bisher alle Möglichkeiten, um das Verfahren zu verschleppen. Angesichts solcher interessengeleiteten Willkür ist fraglich, wie weit nicht auch der dritte große Bereich – die psychodynamische Psychotherapie – in Deutschland administrativ entsorgt wird und letztlich eine Monokultur des vierten psychotherapeutischen Verfahrensclusters, der Verhaltenstherapie, übrig bleibt. Dass die Vertreter der psychodynamischen Psychotherapie, die in vielen wichtigen Gremien bedeutendes Mitspracherecht hatten, diese Entwicklung – aus welchen Gründen auch immer – mitgetragen oder gar mit gefördert haben, ist fatal. Allerdings ist dies nicht Thema dieses Beitrags.

Dass Gremien aus Funktionären, wie der G-BA, unter dem Einfluss o.a. massiver Lobbyarbeit nicht immer fachgerechte, am Wohl der Patienten orientierte Entscheidungen treffen, sondern interessengeleitete Dynamiken allzu oft die Oberhand gewinnen, ist wenig berichtenswert. Es ist allerdings ärgerlich, wenn diese Interessen nicht offen ausgefochten sondern mit „Wissenschaft“ und „EbM“ argumentativ verbrämt werden.

Zu hören ist auch oft das Argument, die Psychotherapie müsse sich mit dem Beleg ihrer Wirksamkeit eben dem Medizin-Sektor anpassen, wo längst EbM allgemeiner Standard sei. Doch auch diese Behauptung ist fragwürdig: So stellte der deutsche „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion

im Gesundheitswesen (SVR)“ noch in seinem Gutachten von 1999 klar, dass eine „Inventur des Evidenz-Bestands“ der Medizin sehr ernüchternd gewirkt habe, „weil sie aufzeigte, dass die Bereiche gesicherten Wissens in der Medizin sehr viel kleiner und die Grauzonen sehr viel größer sind als erwartet“. Gemäß einer Übersicht von 1992 zeigte sich, dass „nur etwa 4 % aller ambulant und stationär erbrachten Dienstleistungen dem Anspruch auf belastbare Evidenz genügen, 45 % genügen einfacheren Evidenzkriterien und für den ‚Rest‘ (rechnerisch 51 %) gibt es heute keine wissenschaftliche Evidenz“ (SVR 1999, S. 79).

Im Gegensatz zu der vom G-BA vertretenen Richtlinien-Psychotherapie, die ein strikt ätiologisches Krankheitsmodell fordert (Faber & Haarstrick 1999, S. 11 ff.) und eine „konditionalistische Betrachtungsweise“ (S. 13) von Krankheit ausdrücklich ablehnt, kommt der Sachverständigenrat zu einer ganz anderen Gewichtung: „Vor diesem Hintergrund bedarf das ätiologische Krankheitsverständnis einer Revision zugunsten eines konditionalen Krankheitsverständnisses, nach dem Krankheit wesentlich von den Lebensumständen, vom Lebensstil und der patientenseitigen Interpretation abhängt“ (SVR 1999, S. 68).

In diesem Kontext wies der SVR auf die generellen Probleme der Medizin als angewandter Naturwissenschaft hin und fordert explizit eine Ergänzung der evidence-based medicine durch die narrative-based medicine (NbM) (Greenhalgh 1999), die sich nicht auf Naturwissenschaften, sondern auf Phänomenologie und Hermeneutik stützt.

„Die Anwendung (der) Erkenntnisse verleiht ihr jedoch erst in einem System völlig anderer Denk- und Bewertungsstrukturen, nämlich dem Leben des individuellen Patienten und dem gesellschaftlich kulturellen Umfeld, ihren Sinn“ (SVR 1999, S. 66).

„In der NbM wird ärztliches Handeln als ein deutender Vorgang betrachtet, der narrative Fähigkeiten erfordert, um die ‚Geschichten‘ der Patienten und der Kliniker mit objektivierbaren medizinischen Befunden (z. B. Testergebnissen) zu verbinden. Die Akkumulation fallbezogener Erfahrungen (case expertise) befähigt den klinisch tätigen Arzt, bei der klinischen Entscheidungsfindung die angemessenste medizi-

nische Maxime auszuwählen. Unter case expertise ist hierbei die Fähigkeit des Arztes zu verstehen, die Geschichten und die ‚Krankheitsskripte‘ (aber auch die klinischen Anekdoten der Kollegen) zu verstehen und zutreffend zu deuten. Schwierigkeiten der Ärzte, wissenschaftliche Erkenntnisse im Kontext der klinischen Begegnung mit den Patienten angemessen umzusetzen, entstehen aus der Sicht der NbM vor allem dann, wenn das narrativ-deutende Paradigma aufgegeben wird und sich klinisches Handeln ausschließlich auf externe wissenschaftliche Evidenz stützt“ (SVR 1999, S. 67).

Entsprechend ergänzend zum ätiologischen Modell schlägt der SVR systemtheoretische Ansätze (z. B. das Situationskreismodell von v.Uexküll und Wesiack), insbesondere aber auch lebenswelt-theoretische bzw. phänomenologisch-hermeneutische Ansätze vor.

„Diese Denkrichtungen gehen über den systemischen Ansatz hinaus, indem den Prozessen im System nur eine Funktion innerhalb eines jeweiligen unter Umständen sehr engen Kontextes zugewiesen wird. Es geht darum, den subjektiven Krankheitswert und damit die Ebene des Krankheitserlebens des Patienten, ebenso wie die realen Konsequenzen einer Krankheit einzubeziehen. Die Bemühungen der Medizin, Lebensqualität als Folge von Krankheit oder auch einer Therapie zu erfassen, lassen sich hier zuordnen“ (SVR 1999, S. 69).

In einem späteren Gutachten kam der SVR zu folgender Aussage, was die „evidenzbasierten Leitlinien“ betrifft – Handlungsempfehlungen für Ärzte (und Patienten), um die wissenschaftlichen Erkenntnisse auch tatsächlich umzusetzen:

Es „besteht das prinzipielle Problem, dass die auf populationsbezogenen empirischen Befunden basierenden Leitlinien in ihrer praktischen Anwendung auf den individuellen Patienten bezogen werden müssen. ... Randomisierte, kontrollierte klinische Studien, die lediglich die Effektivität (und gegebenenfalls die Effizienz) einer Maßnahme unter artifiziellen Studienbedingungen (‘efficacy’) beschreiben, werden in vielen Fällen überbewertet“ SVR, (Gutachten 2003, S. 87)

## Resümee

Resümierend lässt sich sagen, dass EbM im Ansatz und in der Intention zwar prinzipiell positiv zu sehen ist, in der Praxis hierzulande aber durch Gremien wie z. B. den G-BA zunehmend entstellt und zweckentfremdet eingesetzt wird. Aus dem guten Anliegen, für Praktiker einen informativen Überblick über von ihnen schwer zu bewältigende Flut an Forschungsergebnissen bereit zu stellen, wurde missbräuchlich ein Instrument zur Selektion und Maßregelung entwickelt. Der Begriff „Evidenzbasierung“ ist so (wortwörtlich) zu einem Schlag-Wort verkommen, um inhaltliche Argumente und Diskurse zu unterbinden: Gut zwei Jahrzehnte nach Einführung von EbM durch die Gruppe um David Sackett, werden die eindringlichen Warnungen des Gründers (z. B. Sackett et al. 1996) ignoriert und oft eine entstellte Form, die lediglich RCT-Studien berücksichtigt, irreführend als „EbM“ ausgegeben.

Diese starke Betonung von RCT-Studien macht dort Sinn, wo experimentelle Designs dem Untersuchungsgegenstand angemessen sind – dies gilt neben der Apparate- und Pharmaforschung in der Medizin vor allem dann, wenn klar definierbare und operationalisierbare Programme angewendet werden können. Für Teile der Verhaltenstherapie und recht bedingt auch für andere Psychotherapieansätze ist das noch hinreichend gewährleistet. Für viele andere psychotherapeutischen Ansätze hingegen, die wesentlich auf der situationspezifischen und passungsgerechten Entfaltung von Prinzipien beruhen, ist diese Methodik weitgehend inadäquat. Die Reduktion von EbM auf RCT-Designs schließt somit nicht nur Teile wissenschaftlicher Methodik von vornherein aus (wie z. B. das gesamte Spektrum qualitativer Forschung) sondern enthält zusätzlich einen starken Bias für nur eine der vier zentralen psychotherapeutischen Grundorientierungen – nämlich für die verhaltenstherapeutische auf Kosten der psychodynamischen, humanistischen und systemischen Grundorientierung.

Auch aus Sicht des Allgemeinen Modell der Psychotherapie (AMP) von Orlinsky & Howard (1987), das international als Minimalkonsens über Wirkungskomplexität gilt, stellt eine auf RCT-Designs reduzierte EbM eine unzulässige Ver-

kürzung auf einen winzigen Ausschnitt dessen dar, was als zu berücksichtigende Einflussgrößen unter dem Begriff der „Passung“ in die Diskurse Einzug gehalten hat. Ignoriert werden in RCT-Designs weiterhin die essentiellen Auswirkungen von nicht-linearen Entwicklungsverläufen, welche aber (auch) für psychotherapeutische Veränderungen typisch sind.

Eingesetzt im Rahmen von „Evidenzbasierung“ werden weiterhin modellhafte Algorithmen der Metaanalyse. In diesen spielt das Konzept der „Effektstärke“ eine zentrale Rolle. Auf Grund dieser Begrifflichkeit nehmen viele Kliniker irrtümlich an, es handle sich dabei um ein Maß der klinischen Effektes von Interventionen – in Wirklichkeit aber geht es um die statistische Diskriminierung zweier Populationen, die nur unter bestimmten weiteren Bedingungen überhaupt so etwas wie klinische Effekte abbildet. Durch eine leider nicht untypische Mystifikation von numerischen Ergebnissen, die Computerprogramme geliefert haben, bleibt auch hier bisweilen der inhaltliche Sachverstand von Klinikern und Therapeuten auf der Strecke.

Insgesamt gesehen ist das Ausmaß an methodischem Unverständnis und faktischem Missbrauch der guten Idee von „Evidenzbasierung“ gerade auch von einflussreichen Gremien wie dem G-BA derart gravierend, dass EbM daher für die Bewertung von Psychotherapie sehr kritisch gesehen werden muss. Sie dient inzwischen wohl auch eher einer interessen-geleiteten Selektion bestimmter psychotherapeutischer Ansätze als der Information über den Stand wissenschaftlicher Forschung oder gar dem Wohl von Patienten.

### Anmerkungen:

<sup>1</sup> Zu finden unter [www.nrepp.samhsa.gov/pdfs/norcross\\_evidence-based\\_therapy\\_relationships.pdf](http://www.nrepp.samhsa.gov/pdfs/norcross_evidence-based_therapy_relationships.pdf), allerdings auch etwas erweitert als Buch (Norcross 2011) und, mit Wampold zusammen, auch Heft 1/2011 von Psychotherapy. (Seite 156)

<sup>2</sup> Siehe [www.cochrane.de](http://www.cochrane.de) (Seite 161)

<sup>3</sup> In der Tat muss bezweifelt werden, dass beim G-BA nur einfach Inkompetenz am Werk war, da er seiner „Prüfung“ ganz gezielt eine Definition des Verfahrens zugrunde gelegt hat, welche die einhellige Definition der Fachprofessoren ebenso wie die gängigen Lehrbücher einfach ignorierte.

Eine detailliertere Dokumentation ist unter <http://www.aghpt.de/index.php/texte/57-gba-skandal> zu finden. (Seite 162)

### Literatur

Asay T.P. & Lambert M.J. (1999). The Empirical Case for the Common Factors in Therapy: Quantitative Findings. In Hubble M., Duncan B.L. & Miller D. (eds.), *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association. Deutsch: Asay T.P. & Lambert M.J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: quantitative Ergebnisse. In: Hubble M., Duncan B.L. & Miller D. (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie* (S. 41–81) Dortmund: Verlag modernes lernen.

Faber F.H. & Haarstrick R. (1999). Kommentar Psychotherapierichtlinien. 4. Auflage. Neckarsulm: Jungjohann Verlagses.

Greenhalgh T. (1999). Narrative based medicine in an evidence based world, in: *BMJ* Vol. 318, 30.1.1999.

Kienle G. S. et al. (2003). Evidenzbasierte Medizin: Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? *Deutsches Ärzteblatt*, 100, C1688–C1692.

Kriz J. (1996). Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In: Hutterer-Krisch R. et.al.: *Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik*, Bd. 5 der „Serie Psychotherapie“ (Hrsg.: G. Sonneck), Wien: Facultas, 15–160.

Kriz J. (2000): Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie“. In: Hermer M. (Hrsg.): *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Tübingen: DGVT-Verlag, 43–66.

Kriz J. (2003): Gutachten über den Begriff der Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapie in: *Punktum. Zeitschrift des SBAP*, Zürich (Sonderdruck, Mai 2003).

Kriz J. (2006). Wie evident ist klinische Evidenz? In: Bührmann A. et al. (Hrsg.) *Gesellschaftstheorie und die Heterogenität empirischer Sozialforschung*. Münster, WD-Verlag, S. 32–43.

Kriz J. (2007): Wie lässt sich die Wirksamkeit von Verfahren X wissenschaftlich begründen? Versuch der Präzisierung einer methodologischen Hintergrunds-Kontroverse. *Psychotherapeutenjournal*, 6, 258–261.

Kriz J. (2008): Vermessene Wissenschaftlichkeit. Kritische Aspekte und bedenkliche Tendenzen des Methodenpapiers. *Psychotherapeutenjournal*, 7, 117–119.

Kriz J. (2011): Ohne ein wenig Weisheit geht es nicht. Plädoyer gegen den Reduktionismus in der gegenwärtigen Wirksamkeitsideologie. In: M. Wollschläger (Hrsg.). *Weisheit und Psychotherapie*. Tübingen: dgvt-Verlag, S. 95–122.

- Kriz J. (2012): Evidenzbasiertes Entscheiden – zwischen guter Theorie und missbräuchlicher Praxis. KERBE, Forum für Sozialpsychiatrie, H.1. 2012, S. 22–24.
- Kriz J. (2014): Aspekte „wissenschaftlicher“ Faktengläubigkeit – und ihr Nutzen. *geographische revue*, 16/1, S. 7–19.
- Norcross J.C. (2011). *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness*. Oxford University Press.
- Orlinsky D.E. & Howard K. (1987). A generic model of psychotherapy. *J. Integrative Eclectic Psychother* 6: S. 6–27. (Deutsch: 1988. Ein allgemeines Psychotherapiemodell. *Integrative Therapie* 4: 281–308).
- Perrez M. (1982a). Was nützt Psychotherapie? *Psychol. Rundschau*, 33, 121–126
- Perrez M. (1982b). Die Wissenschaft soll für die psychotherapeutische Praxis nicht länger tabu bleiben. *Psychol. Rundschau*, 33, 136–141.
- Plaum E. (1999). Weshalb fährt der IC 781 am 26. Geburtstag von Sabine M. um 13.49 Uhr mit einer Geschwindigkeit von 82,5 km/h durch den Bahnhof Eichstätt? Oder: Das Elend mit der Suche nach reinen Wirkfaktoren in einer hochkomplexen Realität. *Gestalt Theory*, 21, 191–207.
- Reinecker H. (1996). *Therapieforschung*. In: Margraf, Jürgen (Hg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer. 31–47.
- Sackett D.L. et al. (1996): Evidence based Medicine: What It Is and What It Isn't. *British medical journal*. 312, 71–72.
- Schelsky H. (1977). *Die Arbeit tun die anderen. Klassenkampf und Priesterherrschaft der Intellektuellen*. München: dtv.
- Schmacke N. (2006). *Evidenzbasierte Medizin und Psychotherapie: die Frage nach den angemessenen Erkenntnismethoden Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Medizinische Psychologie*, i.Dr.
- Seligman M.E.P. (1997): Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports-Studie, in: *Integrative Therapie* 22,4, 264–288 (amer. Original in: *American Psychologist* 50, 965–974.
- Srauß B., et al. (2010). Wie wissenschaftlich fundiert sind Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 160–168.
- SVR (1999): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Bd. II: *Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege*, BT-Drs. 14/5661 v. 21.3.2001.
- SVR (2003): *Gutachten 2003. Kurzfassung* (Quelle: Homepage des SVR)
- Westmeyer H. (1978). *Wissenschaftstheoretische Grundlagen der klinischen Psychologie*. In: Baumann, U. et al. (Hrsg.): *Klinische Psychologie – Trends in Forschung und Praxis*. Bern: Huber, 108–132.
- Westmeyer H. (1980). Zur Paradigmadiskussion in der Psychologie. In: Michaelis W. (Hg.), *Kongreßber. Dt.Ges.f.Psychol* S. 115–126.
- Zarbock G. (2010). Der Master in Psychologie als optimale Basisqualifikation für Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 125–129.

## 09 Wissenschaftsdiskussion vor Reformdiskussion: Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft

*Provokante Gedanken  
zur Selbstdefinition einer Profession*

Serge Sulz

„Auch wenn ich als Verhaltenstherapeut tätig bin und die Wissenschaft für eine mustergültige Untersuchungsmethode halte, verstören mich die Bemühungen um eine „Medikalisierung“ der Psychotherapie, ihre Reduzierung auf ein nach der somatischen Medizin gestaltetes Heilverfahren. Nach Untersuchung der psychosozialen Funktionen der Psychotherapie, ihres Werte-affinen Charakters, ihrer Rolle in der westlichen Tradition der Selbstbetrachtung und ihres Zusammenhangs mit der praktischen Alltagsexistenz des Menschen bin ich der Ansicht, dass sich die Psychotherapie durch eine unausweichliche Dimension auszeichnet, eine, die sämtlichen Bemühungen sie abzuschaffen widersteht. Ich bin fest davon überzeugt, dass wissenschaftliche Denkweisen eine entscheidende und aussagekräftige Rolle im psychosozialen Gesundheitswesen spielen, betrachte die Wissenschaft jedoch nur als eine Dimension in der Konstellation sozialer Praktiken, die die Psychotherapie umfasst.“

Robert L. Woolfolk (1998, xvii)

Diese Aussage erwartet man nicht von einem hochkarätigen Vertreter der Psychotherapieforschung, der u. a. das bisher bestevaluierte psychotherapeutische Inventarium zur Behandlung von somatoformen Störungen und Somatisierungen entwickelt hat – als „affektiv-kognitiv-behaviorale Therapie ACBT“ (Woolfolk & Allen, 2013).

Hier soll geprüft werden, ob zwei gegenwärtig mit großer Macht verfolgte Tendenzen hilfreich sind, um die Profession der PsychotherapeutIn und ihre Identität zu wahren und auszubauen. Die eine Tendenz besteht darin, Psychotherapie

zum Universitätsstudium zu machen und sie damit der Wissenschaft gleichzusetzen. Die zweite Tendenz besteht darin, die psychologische PsychotherapeutIn zur FachärztIn zu machen.

Seit 1999 gibt es per Gesetz die Psychologische Psychotherapie. Nach mehr als zwanzigjährigem Ringen sowohl in eigenen Reihen als auch mit dem Gesundheitssystem war es gelungen, diesen Beruf auf eine legale und anerkannte Position zu bringen. So wie früher die Verhaltenstherapie Eingang in die kassenärztliche Versorgung mit dem Argument erreichte, mit wesentlich kürzeren Therapien als die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie die Gesundung eines Patienten zu erreichen, so wurde auch jetzt die reine Wissenschaftlichkeit psychologischer Psychotherapie der Türöffner für dieses Gesetz. Diese so genannte Legaldefinition ist nun Segen und Fluch zugleich geworden. Denn sie verpflichtet psychologische PsychotherapeutInnen ausschließlich wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren in der Behandlung von PatientInnen mit psychischen und psychosomatischen Störungen einzusetzen. Damit war eine nur schwer überwindbare Barriere in Bezug auf die Entwicklung neuer Methoden und Verfahren aufgebaut worden. Wer diese Barriere beseitigen möchte, muss Psychotherapie neu definieren, z. B. als

*ein Interaktionsprozess zwischen einer ausgebildeten PsychotherapeutIn und einem psychisch oder psychosomatisch erkrankten Menschen, der dazu dient, nach einer Analyse der Entstehungsbedingungen und der die Krankheit aufrecht erhaltenden Faktoren zu einer dauerhaften möglichst weitgehenden Reduktion der Symptomatik und des durch sie hervorgerufenen Leidens zu führen, soweit dies mit den zum Zeitpunkt der Psychotherapie verfügbaren Interventionen möglich ist. Dazu gehören Maßnahmen der Rückfallprophylaxe, der Rehabilitation und der Prävention. Der grundlegenden Bedeutung der Beziehung wird dabei Rechnung getragen.*

Obleich die psychologischen PsychotherapeutInnen 1999 fast alle Ziele erreicht hatten, blieb eine Ungleichheit

bezüglich der Anerkennung und der Rechte gegenüber dem Facharzt. Das fängt bei der nie ganz sichergestellten Bezahlung psychotherapeutischer Leistungen an, geht über das Recht, Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen, zu einem Facharzt überweisen zu dürfen, in eine Klinik einweisen zu können, Rezepte zum Beispiel für Ergotherapie auszustellen, bis zum Recht, die Stelle einer OberärztIn oder ChefärztIn einzunehmen. Eine nahe liegende Strategie zum Erreichen dieses Ziels war, Ausbildung und Weiterbildung möglichst ähnlich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung zu machen. Wenn die ÄrztIn mit einem Medizinstudium begann, das ihr nach ihrem Staatsexamen die Approbation brachte, so soll nun an der Universität Psychologische Psychotherapie studiert werden und nach dem Staatsexamen mit der Approbation das sofortige Recht auf Heilbehandlung psychisch und psychosomatisch erkrankter Menschen erworben werden.

Durch diese frühe Approbation liegt die nachfolgende „fachärztliche“ Weiterbildung in der Hoheit der Landespsychotherapeutenkammern, die wie die Landesärztekammern die Inhalte der Weiterbildung zum psychologischen „Facharzt“ bestimmen. Die Parallelität wird nach dem Abschluss des Universitätsstudiums in der Weise fortgeführt, dass die sozialrechtliche Anerkennung heilberuflicher Tätigkeit an eine fünfjährige ganztägige Pflicht-Weiterbildung gebunden ist. Die approbierte psychologische PsychotherapeutIn bemüht sich nach dem Studium eine tariflich bezahlte Weiterbildungsstelle in einer Klinik, Ambulanz oder Praxis zu bekommen. Die tarifliche Bezahlung soll gesetzlich vorgegeben sein. Wenn der ganze Bildungsprozess genauso verläuft wie bei den ÄrztInnen, wird doch wohl niemand mehr den vollen Facharzt-Status mit allen oben genannten Rechten verweigern wollen? Oder doch?

Ich will jedoch mit meinen Betrachtungen nicht an der Front des berufspolitischen Kampfes einsetzen, sondern grundlegenden Fragen nachgehen. Es geht um die beiden Thesen:

1. Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft.
2. Psychotherapie ist etwas ganz anderes als ärztliches Handeln.

Wenn man die Veröffentlichungen Grawes nimmt (Grawe et al., 1994 und Grawe, 1998), so kann man daraus lesen, dass Psychotherapie zwar in der Psychologie aufgeht – er will sie umbenennen in „Psychologische Therapie“, aber nicht in der Wissenschaft, denn er konstruiert in seinem Buch einen Disput zwischen Wissenschaftler, Psychologe und Psychotherapeut (Grawe, 1998).

## **I. Von der Wissenschaft der Psychologie zur wissenschaftlichen Psychotherapie**

### **A Von der Philosophie zur Wissenschaft der Psychologie**

Wesentlichen Einfluss auf die Entstehung und Entwicklung der Psychologie als Wissenschaft hatten Ende des 19. Jahrhunderts John Dewey, William James und Charles Sanders Peirce. Sie waren eigentlich Philosophen, für die die Psychologie anfangs ein Instrument des Erkenntnisgewinns war.

*John Dewey*

– von der Philosophie zur Naturwissenschaft

John Dewey war Vertreter einer empiristischen Philosophie, die die Naturwissenschaften als wichtigen Zugang zu Erkenntnissen zugesteht, während andere darauf hinwiesen, dass ihre Forschung auf Grundbegriffen aufbaut, die selbst nicht wissenschaftlich entwickelt wurden, weshalb ihr Wahrheitsgehalt nicht beurteilt werden könne. Dieses Problem löst Dewey (2001), indem er naturwissenschaftlicher Erkenntnis rein hypothetischen Charakter zuweist. Durch den letztlichen Rückbezug auf die Theologie und auf absolute Erkenntnis habe die bisherige Philosophie naturwissenschaftlichen Fortschritt behindert. Vielmehr sei es notwendig, die a priori-Be-griffe bzw. Ideen nur noch unter dem Aspekt der Nützlichkeit zu bewerten: in einer Philosophie des Pragmatismus. Allerdings soll die Philosophie die Werte bestimmen, denen sich die Naturwissenschaften verpflichten soll. Dadurch bekommt sein Denken eine philosophisch-anthropologische Dimension (Dewey, 2001).

*William James*

– Wissen misst sich an seiner Nützlichkeit

Er begründete die amerikanische (natur-)wissenschaftliche Psychologie (u. a. James-Lange-Theorie der Emotionen). Seine Methoden waren Experiment, Introspektion und Komparation. Psychologie kann für ihn nur Wissenschaft sein, wenn sie ihre wissenschaftstheoretischen Bedingungen klärt und darlegt. Die Psychologie war für ihn zugleich Ausgangspunkt für die Verfolgung philosophischer Fragen zum Bewusstsein und zur Metaphysik im Rahmen einer einheitlichen Wissenschaft des Menschen. Gemeinsam mit Charles S. Peirce gilt er als Begründer des amerikanischen Pragmatismus, der die Wahrheit einer Aussage an deren Nützlichkeit misst (cash value). Eine nicht nützliche Aussage kann als falsch bezeichnet werden (James, 2006).

*Charles Sanders Peirce*

– Erkenntnis ist vorläufig, Wissenschaft erzeugt kein eigentliches Wissen

Charles Sanders Peirce gilt als der bedeutendste amerikanische Philosoph. Gemeinsam mit James begründete er den Pragmatismus als Gegenpol zum Positivismus, differenzierte jedoch seine Haltung im Sinne eines Fallibilismus, der besagt, dass jede Erkenntnis vorläufig ist und die empirische Wissenschaft kein eigentliches Wissen erzeugt. Später hat Karl Popper diese Aussage verschärft, in dem er feststellte, dass durch Induktion (das Vorgehen der empirischen Wissenschaft) keine Gewissheit hergestellt werden kann (Popper, 2013).

*Karl Popper*

– Fortschritt durch Ablösung alter durch neue Theorien in Grenzen

Die Psychologie als Wissenschaft entwickelte eine empirisch-naturwissenschaftliche Methodik, die sich jedoch weiterhin auf herrschende philosophische Positionen wie den Positivismus berief. Karl Popper war ein wichtiger Orientierungsgeber, der aber auch die Grenzen dieses Forschungsparadigmas sah.

Karl Popper schreibt allerdings auch bezüglich vorwissenschaftlichen Denkens: „Und wir vermuten, dass wissen-

schaftliche Forschung, psychologisch gesehen, ohne einen wissenschaftlich indiskutablen, also, wenn man so will, „metaphysischen“ Glauben an rein spekulative und manchmal höchst unklare theoretische Ideen wohl gar nicht möglich ist.“ (Popper, 1984, S. 13).

*Thomas Samuel Kuhn*

– Paradigmenwechsel durch wissenschaftliche Revolution

Kuhn (1989) wendet sich in seinem 1970 erschienenen Hauptwerk „Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen“ gegen Poppers Wissenschaftsverständnis, da in der Wissenschaftsgeschichte zu beobachten ist, dass wissenschaftliche Theorien nicht durch theoretisch nicht zu erwartende Gegenbeispiele (Anomalien) aufgegeben wurden, sondern durch Hilfskonstruktionen am Leben gehalten wurden. Erst eine starke Häufung von Anomalien lasse irrationale Widerstände und machtpolitische Abwehr (Besetzung von Lehrstühlen, Vergabe von Forschungsmitteln, Bestimmung von Publikationsorganen) erlahmen und führe zur Krise und zur wissenschaftlichen Revolution. Er teilt die Wissenschaft in Entwicklungsstadien ein: prä-paradigmatisch (noch ohne eine eigene Theorie) – normale Wissenschaft (mit einem dominierenden Paradigma) – außerordentliche Wissenschaft (das dominierende Paradigma lässt sich nicht mehr halten, es kommt zur Krise) – wissenschaftliche Revolution.

*Paul Feyerabend*

– wer nur eine Theorie und nur eine Methode zulässt, ist ideologisch

Feyerabend ist die Abfolge von einem herrschenden zum nächsten zu wenig Pluralität. Er fordert, konkurrierende Theorien gleichzeitig zu denken, sich nur einer zu verschreiben sei Ideologie. „Eine Wissenschaft, die behauptet, über die einzige richtige Methode und die einzig brauchbaren Ergebnisse zu verfügen, ist Ideologie ... Man mag sie lehren, aber nur denen, die sich entschlossen haben, sich diesen besonderen Aberglauben zu eigen zu machen.“ (Feyerabend, 1977, zitiert aus Kriz et al., 1996, S. 257).

Als leicht zugängliche Beispiele wissenschaftskritischer Aussagen zitiere ich Wedig Kolster, Hartmut Heuermann,

Thomas Slunecko, aus psychologischer Sicht Wolfgang Metzger und Norbert Bischof, bezogen auf die Verhaltenstherapie Fred Kanfer und Hans Westmeyer und aus psychoanalytischer Sicht Wolfgang Mertens.

*Wedig Kolster*

– Wahrnehmung kommt vor Wissenschaft

Kolster schreibt über eine „Kritik der Wissenschaft aus der Anerkennung der Wahrnehmung als Wissen“ (2011, S. 105f): „Die Einsicht, dass Wahrnehmung und Wissenschaft eigenständiges Wissen hervorbringen ... führt zu Folgerungen für das Verständnis einer Erkenntnis von Gegenständen. Eine erste ist: Wahrnehmung ist in der Lage, eine eigene „Evidenz und Kraft zu entfalten“, die keiner wissenschaftlichen Vermittlung bedarf. Als weitere Folgerung hat sich ergeben, dass Wissenschaft unsere Umwelt, in der wir leben, nicht vereinnahmen kann, auch wenn sie unverzichtbare Einsichten erschließt.“

*Hartmut Heuermann*

– Erforschen des Humanum statt Anhäufen von Sachwissen

Heuermann schreibt in seiner Wissenschaftskritik: „Die größte Paradoxie der zeitgenössischen Wissenschaft ist die, dass das imposante Wissen über die Dinglichkeit der Welt ein erschreckendes Nicht-Wissen über das Humanum in der Welt offenbart – das Humanum verstanden nicht als wissenschaftlicher Objektbereich unter anderen (über den Menschen als „Objekt“ wissen wir unglaublich viel), sondern als wissenschaftliche Aufgabe für eine Ermittlung der Bedingungen guten Lebens und der Arbeit an der Herstellung solcher Bedingungen.“ (Heuermann, 2000, S. 12f).

*Thomas Slunecko*

– Verstehen wie Wahrheit gesucht wird, statt Wahrheit suchen

Slunecko (1996) versucht einen „konstruktiv-realistischen“ Dialog zwischen Wissenschaftstheorie und Psychotherapie. Er sieht die Krise der Psychologie eher aus der Spannung zwischen Natur- und Geisteswissenschaft resultierend – als Dauerkrise, die weder das Ende noch der Beginn

einer wissenschaftlichen Ära darstellt. Aus der Perspektive des Konstruktiven Realismus Wallners (1992), der sich nicht gegen vorherrschende Theorien wendet, sondern ihre Hintergründe, ihre Entstehung und ihre Vorgehensweise analysiert und verständlich macht. Nicht ob die Theorie wahr ist, interessiert, sondern wie sie Wahrheit konstruiert. Statt Psychotherapie mit den Methoden der Psychologie und der Medizin wissenschaftlich zu untersuchen, empfiehlt er eine eigene Wissenschaft der Psychotherapie – statt von einer nomologischen von einer autopoietischen Realität, die dem Prinzip der Selbststeuerung folgt, auszugehen (vergl. Schiepek und Sulz, 2010). Statt wie Grawe (1998) über den kleinsten gemeinsamen Nenner psychotherapeutischer Orientierungen und Schulen eine allgemeine Wahrheit zu suchen, sieht er im bestehenden Dissens eine Ressource, da aus jeder Perspektive etwas gesehen wird, was der anderen verborgen bleibt. Als Beispiel nennt er die in den USA beliebten caseconferences, bei der Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Orientierung über einen konkreten Fall diskutieren. Im therapeutischen Prozess beschreibt er, wie der Perspektivenwechsel durch Verfremdung zum Kontextwechsel wird, der zu Veränderung führt.

*Wolfgang Metzger*

– wider einen wissenschaftlichen Reduktionismus

Wolfgang Metzger war der Theoretiker der Gestaltpsychologie, der gegen behavioristische und positivistische Theorien argumentierte. Er wendet sich dagegen, die Realität auf das zu reduzieren, was in das eigene Theoriegebäude passt und den Rest zu ignorieren, „daß man nicht nur fragwürdige Vermutungen, sondern auch handgreifliche Tatsachen aus allerlei Gründen einfach hinwegbeweist: weil man in seinem System der Psychologie oder der Wissenschaften überhaupt, ohne sie auszukommen glaubt; weil darin kein Platz für sie vorgesehen ist; weil sie gewisse, mehr oder weniger willkürliche Voraussetzungen nicht erfüllen.“ (Metzger, 1968, S. 9) Hier kann man Goethe zitieren:

*Das schönste Glück des denkenden Menschen ist,  
das Erforschliche erforscht zu haben  
und das Unerforschliche ruhig zu verehren.*

*Norbert Bischof*

– sozialpsychologische Kritik der mainstream Psychologie

Bischof setzt an den Beginn des Psychologiestudiums die wissenschaftskritische Auseinandersetzung und stellt die Frage nach dem Nutzen für die spätere Berufstätigkeit: „Nützt ihm oder ihr dazu die Beschäftigung mit der wissenschaftlichen Psychologie? ... Ist nicht vielmehr das meiste, was dem im Beruf tätigen Psychologen später an Kompetenz zuwächst, aus seiner praktischen Erfahrung im Umgang mit Menschen hervorgegangen?“ (Bischof, 2008, S. 36).

Bischof fasst seine sozialpsychologische Kritik der Mainstream-Psychologie und des Wissenschaftsbetriebs sowie dessen Resistenz gegen notwendigen Wandel in ein Bild: „Wo die Menge einem blinden Ratgeber folgend in eine falsche Richtung wandert und zeitraubende Umwege macht oder in Sackgassen gerät, nützt es dem Einzelnen wenig, wenn er eine Erfolg versprechende Abkürzung entdeckt hat, sich von der Gruppe trennt und viel früher als die anderen am Ziel ist. Er mag rufen so laut er will, man wird ihn nicht hören. Und wenn dann nach zwanzig Jahren die Karawane ebenfalls staubbedeckt und dezimiert angekommen ist, dann wird sie nur diejenigen aus den eigenen Reihen honorieren, die die letzten paar Schritte zum Ziel angeführt haben.“ (Bischof, 2008, S. 575).

*Hans Westmeyer*

– Wissenschaft kann nur technologische Regeln bereit stellen

Westmeyer bezog sich auf die klassische Verhaltenstherapie, die aus der Lernpsychologie hervorgegangen ist. Er sah es als einen Irrtum, sie als reine Anwendung der Forschungsergebnisse der Lernpsychologie und der Lerntheorien zu definieren. Diese können nur „technologischer Regeln“ bereit stellen, aber nicht den gesamten Therapieprozess und Therapieablauf vorherbestimmen (Westmeyer, 1978, 1980).

*Fred H. Kanfer*

– Wissenschaft und Praxis als Ufer eines Flusses

Kanfer lernte bei Skinner und widersetzte sich dessen purem Umweltdeterminismus. Sein Selbstmanagement-Ansatz, bei dem die Ziele vom Klienten kommen, hat Ähn-

lichkeiten mit der „prescribedpsychotherapy“ von Beutler und Harwood (1995). Sein Schlagwort des „scientist-practitioner“ erläutert er so: „Wissenschaftliches Arbeiten bzw. klinische Praxis sind zwei Seiten eines Flusses – zwei Ufer. Ich glaube, dass es wichtig ist, dass Forscher wie Praktiker dauernd über die Brücke gehen. Sie wohnen zwar auf einer Seite des Flusses, aber sie sollten ab und zu mal ’rüber und sich angucken, was auf der anderen Seite da ist, was ihnen helfen kann. Ich meine damit, sie können nicht gleichzeitig beides sein, d. h. im selben Moment. Sie müssen sich aber fragen, ob das, was sie als Therapeuten praktisch machen, auf irgendetwas beruht, das wissenschaftlich unterstützt wird oder mindestens konsistent ist mit unseren wissenschaftlichen Daten und Experimenten. Und nicht einfach, weil es ein guter Einfall ist oder weil es jemand irgendwo gelesen hat. Auf der anderen Seite, wenn ich klinische Arbeit mache, bin ich nicht Wissenschaftler, d. h., ich kann nicht experimentieren, um Daten zu sammeln.“ (Kanfer, 2014 in einem Interview von 2002).

*Wolfgang Mertens*

– Forderung nach vier Ebenen der empirischen Datenerhebung

In einem Themenheft über Qualitative Sozialforschung nimmt Mertens (2007) Stellung zum Hauptartikel von Reichertz (2007). Er schreibt, dass quantitative Forscher einfach die wissenschaftlich unverzichtbare mühsame qualitativ forschende Vorarbeit weglassen, so dass in der Variablenauswahl, Variablendefinition und Skalierung unreflektierte, subjektive Voreingenommenheiten enthalten sind. Er verweist auf das unvermeidliche „hermeneutische Nadelöhr“ im Sinne von Frommer und Hempfling (1995). Er verweist darauf, dass qualitativ erhobene Daten oft im zweiten Schritt quantifiziert werden, so dass der Unterschied zwischen den beiden Forschungsparadigmen nicht durch das Begriffspaar „qualitativ versus quantitativ“ gekennzeichnet ist. Vielmehr „wäre es eine Möglichkeit, von empirisch-positivistischen und empirisch-hermeneutischen Methoden zu sprechen, um damit deutlich zu machen, dass herkömmliche quantitative Methoden ganz im Sinne des Positivismus die theoretischen und interpretativen Voraussetzungen vernachlässigen, die

zur Datengenerierung führen, während qualitative Methoden, der zumeist gemeinsam konstruierten Realität/Empirie näher kommen, weil die Selektivität der Wahrnehmung von Wirklichkeit expliziert wird, während bei den herkömmlichen quantitativen Methoden die Selektionskriterien des Forschers unbenannt bleiben ...“ (Mertens, 2007, S. 253). Psychoanalytische Theorie und analytische Psychotherapie verlangen zusätzlich eine methodische Annäherung auf mehreren Ebenen: „Diese können erstens als Ebene des nichtbewussten und nicht reflexiven reziproken, komplementären und nicht-komplementären Tuns beschrieben werden; zweitens als Ebene einer größtenteils nichtbewussten Affektansteckung und des gemeinsamen Teilens intensiver Gefühlszustände; drittens als ein Beziehungserleben, das von früheren Beziehungserfahrungen geprägt ist und das nur teilweise im Rahmen des deklarativen Gedächtnisses als „Übertragung“ bewusst wird; und viertens die bewusste, reflexive, symbolische Kommunikation mit dem Anderen, der als eigenständiges Subjekt anerkannt wird (vgl. Mitchell, 2003).“ (Mertens, 2007, S. 254).

## **B Von der Psychologie zur wissenschaftlichen Psychotherapie**

Nach diesen grundsätzlichen Positionierungen zu Wissenschaft allgemein, zur Psychologie als Wissenschaft und zum wissenschaftlichen Verständnis von Psychotherapie kommen nun Autoren zu Wort, die anhand spezifischer Themen in diese Diskussion eintreten:

*Seehagen et al. (2012)*

– Psychotherapeuten müssten sich mehr an RCT-Studien und Manualen orientieren

In ihrer Übersichtsarbeit „Psychotherapie und Wissenschaft – Harmonie oder Dissonanz?“ gehen Seehagen et al. (2012) der Frage nach, weshalb so wenig PsychotherapeutInnen standardisierte Interventionen anwenden, deren Wirksamkeit durch RCT-Studien belegt ist. Sie zitieren mehrere Studien, die ergaben, dass praktizierende PsychotherapeutInnen in ihrer Therapieplanung zu wenig wissenschaftliche Publikationen berücksichtigen und daher auch zu wenig evidenzbasierte

Therapien einsetzen (Stewart & Chambless, 2010). Sie verlassen sich hauptsächlich auf ihre eigene Erfahrung und ihr klinisches Urteil, obwohl sie im Vergleich zu einem Fragebogen ihren Therapieerfolg signifikant schlechter vorhersagen konnten (Hannan et al. (2005): 0.04 % versus 77 %). Nelson und Steele (2008) berichten, dass Evidenzbasierung über RCT-Studien als Entscheidungskriterium nur den siebten Platz belegte, während die Bewährung einer Behandlung im Feld der Patientenversorgung zweitwichtigstes Kriterium war („effectivenessresearch“). Entsprechend weisen Chambless und Hollon (1998) darauf hin, dass es notwendig ist, die praktische Relevanz der RCT-Forschung durch Feldstudien zu belegen. Demgemäß kommen Seehagen et al. (2012, S. 305) zu dem Schluss, „dass Praxis und Forschung keine Gegensätze darstellen, sondern füreinander da sind und sich gemeinsam stärken.“ Sie gehen allerdings davon aus, dass mehr Manu- altreue das Problem lösen würde.

*Hansjörg Znoj*

– Grenzen der Psychologie

Znoj (2013, S. 37) schreibt in dem von ihm und Berger herausgegebenen Buch „Die Kunst und Wissenschaft der Psychotherapie“ über die Grenzen der Psychologie: „Freiheit im Denken, Handeln und Fühlen bedarf einer eigenen Ethik, welche dem wachsenden Anspruch nach Individualität gerecht werden muss. Inwieweit gesellschaftliche Normen diesen Anspruch erfüllen können oder welcher Formen gesellschaftlichen Zusammenlebens in Zukunft dieser individuellen Entwicklung Rechnung tragen können, ist eine offene Frage und stellt eine Aufgabe, die die Psychologie allein nicht zu lösen vermag.“

*Cooper McLeod*

– flexibles Eingehen auf den individuellen Patienten statt Manualtherapie

Während RCT-Outcome-Studien über Therapien berichten, in denen jeder Patient einer Experimentalgruppe die gleiche Behandlung erhielt und die gleiche Behandlung Gewähr für die Wirksamkeit war, berichten Cooper und McLeod (2007) über Studien, die zeigten, dass das flexible

Eingehen auf die individuellen Therapiewünsche des Patienten sowohl die therapeutische Beziehung festigten, die Drop-out-Rate sank und auch das Outcome besser wurde (z. B. Tryon & Winograd, 2002). Andererseits zeigten King et al. (2000), dass Patienten, die zufällig einer Therapiemethode zugeordnet wurden, nicht schlechter abschnitten als solche, die ihre Wunschtherapie erhielten.

Cooper und McLeod (2007) versuchen, die Einengung durch festgelegte inhaltliche Forschungsparadigmen und durch Therapieschulen sowie der Sackgasse von Integrationsismus und Eklektizismus durch einen „pluralistische“ Heuristik in der Psychotherapie zu überwinden, indem sie Ziele, Aufgaben und Methoden im Einzelfall ganz dem Ergebnis einer Metakognition, einem Verhandeln zwischen Patient und Therapeut überlassen (Lee, 2006). Sie verweisen auf Castonguay und Beutler (2006), die die Überwindung von Forschungsparadigmen fordern, die sich bezüglich der Wirksamkeit auf ein Entweder-Oder konzentrieren und nicht das „Und“ prüfen.

### *Jürgen Kriz*

– Gegen das RCT-Paradigma  
als wissenschaftliche Effekthascherei

Kriz (2000, S. 43; vergleiche auch Kriz, 1996) beginnt seinen Aufsatz mit dem Wunsch, dass „die Mystifikation und der Mißbrauch des Attributes „wissenschaftlich“ eingedämmt werden.“ Er analysiert den wissenschaftlichen und klinischen Wert psychotherapeutischer Forschung nach dem RCT-Paradigma, an dem die Forscher in Deutschland hängen geblieben sind, während in USA die wissenschaftliche Entwicklung weiter ging. Eine Zäsur brachte Seligman (1995, 1997) Bericht über die Consumer Studie, die die Bedeutung der bislang als goldener Wissensstandard geltenden RCT-Forschung (efficacy-Studien) relativierte und die Notwendigkeit von effectiveness-Studien als Feldforschung aufzeigte.

Kriz (2007, S. 3) zitiert Seligman (1997): „Durch diese Studie wurde mir klar, dass die Entscheidung, ob eine bestimmte Methode unter streng kontrollierten Bedingungen einer anderen Methode oder der Kontrollgruppe überlegen ist, etwas anderes ist als die Frage nach dem, was in der Praxis

wirkt (...). Ich halte „Efficacy“-Studien seitdem nicht mehr für die einzige, ja nicht einmal für die beste Möglichkeit, um festzustellen, welche Methoden in der Praxis tatsächlich wirksam sind. Ich bin zu der Überzeugung gekommen, dass „Effektivens“-Studien, mit denen die Erfahrungen der Patienten unter den realen Bedingungen in der Praxis erhoben werden, eine brauchbare und glaubwürdige „empirische Validierung“ von Psychotherapie und Medikation ermöglichen“.

Auch Strupp (1996) änderte seine Haltung gegenüber der outcome-Forschung und zweifelte am Wert der gruppenstatistischen Designs, weil sie der Einzigartigkeit der Therapeut-Patient-Beziehung nicht gerecht werde. Henry (1998), der die Vanderbilt-Studie leitete, sprach deutlich seine Befürchtung aus, dass die gegenwärtig angewandten Wissenschaftsparadigmen der Psychotherapie schaden.

Kriz wirft der deutschen klinisch-psychologischen Universitätsforschung vor, sich vom eigentlichen Wesen der Wissenschaft zu entfernen: „Nach gängigem Verständnis besteht nämlich eine der wichtigsten Aufgaben von Wissenschaft darin, Denk- und Handlungsräume von Menschen zu erweitern. Dazu ist es dienlich, möglichst umfangreiche Erkenntnisse über die Welt zu sammeln – oder auch aktiv zu generieren – und in Verstehenszusammenhänge einzubetten. Wesentlich für ein wissenschaftliches Vorgehen ist dabei, Alternativen in Fragestellung und Herangehensweisen nicht zu vermeiden, sondern diese in offensiver Weise möglichst zu erweitern und (dann!) kritisch zu diskutieren. Dazu gehört auch, daß die eigenen stillschweigenden Vorannahmen und damit die methodologischen und methodischen Voraussetzungen reflektiert und diskutiert werden. Wissenschaft sollte sich als Anwalt für eine Pluralität vieler unterschiedlicher Perspektiven verstehen, zumindest ideologischen Verengungen trotzen und einen möglichst großen Teil der „Welt“ durch eine Vielzahl an Fragestellungen sowie Methoden für deren Untersuchung für die Allgemeinheit erschließen.“ (a. a. O. Seite 43). In diese Kritik bezieht er auch die statistischen Methoden ein (z. B. die begrenzte Aussagekraft von Effektstärken bei Outcome- und Metastudien): „Solange wir in der Erforschung und wissenschaftlichen Debatte, was überhaupt unter Psychotherapie-Effekten zu verstehen ist, so weit am

Anfang stehen, kann die großangelegte und wissenschafts-politisch brisante „Sammlung“ von Effekten eben nur Effekt-Hascherei sein.“ (Kriz, 2000, S. 60).

Das Universitätsstudium der Psychologie sieht er als mangelhafte Vorbereitung auf die Psychotherapie-Ausbildung: „So gut die Ausbildung von Psychologiestudenten im klas-sisch-experimentellen Paradigma und dessen Ergebnissen ist: Die vermittelten Kenntnisse über Alternativen, die gerade das Verständnis von Psychotherapieprozessen vertiefen könnten sind schlichtweg mangelhaft. Und sie bekommen nicht einmal in hinreichendem Maße die Kompetenz, das klassisch-experimentelle Paradigma immanent kritisieren und hinterfragen zu können.“ (Kriz, 2010, S. 138; vergl. Nestoriuc et al., 2012).

#### *Dirk Revenstorf*

– Wider das RCT-Paradigma als Goldener Standard der Psychotherapieforschung

Revenstorf (2005) konzentriert sich mit seinen Aussagen auf die RCT-Forschung:

- Psychotherapeutische Prozesse sind nomothetisch (empirisch naturwissenschaftlich) nur unzureichend erfassbar, dies ist nur ideographisch möglich (geistes-wissenschaftlich-hermeneutisch).
- Psychotherapeutische Interventionen wirken nicht monokausal, sondern multikausal, vernetzt, zirkulär auf Beziehungsebene.
- Während z. B. die Physik das deterministische mono-kausale Denken hinter sich gelassen hat, verharrt die Psychologie in einer mechanistischen Denkweise.
- Psychotherapeutische Themen haben eine existentielle Dimension und sind nicht ausreichend operationalisier-bar und messbar.
- Zu viele Probanden in psychologischen Studien sind Psychologiestudenten, Patienten in Universitätskliniken oder melden sich auf Annoncen.
- Die Stichprobendefinition der monosymptomatischen Patientengruppe entspricht nicht der Realität mit 70 % Komorbidität.
- Hauptwirkfaktor ist die Überzeugtheit des Therapeuten

von der Wirksamkeit seiner Therapie. Dies trifft für die Vergleichsgruppe nicht zu.

- Auf eine veröffentlichte Studie, die Wirksamkeit nachweist, kommt eine größere Zahl von nicht veröf-fentlichten Studien, bei denen sich keine Wirksamkeit herausstellte (File-drawer-Problem).
- Efficacy sagt nichts über Effectiveness aus, also über die Wirksamkeit in der alltäglichen Routine-Versorgung realer Patienten (externe Validität).

Er fasst zusammen (a. a. O. Seite 30): „Das RCT-Design, das als Kuckucksei aus der Medikamentenforschung für die Therapieforschung übernommen wurde, kann hier nicht das leisten, was es verspricht. Denn eine medizinische Stö-rung sieht im Labor so aus wie in der Praxis, die Anwendung der Medikation bleibt in beiden Situationen gleich, und ein Verum unterscheidet sich äußerlich nicht vom Placebo. Das alles ist in der Psychotherapie nicht gegeben: Daran scheitert die Übertragung des RCT-Designs in der beschriebenen Art. Aber die Kritik des medizinischen Modells in der Psycho-therapieforschung geht weiter. Während sich die Pharma-forschung auf die rationale Analyse begrenzen kann, reicht das für Erfassung und Heilung psychischer Probleme nicht aus. Die besinnungslose Reduktion auf das Messbare ist eine unzuläs-sige Verkürzung der Kartografie menschlicher Probleme, und die Rückbesinnung auf das Subjektive als den Ursprung von Erkenntnissen erscheint mir unvermeidbar.“

#### *Eva Jaeggi*

– Qualitative Forschung statt RCT-Forschung und medizinisches Modell

Eva Jaeggi spricht zwei Themen an, Forschung und /oder Praxis einerseits und das medizinische Modell mit dem Ziel der Heilung andererseits. Erstens:

Es gibt viele verschiedene Erklärungen der Entstehung psychischer Erkrankungen, die zu vielen verschiedenen psy-chotherapeutischen Verfahren und Methoden führen, welche dann aber in ihrer Wirksamkeit nicht verschieden sind. Diese Tatsache verunsichert Psychotherapeuten und macht ihnen Angst. Um eine innere Sicherheit bezüglich der Richtigkeit

eigenen therapeutischen Handelns wieder herzustellen, schlägt Eva Jaeggi folgendes vor:

„Der Schritt zurück von der eigenen Tätigkeit, der diese Tätigkeit eher zum offenen Forschungsfeld als zum verteidigten Besitz macht, ermöglicht ein Offenhalten des Interesses und natürlich auch eigener Experimentiermöglichkeiten. ... Diese Art des Herangehens verleiht dem Psychotherapeuten zugleich die Ernsthaftigkeit des reflektierenden Forschers und die Freude des experimentierfreudigen Praktikers, der seine intellektuelle Neugier befriedigen kann.“ Jaeggi, 2000, S. 23f)

Und zweitens: „Die enge Verbindung des Psychotherapeuten mit den Krankenkassen hat das zweischneidige Image der Psychotherapeuten noch verschärft. Hier soll auf institutionell-politische Weise die changierende Qualität des Therapierens ins klare Licht eines medizinischen Modells gehoben werden: Heilung von Krankheit ist die Devise, die naturwissenschaftlich orientierte Medizin das Vorbild. Ungeachtet der Tatsache, daß auch die Körpermedizin in den meisten Fällen nicht von absoluter Heilung spricht, ist es doch die Illusion, der man anhängt.“ (a. a. O. S. 37).

In ihrem Aufsatz „Kritische Psychologie und Kritik der Psychologie“ weist sie darauf hin, dass Inhalte und Methoden der psychologischen Forschung eher von der historischen Situation und der aktuellen Akzeptanz der bestimmenden Forschergruppen abhängen als vom Forschungsgegenstand (Jaeggi, 2002). Daraus lässt sich die Kritik des Wissenschaftsverständnisses der heutigen Klinischen Psychologie ableiten: Die dominierende empirisch-naturwissenschaftliche Ausrichtung heutiger Forschung mit dem goldenen Standard des RCT-Designs wird zwar der historischen Situation der Forschung gerecht, vernachlässigt aber wesentliche Methoden und Forschungsinhalte, so dass sie sich selbst in den Möglichkeiten ihres Erkenntnisgewinns beschneidet.

#### *David Orlinsky*

– Wider das technokratisch-medizinische Modell

Orlinsky (2013, S. 224) schreibt: „Das Modell der Psychotherapie als ein technisches Verfahren entspricht einer medizinischen oder pharmakologischen Perspektive. Es stimmt

gut überein mit den Annahmen von Behörden und Ministerien, welche das Forschungs- und Gesundheitswesen unterstützen und entsprechende Dienstleistungen finanzieren. Im weiteren Sinne passt es auch zu den individualistischen, objektivistischen und mechanistischen Annahmen der „modernen Kultur“, von der ich glaube, dass sie dafür verantwortlich ist, dass trotz wissenschaftlicher Evidenz immer noch am technokratischen Modell festgehalten wird. Die implizite Plausibilität des medizinischen Modells innerhalb dieses kulturellen Kontextes erklärt die Beharrlichkeit, mit welcher trotz widersprüchlicher wissenschaftlicher Befunde daran festgehalten wird.“

#### *Hill und Castanguay*

– Eigene Emotionale Erfahrung durch Selbsterfahrung und Supervision

Hill und Castanguay (2013, S.149) schreiben in ihrem Aufsatz über korrektive Erfahrungen (CE) in der Psychotherapie: „Mit Blick auf die psychotherapeutische Praxis möchten wir anfügen, dass CEs generell wünschenswerte Ereignisse sind, die bestärkt und erleichtert werden sollten. Therapeuten müssen sich aber bewusst sein, dass sie Klienten dabei helfen sollten, mit den potenziell sehr starken Erfahrungen umzugehen, die durch CEs ausgelöst werden. In der Therapieausbildung könnten Auszubildende bezüglich korrekativer Erfahrungen befragt werden, die sie als Klienten in der Selbsterfahrungstherapie, als Supervisanden in der Supervision oder im Privatleben gemacht haben. Indem sie verstehen, wie sich CEs anfühlen, könnten sie sich bei der Arbeit mit CEs bei Klienten sicherer fühlen.“

#### *Stella Reiter-Theils*

– Die Entwicklungsstufe des Therapeuten limitiert den Therapieerfolg

Hutterer-Krisch (1996) zitiert Reiter-Theils (1988) Untersuchung des Einflusses der Entwicklungsstufe, auf der sich die Persönlichkeit des Therapeuten befindet, auf die Therapie. Der Therapeut sollte sich mindestens auf der gleichen Stufe befinden wie sein Patient, da bei einer Höherentwicklung des Patienten das Wesentliche der übernächsten Stufe von ihm

nicht mehr verstanden werden kann. Je ähnlicher Patient und Therapeut hinsichtlich des Entwicklungsstands ihrer Persönlichkeit sind, umso wahrscheinlicher überträgt der Therapeut seine Beziehungsproblematik auf den Patienten. Er hält es deshalb für wichtig, dass Selbsterfahrung und Supervision für diese Vorgänge sensibilisieren.

*Michael Buchholz*

– Psychotherapie ist wissenschaftsbasiert,  
ist aber mehr als Wissenschaft

Buchholz (2000, S. 3) schreibt: „Die zentrale These lautet, psychotherapeutische Praxis sei weder Wissenschaft noch angewandte Wissenschaft, sondern Profession. Psychotherapie wird demgegenüber bestimmt als zwar a) wissenschaftsbasiert; b) aber sie thematisiert existentielle Probleme immer in c) intimisierter Interaktion. Ihre besondere Leistung besteht daher im individuellen Zuschnitt. Psychotherapie kann deshalb allgemein nicht definiert, wohl aber individuell realisiert werden. Ihr steht Wissenschaft zur Seite (Stein, 1979) oder sie hat Wissenschaft in ihrer Umwelt (Reiter & Steiner, 1996). Das gegenwärtige Problem im Feld der Psychotherapie resultiert aus der veralteten hierarchischen Vorstellung, wonach Wissenschaft über den Professionen stehe. Dieser Anspruch wird zurückgewiesen. Wissenschaft kann Professionen basieren und irritieren, nicht aber determinieren. Diese Einsicht bricht sich allmählich auch in der Wissenschaft Bahn. Gefordert wird, die Autonomie der Psychotherapie gegenüber ihren (wissenschaftlichen, wirtschaftlichen, rechtlichen und anderen) Umwelten zu behaupten, ohne deshalb wissenschaftsfeindlich zu werden.“

Er zitiert Argelanders Studie zum Erstinterview (1966), bei der die Videoanalyse ergab, dass die Psychoanalytiker einer klugen Intuition folgten, während sie dachten, dass sie sich an eine Theorie halten. Er verweist auch auf die Beobachtungen von Krause und Mitarbeitern (1998), dass Therapeuten ihr Handeln, dessen Zweck und Wirkung nicht richtig einschätzen. Oder: was und wozu Therapeuten handeln ist etwas ganz anderes als das, was sie glauben, zu tun.

Er schreibt (a.a.O. S. 9): „Wenn ich mich nun weiter dem systematischen Argument zuwende, um die These zu

begründen, dass Professionen „Mehr“ sehen als empirische Forschung, dann muß man darauf verweisen, dass empirische Forschung in aller Regel mit einer zeitlichen Verzögerung von etwa 20 Jahren sich der Themen annimmt, die aus der professionellen Praxis formuliert wurden.“

Und (a. a. O. S. 10): „Daraus dem Professionellen den Vorwurf zu machen, er arbeite unwissenschaftlich, zeugt von wenig Kenntnis.“

Zuletzt: „Die Arbeiten von Donald Schön (1983, 1991; Schön & Rein, 1994) haben in aller Klarheit gezeigt, dass Professionelle – darunter sind Manager, Lehrer, Ärzte, Ingenieure, aber auch psychotherapeutische Supervisoren zu verstehen – offenbar völlig andere kognitive Ressourcen nutzen als Wissenschaftler.“

Er kommt so zu einer Umschreibung von Psychotherapie (a. a. O. S. 13):

„Ich schlage demgegenüber vor, Professionen als wissenschaftsbasiert anzusehen. Psychotherapie ist ein soziales Ereignis, sie ist nicht Anwendung von wissenschaftlichem Wissen; sie ist eine in jedem Fall einzigartige Veranstaltung, die nicht auf (Behandlungs-) Technik reduziert werden kann und diese Einzigartigkeit beschreibt man am besten als Interaktion, die eine Interaktion der Bilder einschließt. Ich gewinne damit die folgenden Komponenten der Professionsbestimmung: Sie ist wissenschaftsbasiert, aber nicht wissenschaftsdeterminiert; sie ist immer individuell realisierbar, aber nicht allgemein definierbar; sie beschäftigt sich mit existenziellen Problem in einer intimisierten Interaktion. Sie braucht die Person.“

Sein Fazit für die Beziehung zwischen Universität zur Psychotherapie (a. a. O. S. 14):

„Wo die Wissenschaft das höherwertige Wissen beansprucht, entsteht derzeit eine fatale Situation, wenn Universitätsinstitute klinische Ausbildungen anbieten, diese im Vergleich mit anderen evaluieren werden und man dann nach allen Erfahrungen jetzt schon voraussagen kann, wie die Ergebnisse ausfallen werden. Das ist, als würden auf dem Fußballplatz die Schiedsrichter mitspielen wollen und gleichzeitig darunter leiden, dass Schiedsrichter ja nicht gewinnen können. Was wollte man auch gewinnen? Ich plädiere gegen eine

Unterordnung der Profession unter die Wissenschaft und für ein Nebeneinander von beiden; das vermeidet unnötige Konkurrenz, fördert aber Kontroversen und insgesamt die Kommunikation.“

## II. Ist Psychotherapie mehr als Wissenschaft?

Auf diesen vielfältigen Diskussionsbeiträgen aufbauend kann nun weiter der Frage nachgegangen werden, ob Psychotherapie mehr als Wissenschaft ist.

Psychologische Psychotherapie ist ein akademischer Beruf. Akademisch meint, dass eine Hochschulbildung Voraussetzung ist, aber nicht dass der Beruf an der Hochschule erlernt werden muss. Es muss auch unterschieden werden zwischen einem Hochschulstudium mit dem zugehörigen akademischen Abschluss und dem später ausgeübten Beruf. Das frühere Diplomstudium in Psychologie führte zwar zu sehr breit gefächertem Wissen und Kompetenz, aber es war keine Berufsausbildung. Diplom-PsychologInnen übten so viele verschiedene Berufstätigkeiten aus, dass es unmöglich gewesen wäre, einen Beruf zu definieren, in den dieses Studium einmünden sollte. Generell kann gesagt werden, dass eine große Zahl von Studiengängen nicht zu einem ausreichend engen umschriebenen Beruf führen. Es gibt aber Studiengänge, die sehr gezielt zu einem Beruf hinführen: einerseits das Ingenieurstudium inklusive Architektur, andererseits Pharmazie, Medizin und Zahnmedizin. Während bei Pharmazie und Zahnmedizin das Hochschulstudium ausreicht, um sofort eigenverantwortlich beruflich tätig zu werden, müssen in der Medizin noch mindestens fünf Jahre Weiterbildung außerhalb der Hochschule stattfinden.

Unsere Gesellschaft befindet sich in einem Akademisierungsprozess, durch den möglichst viele Berufe zu akademischen Berufen gemacht werden sollen, so dass die Berufspraxis auf einem Hochschulstudium aufbauen kann, zum Beispiel Krankenpflege, Hebamme, Erzieher. Von der Berufsschule und Fachschule ging es über zur Hochschule. Natürlich fand die zu lernende Pflege eines Patienten nicht im Hörsaal statt, ebenso wenig wie die Geburtshilfe. Im Sinne eines dualen

Systems wird Wissen an der Hochschule, dagegen die praktische Kompetenz an der Arbeitsstätte fern der Hochschule erworben.

Insofern erscheint es nicht nahe liegend, einen Beruf wie den der psychologischen PsychotherapeutIn zu einem Universitätsstudium zu machen. Denn sonst würde Psychotherapie gleichgesetzt mit Wissenschaft. Mancher wird spontan sagen, dass dem auch so ist. Aber wir müssen dieser Frage nachgehen. So wie wir Hochschulbildung und Berufsausbildung unterscheiden, können wir zunächst auch Wissenschaft und Psychotherapie unterscheiden, auch wenn dies nicht der oben genannten Legaldefinition entspricht. Seit Jahrtausenden versuchen wir unser Wissen und unser Verständnis der Welt und des Menschen in wissenschaftliche Bahnen zu lenken, um uns vor Trugschlüssen zu schützen. Dieser Schutz ist uns mithilfe der Wissenschaften immer mehr gelungen, auch wenn die Wissenschaft von Irrtum zu Irrtum geschritten ist. Sie konnte sich doch jeweils von einem nachweisbaren bisherigen Irrtum nach dem anderen befreien und sich wissenschaftlicher Wahrheit nähern. Das kann zufrieden machen, wenn man betrachtet wie umfassend und differenziert unser heutiges Wissen ist, das kann aber auch sehr unzufrieden machen, wenn man bedenkt, dass wir ein Vielfaches davon noch nicht wissen und erklären können. Das trifft besonders auf die menschliche Psyche zu. Wir bewegen uns immer noch an der Oberfläche und unsere Erkenntnisse sind nicht mehr als vorläufige Hypothesen, die hoffentlich bald genug modifiziert oder revidiert werden können.

### Experimentelle Wissenschaft

Es gibt zwei unbefriedigende Grundhaltungen in der Wissenschaft: die einen sagen, was ich nicht erforscht habe und beweisen kann, gibt es nicht. Die anderen sagen, meine Theorie gilt, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist. Rückblickend ist es erstaunlich, mit welcher Konsequenz und Ausdauer solche Überzeugungen beibehalten wurden. Hier geht es nicht darum, dass Therapieschulen verhindern, dass die Wissenschaft mögliche Fortschritte erreichen kann, sondern die Frage, ob die Wissenschaft genug unternommen hat, um die Aussagen des jeweiligen Erkenntnisstands dieser Psychotherapien

zu beforschen. Solche Versäumnisse würden so eine Gruppierung von Wissenschaftler wiederum zu einer eigenen Therapieschule machen. Sie würden nichts gelten lassen, was nicht aus ihren empirischen Studien hervorging. Auch ist es gedanklich zu kurz gegriffen, Verhaltenstherapie als Therapieschule zu bezeichnen. Sie ging als Verhaltensmodifikation aus Grundlagenwissenschaften hervor und wandte sich als Verhaltenstherapie nur sehr allmählich der Krankenbehandlung zu. Und dies zunächst auch nur bei wenigen psychischen Störungen (vor allem Angst und Zwang). Dabei war Verhaltenstherapie anfänglich sowohl bezüglich der Forschung als auch bezüglich der Therapiepraxis auf der konkreten Ebene kreativ und nicht an vorgeschriebene Methoden gebunden. Vielmehr war die therapeutische Konzeption auf einer Metaebene definiert, so dass die konkrete therapeutische Interaktion und Intervention sich ausschließlich aus der singulären Situation, dem bisherigen unteroptimalen Verhalten und dessen Optimierung als bestmögliche Situationsmeisterung bestand. Erst später wurden erfolgreiche Interventionen zur Methode und diese wurde standardisiert und damit der Wirksamkeitsprüfung zugänglich. Es besteht die Gefahr, dass durch die ausschließliche Definition der Psychotherapie als Wissenschaft Scheuklappen entstehen, die der erfahrene Psychotherapeut erst wieder lernen muss abzulegen.

Wir können Erkenntnisprozesse und gedankliche Grundlegungen unseres Handelns in sechs Kategorien des Erkennens einteilen:

1. vor-wissenschaftlich – was wir im alltäglichen Leben zunächst als Einzelfall beobachten und quasi „alltagspsychologisch“ (Huber, 2008) zu verstehen suchen
2. wissenschaftlich – was wir einer systematischen wissenschaftlichen Analyse unterziehen
3. un-wissenschaftlich – was entgegen den geltenden Regeln der Wissenschaft behauptet wird
5. über-wissenschaftlich – was wir wissenschaftlich (noch) nicht erfassen können
6. nach-wissenschaftlich – wie wir versuchen, wissenschaftliche Erkenntnis wieder in unser alltägliches Leben zu integrieren.

Diese Kategorien sind Schritte der Erkenntnis und ihrer Utilisierung, anhand derer wir überlegen können, wie der Ablauf des Erkenntnisprozesses ist.

Aber auch die zweite Kategorie, die Wissenschaft, muss in einzelne Schritte des wissenschaftlichen Fortgangs zerlegt werden:

Nehmen wir als Beispiel einen Wissenschaftler, den vorwissenschaftlich die Frage bewegt, wie die Religiosität des Menschen zu erklären ist. Er entschließt sich, dieser Frage wissenschaftlich nachzugehen.

Zunächst muss er seinen Forschungsgegenstand definieren. Dazu muss er den Begriff der Religiosität definieren. Und er sucht bisherige Veröffentlichungen und sammelt vorhandene Begriffsdefinitionen. Vielleicht reichen ihm die Fundstellen, dann diskutiert er diese und kommt zu dem Ergebnis, einen zu übernehmen oder einen modifiziert zu übernehmen. Oder sie genügen ihm nicht – was er auch begründen muss und begründet. Dann kann er rein theoretisch einen eigenen Begriff definieren, der die Präzision und Gültigkeit hat, die er beansprucht. Oder es folgt eine erste empirische Phase, in der er die Menschen beobachtet und befragt (Erkundungsuntersuchung, vergl. Huber, 2008). Er erhält so Informationen darüber, was für sie Religiosität allgemein ist, worin ihre individuelle Religiosität besteht, wie sie sie leben und wie sie ihr Leben bestimmen. Dies ist ein Vorgang der qualitativen Forschung, zunächst ohne jegliche Zahlen und quantitativ-statistischen Auswertungen. Denn es gibt noch keine Begriffe, die zu quantifizierbaren Variablen gemacht werden können. Extrakt seiner Forschung kann nun sein, dass er zu einem Religiositäts-Begriff kommt, den er als Ausgangspunkt seiner künftigen Forschung nimmt.

In der zweiten Phase kommt er zur Präzisierung seiner Fragen und zu möglichen Antworten, die er als Hypothesen formulieren kann. Es kann sein, dass er dabei vom einzelnen Menschen abhebt und ihn ortet als Element oder Teil eines sozialen Systems, das seine Religiosität aus derjenigen früherer Generationen schöpft, seiner eigenen blutsverwandten Ahnen oder einer größeren religiösen Gemeinschaft. Zusätzlich zur Interdependenz zwischen der Eltern- und Kind-Generation nimmt er diejenige zwischen dem heutigen Individuum

und seiner gegenwärtigen (religiösen oder nicht-religiösen) Gemeinschaft usw. (Walter, 2010).

Eventuell kommt er zu dem Ergebnis, dass Religiosität ein angeborenes Bedürfnis des Menschen sein kann, dass diese also nicht nur von außen in ihn hinein kommt. Das erweitert seine Fragen oder er findet diese Frage so zentral, dass er sie zu seiner Haupthypothese macht, ohne obige Interdependenzen außer Acht zu lassen. Dazu müsste er den Begriff des Bedürfnisses definieren und den des Angeborens. Wenn nicht andere vor ihm in diesem Bereich geforscht haben, muss er als erster eine Schneise in den Wald schlagen.

Da ist viel Hermeneutik im Sinne von qualitativer Forschung im Gange, bis er zu seinen Definitionen und deren Operationalisierungen kommt, die er als Ausgangspunkt seiner künftigen Forschung nehmen wird. Dieser Schritt wird aber fast immer übersprungen (Mertens, 2007), so dass die Präzision der quantitativen Auswertung über die fehlende Validität der unabhängigen und abhängigen Variablen hinwegtäuscht.

Um Variablen mit messbaren Ausprägungen zu konstruieren und der Datenerhebung eine Skalierung zugrunde zu legen, ist es bei der ersten Studie vielleicht zu früh. Doch auch bei einem ausführlichen Interview kann die jeweils letzte Frage zu einem Thema darin bestehen, wie sehr das besprochene Detail vorhanden ist, wichtig ist etc. und dabei eine Einteilung von 0 = gar nicht, 1 = etwas, 2 = deutlich und 3 = sehr anzubieten. Das ist dann evtl. Bestandteil eines gemischten qualitativ-quantitativen Forschungs-Designs (vergl. Jaeggi, 2001; Mertens, 2007).

Danach kommt die Frage, für welche Population die Hypothesen gelten sollen und wie die notwendige Stichprobe beschaffen sein muss. Dazu gehört auch, wie viele Variablen konstant gehalten werden müssen, damit sie das Forschungsergebnis nicht zufällig und unkontrolliert beeinflussen. Wenn auf diese Weise weiter gedacht und vorbereitet wird, kommt man bei der RCT-Studie mit allen oben diskutierten Eigenschaften an. Das ist gut, aber noch nicht der letzte Schritt. Denn es fehlt noch die Prüfung der externen Validität durch Feldstudien. Ohne diese hat die RCT-Studie keinen Wert. Es geht also nicht darum, ob RCT-Design angewandt werden soll oder nicht, sondern darum, dass vorher (Hermeneutisch-qualitatives

Forschungsstadium) und nachher (Feldstudie) aufwändige Studien stattfinden müssen, damit die RCT-Studie ein sinnvolles Werkzeug empirischer Wissenschaft ist:

1. Hermeneutisch-qualitatives Forschungsstadium (u. a. Sinnhaftigkeit der Variablen) sowie Einzelfallstudien
2. Quantitative Analyse (prä-post und Kontrollgruppen-Design, Nachweise und forschungslogische Beweise des Zusammenhanges zwischen therapeutischem Vorgehen und erfolgreicher Heilbehandlung (beides mit quantitativen Messgrößen operationalisiert) (efficacy)
3. Feldstudien unter Routinebedingungen (effectiveness)

Ohne Nachweis der Durchführung der Stadien 1 und 3 sollte eine RCT-Studie nicht zur Bewertung einer wissenschaftlichen Fragestellung herangezogen werden, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass sie ausreichend aussagekräftig ist. Und ohne diesen Nachweis ist es schwer zu rechtfertigen, Forschungsanträgen mit reinem RCT-Design Forschungsmittel zukommen zu lassen.

### **Vorwissenschaftliche Beobachtung, Alltagspsychologie, Alltagsbewusstsein**

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass vorwissenschaftliche unsystematische Beobachtungen, die sich häufen, zu wissenschaftlicher Neugier führt und ein wichtiger Impulsgeber für die Forschung ist, ohne die nicht wirklich Neues erforscht werden kann. Dies trifft in besonderem Maße für die Psychotherapie zu.

Wer zum Beispiel zehn oder 20 Jahre lang Psychotherapie durchgeführt hat, kann sich fragen, wie viel Prozent seiner therapeutischen Interaktionen bestimmt war durch die erlernten, verfahrenen. Wie viel Minuten einer fünfzigminütigen Therapiesitzung dadurch beschrieben werden können, ob das wohl mehr als 15 Minuten waren? Was geschah sonst in der Therapiesitzung? Auch wenn es gut und wichtig für den Patienten war, so war es doch in seiner Wirksamkeit nicht nachgewiesen. Wenn Psychotherapie gleich Wissenschaft ist, dann waren diese 35 Minuten unwissenschaftlich. Das ist heute nicht mehr so schlimm wie vor 30 Jahren, denn wir können nachträglich doch vieles auf die unspezifischen Wirkfaktoren

der Psychotherapie zurückführen, ohne dass wir behaupten könnten, diese bewusst und gezielt eingesetzt zu haben.

### **Klinische Erfahrung**

Es ist zu vermuten, dass die Wissenschaft der psychotherapeutischen Erfahrung oft erst folgt, sie zwar gelegentlich auch führt, sie aber nicht dominiert. Diese Wechselwirkung müsste vielleicht beibehalten werden, damit die Ergebnisse der Wissenschaft fruchtbar bleiben. Wer nur aus den Erkenntnissen wissenschaftlicher Labore schöpft, kann nur begrenztes Wissen erwerben. Denn das Labor psychotherapeutischer Erkenntnis ist an erster Stelle der Therapie-raum, in dem nicht der Wissenschaftler, sondern der Psychotherapeut dem Patienten gegenüber sitzt – ein vor-wissenschaftliches Geschehen. Und dieser Psychotherapeut sollte nicht derjenige sein, der nur das weiß und anwenden kann, was die Wissenschaft bisher weiß. Man stelle sich nur vor, die Psychotherapeuten hätten sich jeweils auf den Horizont beschränkt, den ihnen der aktuelle Erkenntnisstand der Therapieforschung aber auch der Therapieschule erlaubt. Sie hätten dem vor ihm sitzenden Menschen immer nur teilweise gerecht werden können und ihre Therapien wären vermutlich unbefriedigender verlaufen.

Was aus einer randomisierten Doppelblindstudie als wirksame Psychotherapie hervorgeht, muss in der Praxis angereichert werden durch zahlreiche Aspekte therapeutischer Interaktion, die in den betreffenden Studien nicht berücksichtigt werden konnten. In einer erfreulichen Geschwindigkeit nähert sich die Forschung zurzeit allerdings den zentralen Wirkprozessen. Damit diese messbar werden, müssen sie allerdings so sehr vereinfacht werden, dass sie den eigentlichen psychotherapeutischen Prozess nicht mehr zur Gänze abbilden. Dennoch kann auf diese Weise Schritt für Schritt Psychotherapie in ihrem eigentlichen Wesen zunehmend erforscht werden. Ein Beispiel ist die Arbeit mit Emotionen. Bei vielen Patienten war es schlicht unmöglich, mit dem Inventarium der Kognitiven Verhaltenstherapie den vielfältigen emotionalen Dysregulationen gerecht zu werden. Es gab keine nachgewiesenen wirksamen Interventionen, vielmehr interessierten sich die Forscher über zwei Jahrzehnte einfach

nicht dafür. Erst um die Jahrhundertwende war es so weit. Bis dahin musste ein Verhaltenstherapeut eventuell zwanzig bis dreißig Jahre lang, eigene, aus seiner persönlichen Erfahrung hervorgehende Interventionen ausprobieren und einsetzen. Manche glichen dann den später evaluierten Methoden. Auch die Bedeutung der therapeutischen Beziehung ließ sich nicht zwei Dutzend Jahre lang aus der täglichen psychotherapeutischen Arbeit eines kognitiven Verhaltenstherapeuten heraushalten. Ohne durch RCT-Studien erlangte Legitimation musste er sich seinen individuellen Erfahrungsschatz bilden, intuitiv die therapeutische Beziehung gestalten und mit den auftretenden Beziehungsproblemen umgehen. Wieder musste er bis zur Jahrhundertwende warten, bis Wirkungsnachweise vorlagen.

### **Die Rolle der Supervision und der Selbsterfahrung**

Wenn kürzlich ein psychiatrischer Ordinarius forderte, die Selbsterfahrung in der Psychotherapie-Aus- und Weiterbildung abzuschaffen, dann entspricht es durchaus dem positivistischen Geist der RCT-Forschung. Wenn wir einen Blick in die Supervisionssitzung werfen, dann sehen wir, dass der jungen PsychotherapeutIn dabei geholfen wird, die Bedeutung der RCT-geprüften Intervention zu relativieren, sie anzureichern mit so viel unspezifischen Wirkfaktoren, dass sie auch außerhalb des Forschungslabors sinnvoll eingesetzt werden können. Zuerst achtet die SupervisorIn darauf, dass z. B. eine Exposition sorgfältig manualgetreu durchgeführt wird. Bei manchen PatientInnen ist aber auf besonders stabile und sichere Rahmenbedingungen zu achten, damit sie es überhaupt durchhalten. Anderen gibt man viel Raum für selbständiges Erfahren und umso umfassendere Selbstwirksamkeitserfahrung. Dieses über das Manual hinaus gehende fein abgestimmte Vorgehen in der therapeutischen Interaktion rückt in der Supervision in den Fokus. Diese vermittelt so meistens das, was noch lange nicht im Lehrbuch stehen wird – in obigem Sinn nach – wissenschaftlich.

Bei der Supervision ist der Lernprozess meist nicht rein kognitiv, sondern das zu Beginn stehende nicht lösbare Therapieproblem sorgt für eine deutliche emotionale Aktivierung. Und die neue Perspektive mit Hilfe der Supervision ändert die

emotionale Verfassung der SupervisandIn sehr stark. D. h. dass viel emotionale Bewegung in der Supervision erfolgt, mit dem Ergebnis eines doppelten Lernens, das besonders wertvoll ist.

Ähnliches geschieht in der Selbsterfahrung, in der die KlientIn nicht die PatientIn ist, sondern die junge TherapeutIn selbst. Sie begibt sich in die Rolle der PatientIn – mit ihren eigenen lebensgeschichtlichen Entwicklungsbarrieren und Beziehungsproblemen. Sie kann eine tiefe und korrigierende emotionale Erfahrung machen, die sie ihre gegenwärtigen und künftigen Schwierigkeiten im Umgang mit dem Patienten viel mehr verstehen lässt, als viele Stunden Vorlesung. Selbsterfahrung wurde aber noch keinen RCT-Studien unterworfen. Deshalb darf aber gesagt werden, sie sei unwissenschaftlich. Vielmehr muss gesagt werden „Wir RCT-Wissenschaftler haben es noch nicht geschafft, dieses Thema aufzugreifen. Es ist also für uns über-wissenschaftlich (siehe oben).“ Es muss hinzugefügt werden, dass nicht zu erwarten ist, dass ein RCT-Wissenschaftler die dem Wesen der Psychotherapie und der Selbsterfahrung gemäßen relevanten Variablen in so einer Studie untersuchen wird. Denn diese Variablen sind nur außerhalb der Wissenschaft zu finden, dort wo Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft und müssten wohl durch qualitative Methoden erfasst werden.

### **Trennung von Forscher und Beforschem**

Es ist jedoch gut, wenn die ForscherIn nicht zugleich die/der Beforschte ist. Selbstversuche sind nur ein Notbehelf. Besser erschiene es vielleicht, wenn die TherapieforscherIn erfahrene PraktikerInnen beforstet. Dazu ist notwendig, dass sie weiß, dass sie in erster Linie ForscherIn ist und die PraktikerIn in erster Linie PsychotherapeutIn ist, auch wenn idealerweise beide beides sind. Es sollte nicht so sein, dass mangels Interesse der PraktikerIn die ForscherIn sich selbst auf den Therapeutenstuhl setzen muss. Sonst würde ihr etwas verloren gehen, was nicht unwissenschaftlich, aber vorwissenschaftlich ist. Und vorwissenschaftliche Beobachtungen und Erfahrungen sind ein wichtiger kreativer Pool für wissenschaftliche Fragestellungen und Hypothesenbildungen. Eines von vielen Beispielen ist die Bedeutung der Partnerschaft bei Agoraphobie und Panikattacken, die mindestens 20 Jahre

lang nicht Gegenstand der Therapieforschung war, während sie der PraktikerIn selbstverständlich erschien.

Ein anderes Beispiel ist die Entwicklung der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT. Marsha Linehan (1996) berichtet, dass sie angesichts der geringen Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf die Suche nach anderen therapeutischen Herangehensweisen ging. Hätte sie sich in ihrer Suche auf wissenschaftlich evaluierte und anerkannte Therapiemethoden beschränkt, so wäre es ihr nicht möglich gewesen, ihren bahnbrechenden Therapieansatz zu entwickeln. Stattdessen ging sie mit Protagonisten der verschiedensten therapeutischen Strömungen in einen Dialog und betrachtete deren Konzept und Vorgehensweise, von der Gestalttherapie bis zur Psychodynamischen Psychotherapie. Und sie fügte aus ihrer eigenen vorwissenschaftlichen Erfahrung den bis dahin kaum empirisch untersuchten Ansatz der Achtsamkeit hinzu. Dabei darf die kognitive Verhaltenstherapie nicht einfach zur Therapieschule degradiert werden. Sie war und ist eine bedeutende Forschungsrichtung, die immer noch sehr bedeutsame Ergebnisse liefert. Trotzdem sollte innerhalb einer Therapiesitzung nicht wissenschaftlich gedacht werden, sondern einfach rational (Meehl, 1997).

### **Beitrag der Humanistischen Psychotherapien**

Was die humanistischen Psychotherapien in ihrer Vielfaltigkeit und Buntheit und ihrem fehlenden Interesse an empirischer Forschung (große Ausnahme ist Carl Rogers) der heutigen Psychotherapie an Impulsen mitgaben, darf nicht unterschätzt werden. Ihr Verdienst ist eventuell ebenso groß wie der der Therapieforschung an sich. Wo die Methodenbegrenzung des eigenen wissenschaftlich anerkannten Therapieansatzes im Einzelfall nicht weiterhalf, haben praktizierende PsychotherapeutInnen über den Zaun schauen müssen, um mit ihren Psychotherapien weiterzukommen. Ihre Unzufriedenheit und ihre Suche nach einer Problemlösung führten dazu, dass sie die Bedeutung des emotionalen Erlebens immer mehr in ihr Verständnis des Menschen und seiner psychischen Störungen einbezogen. Zum Nutzen der PatientInnen reduzierte sich dadurch der Anteil definierter Methoden in der

Richtlinien-Psychotherapie an ihrem therapeutischen Handeln. Jahrelang musste sehr vorsichtig geäußert werden, worauf bei einem bestimmten Therapiefall besonderer Wert gelegt werden soll. Das hat sich geändert, einerseits durch Grawes (1998) Horizonterweiterung und andererseits durch die Einkehr der Emotionalität und der Beziehung in die Fallkonzeption der dritten Welle der Verhaltenstherapie (Znoj, 2013).

### **Beitrag der Psychoanalyse**

Immer noch müssen wissenschaftlich orientierte PsychotherapeutInnen Sigmund Freud belächeln. Die 100 Jahre sind ein noch zu kurzer Zeitraum, um ihn in einer historischen Betrachtung wertzuschätzen und zu würdigen. Er hat mit seiner Theorie einen so reichen Pool an wissenschaftlichen Hypothesen geschaffen, dass noch lange Forschungsmaterial verfügbar ist, das nicht links liegen gelassen werden darf. Auch wenn es Nicht-Tiefenpsychologen noch schwer fällt, die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung auszusprechen (anders jedoch McCullough (2010), so sind sie heute doch mit großer Aufmerksamkeit dabei, den Interaktions- und Beziehungsaspekt gemeinsam mit dem PatientInnen zu untersuchen und diesem zu helfen, seine eigenen Gefühle und Bedürfnisse ebenso wie diejenigen seines Gegenübers wahrzunehmen und zu reflektieren, umso seine Emotionsregulation und seine Selbst- und Beziehungsregulation zu verbessern. Auch wenn immer wieder einzelne Thesen der Psychoanalyse als widerlegt oder als empirisch nicht überprüfbar gelten, hat der Blick auf die Psychodynamik und auf die Beziehungsdynamik einen Siegeszug vollzogen, der gerade dadurch möglich war, dass die Verhaltenstherapie keine Therapieschule ist. Aber auch die Psychodynamischen Therapien incl. der Psychoanalyse können einen sehr bedeutsamen Erkenntniszugewinn und eine entsprechende Weiterentwicklung ihrer Therapiekonzeption aufweisen (Mertens, 2009, 2012), der rasch zum Allgemeingut wird (siehe z. B. die Bindungstheorie, die Säuglingsforschung, das Intersubjektivitätskonzept und der Mentalisierungsansatz).

Eine Beschränkung auf das, was in den psychologischen Instituten der Universität an Erkenntnissen für die Psychotherapie hervorgebracht wurde, wäre nur ein Teil dessen

gewesen, worauf wir heute dankenswerterweise zurückgreifen können. Dies zeigt, dass das, was außerhalb der Universität an Psychotherapie-Praxis und Psychotherapie-Entwicklung von statten geht, sich nicht innerhalb eines geschlossenen Systems befindet, das nicht lernfähig ist. Vielmehr sind die Protagonisten heutiger nicht-universitärer Psychotherapie sehr offen, dialogbereit und prinzipiell stark wissenschaftlich orientiert, so dass es vermutlich einen großen Verlust bedeuten würde, die Weiterentwicklung der Psychotherapie ganz den Universitäten zu überlassen, die Psychotherapie durch die RCT-Brille betrachten. Bisher stattgefundenen Austausch zwischen TherapieforscherInnen und PsychotherapeutInnen ergab sowohl wichtige Impulse für die Forschung als auch für die Praxis (Seehagen et al., 2012).

### **Ist Psychotherapie auch Kunst?**

Damit haben wir die These, dass Psychotherapie mehr als Wissenschaft ist, nicht direkt untersucht. Aus obigem geht zwar hervor, dass vermutlich praktizierte Psychotherapie nicht allein durch die Anwendung von empirisch nachgewiesenen und anerkannten Methoden abgebildet werden kann. Dies liegt allein daran, dass die Forschung eventuell wichtige Hintergrundprozesse der psychotherapeutischen Interaktionen noch nicht zum Gegenstand ihrer Studien gemacht hat. Es wäre aber zum Schaden der PatientIn, wenn die PsychotherapeutIn ihre Intuition, Empathie und Kreativität samt ihrer Lebenserfahrung und Lebensklugheit nicht zur Methodologie hinzufügen würde – nicht zu vergessen, ihre gereifte Therapeuten-Persönlichkeit. Bis dahin könnte vorsichtig geäußert werden, dass Psychotherapie nicht nur Wissenschaft ist, sondern auch Kunst oder abgeschwächt kreatives Handeln. Und dass die Begegnung zweier Menschen in einem Raum auf so vielen Ebenen geschieht, dass das Bewusstsein der TherapeutIn gar nicht in der Lage ist, all das im Moment zu berücksichtigen und zielsicher einzusetzen. Deshalb steckt in dem Satz, dass Psychotherapie mehr als Wissenschaft ist, eine Bescheidenheit der ForscherIn, dass sie zwar dabei ist, Psychotherapie wissenschaftlich zu erfassen, aber noch nicht sehr weit vorgedrungen ist. Solange dem so ist, darf vielleicht probatorisch gelten, dass Psychotherapie auch Kunst ist und

es Aufgabe der TherapieforscherIn ist, diese Kunst zu befor-  
schen. Es sei hier angemerkt, dass Kunst nicht per se unwis-  
senschaftlich ist.

### **Ärztliches Handeln**

Betrachten wir das ärztliche Handeln: Medizin ist Heil-  
kunde, die sich mit der körperlichen und psychischen Gesund-  
heit des Menschen befasst. Im Medizinstudium wird Wissen  
über den gesunden und kranken Körper des Menschen ver-  
mittelt. Wissen über die gesunde Psyche wird so gut wie gar  
nicht vermittelt, denn das wäre ja ein Psychologiestudium.  
Die Vorbereitung im Medizinstudium auf die spätere Tätigkeit  
als Facharzt für Psychiatrie und als Facharzt für psychoso-  
matische Medizin, nicht zu vergessen als Facharzt für Kinder  
und Jugendpsychiatrie ist deshalb nur rudimentär. Allerdings  
begegnet der Studierende immer wieder Wechselwirkungen  
von Körper und Psyche und entwickelt dadurch eine Sen-  
sibilität für diesen Übergangsbereich. Trotzdem bleibt die  
frisch approbierte ÄrztIn noch weit entfernt vom Thema der  
kranken Psyche und deren Behandlung. Man kann also nicht  
sagen, dass das Medizinstudium gezielt auf die spätere Tätig-  
keit als PsychiaterIn vorbereitet. Die frisch approbierte  
ÄrztIn ist eine reine KörperärztIn. Streng genommen dürfte  
sie noch keine Approbation bezüglich der Behandlung psy-  
chischer Krankheiten haben. Ihr Vorgehen besteht oft darin,  
Organe, Körperteile, Funktionssysteme bezüglich gesunder  
Funktionalität und Beschaffenheit zu untersuchen, Ursachen  
für die entsprechende Störung zu finden, diese zu beheben  
und zugleich die Symptomatik zu lindern bzw. zu beseitigen.  
Idealerweise wird sie den ganzen Menschen erfassen, mit ihr  
in Beziehung treten und eine gesundheitsfördernde Inter-  
aktion entstehen lassen – auch wenn sie eventuell darin nur  
wenig ausgebildet wurde. Der weiße Kittel, das Stethoskop,  
der Reflexhammer, der Spatel und die punktgenaue Lampe  
sind das Symbol dafür. Der WeiterbildungsassistentIn in der  
psychiatrischen Facharzt-Weiterbildung steht also ein ge-  
waltiger Lernprozess bevor, auf den sie im Medizinstudium  
nur wenig vorbereitet wurde. Dazu sind fünf Jahre Tätigkeit  
„am Krankenbett“ erforderlich. Sie lernt also in der ständigen  
Interaktion mit der psychisch kranken PatientIn, angeleitet

von der OberärztIn oder ChefärztIn, die gemeinsam mit ihr  
am Krankenbett stehen. Umfangreiche Nachbesprechungen  
und Nachlesen gehören dazu. Dies ist der psychiatrische, rein  
ärztliche Teil. Hier ist die Psychotherapie noch nicht berück-  
sichtigt.

### **Kirsti Lonka – Growing to be a Physician**

Die Ausbildung von ÄrztInnen ist bezüglich des Me-  
dizinischen Wissens und der Utilisierung dieses Wissens am  
Krankenbett sehr effizient. Aber die Begegnung mit dem  
Menschen, der unter einer Krankheit leidet, ist im Lernprozess  
kaum ein Thema. Lonka (2001) berichtet über den finnischen  
Versuch, die Ausbildung von ÄrztInnen, die in einem ähnli-  
chen Dilemma wie diejenige der PsychotherapeutInnen steckt,  
vom Wissenskonsument und Techniktraining zur Entwicklung  
einer Persönlichkeit, einer ärztlichen Identität überzugehen:  
Growingtobe a Physician. Da Entwicklung Zeit braucht, wird  
diese von Beginn an eingeleitet und gefördert. Die ganzheit-  
liche Wahrnehmung des erkrankten Menschen wird dabei  
nicht verlassen. Vielleicht könnte dieses Herangehen auch in  
der Psychotherapie hilfreich sein, da es doch die Entwicklung  
einer professionellen Persönlichkeit impliziert, deren Wir-  
kung über diejenige seiner Behandlungstechnik hinausgeht  
– und die Zeit braucht, also nicht im Schnelldurchlauf über  
einige Semester erfolgen kann.

### **Psychotherapie ist nicht identisch mit ärztlichem Handeln**

Damit kommen wir zur zweiten These: Psychotherapie  
ist etwas ganz anderes als ärztliches Handeln. Das ist nicht  
so einfach, weil Psychotherapie Heilbehandlung sein will und  
die psychologische PsychotherapeutIn ein gesetzlich ge-  
schützter Heilberuf ist. Wissend, dass es mehrere Heilberufe  
gibt, müssen wir Psychotherapie nicht ärztlichem Handeln  
gleichsetzen. Eine ÄrztIn kann zwar im Rahmen ihres ärzt-  
lichen Handelns auch psychotherapeutisch tätig sein, das  
bedeutet aber nicht, dass die Ausübung von Psychotherapie  
durch eine psychologische PsychotherapeutIn ärztliches  
Handeln ist. Die Gemeinsamkeiten fangen aber schon bei der  
Befunderhebung und bei der Diagnosestellung an. Ob bei

einer Fallkonzeption eine ÄrztIn oder eine psychologische PsychotherapeutIn den psychischen Befund geschrieben und die daraus resultierende ICD-10-Diagnose gestellt hat, ist nicht ohne weiteres feststellbar. Allerdings werden schon bei der Differenzialdiagnose und bei der Differenzialindikation Unterschiede wahrnehmbar. Aber auch das könnte durch entsprechende Schulung behoben werden.

Dagegen hat eine Psychologische PsychotherapeutIn einen uneinholbaren Vorsprung vor einer in Psychotherapie nicht ausgebildeten, sondern nur weitergebildeten ÄrztIn. Denn die ärztliche Weiterbildung hat nicht die notwendigen Ressourcen für eine ähnlich qualifizierte Ausbildung. Dabei müsste gar nicht ein Psychologie-Studium am Anfang stehen. Eine ÄrztIn könnte sofort nach ihrer ärztlichen Approbation die postgraduierte Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz beginnen und würde dann gleich hohe Kompetenz als spezialisierte PsychotherapeutIn erreichen – mit einem etwas anderen Profil als eine Psychologische PsychotherapeutIn. Ihre Psychotherapie wäre dann inhaltlich kein ärztliches Handeln, formal allerdings schon.

### **Psychotherapie lernen**

Lässt sich so auch Psychotherapie lernen? Oder bringt die Psychologische PsychotherapeutIn durch ein neu zu schaffendes Psychotherapie-Studium, das dann kein Psychologie-Studium mehr wäre, alles mit, was sie können und wissen muss, so dass es am Krankenbett gar nichts mehr zu lernen gibt?

Die „Krankenbett“-Situation (die es in Wirklichkeit nur bei sehr schwer kranken PatientInnen gibt – die anderen sind im Aufenthaltsraum und gehen nur aus Diskretionsgründen während der Visite in ihr Patientenzimmer) ist völlig untypisch für die Psychotherapie. Sie wurde aus der rein somatischen Station übertragen und kann bei denjenigen PatientInnen ausreichen, die (noch) keine Psychotherapie erhalten.

Was eine PsychotherapeutIn lernen muss, findet unter vier Augen im Therapiezimmer statt und dieses muss sich nicht in einer Klinik befinden, zumal dort kaum eine ausreichende Serie von Einzelgesprächen stattfinden kann, dass ein therapeutischer Prozess entstehen kann. Das Therapiegespräch

dauert traditionell 50 Minuten und findet ein bis zweimal wöchentlich statt. Während der Ausbildung läuft die Videokamera mit für die alle vier Stunden erfolgende Supervision (unter vier Augen). Die Therapiestunde wird zudem ausführlich schriftlich protokolliert. Es findet ein laufender Rückbezug auf die wissenschaftliche Wissens- und Kompetenzbasis statt, der außer in der Supervision in Fallseminaren und Theorie- und Praxisseminaren im Institut erfolgt. Dadurch entsteht eine hohe Dichte des Lernprozesses mit laufender theoretischer und praktischer Ausbeute. Dieser Lernprozess hat kaum Ähnlichkeit mit dem der ÄrztIn in der Klinik-Weiterbildung, die diese sich aus mehreren Quellen ergebende Dichte außerhalb des Erlernens von Psychotherapie auch nicht braucht. Neben dem Einzelmodus für die Therapie und für die Supervision gibt es natürlich auch den Gruppenmodus für beides.

Da das psychotherapeutische Handeln so verschieden ist vom ärztlichen Handeln ist auch das psychotherapeutische Lernen sehr verschieden vom ärztlichen Lernen. Zudem ist die Domäne der Psychotherapie die Ambulanz und die Praxis, während für die ÄrztIn der Ort des Lernens zuerst die Klinik sein muss, die wiederum für die Psychologische PsychotherapeutIn ein lernbehindernder Ort wäre – mit Ausnahme einer einjährigen Klinikzeit zum Kennenlernen schwerer Krankheitsbilder und Krankheiten, bei denen Psychotherapie nicht indiziert oder nur begrenzt indiziert ist.

### **III. Schlussbetrachtungen**

a) Diese Überlegungen könnten zu dem Schluss führen, dass die Universität zwar ein möglichst gut auf die Psychotherapie-Ausbildung vorbereitender Ort sein sollte, an dem breite Kenntnis aller Psychotherapieverfahren vermittelt wird. Die Psychotherapie-Ausbildung darf aber nicht in ein Universitätsstudium hineingepresst werden, auch da die Kapazitäten nicht ausreichen, um 3 bis 5 Jahre Psychotherapie-Ausbildung zusätzlich in ein nur zwei Jahre dauerndes Masterstudium zu transformieren, zumal der Numerus clausus zeigt, dass gar keine freien Kapazitäten vorhanden sind.

Wenn Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft, dann kann die Universität nicht der Ort ihrer Ausbildung sein, da WissenschaftlerInnen nur Wissenschaft vermitteln können. Gute Psychotherapie-LehrerInnen dagegen sind PsychotherapeutInnen, die in Praxis oder Klinik den psychotherapeutischen Beruf ausüben und langjährige Erfahrung haben. Ein guter Ort des Lernens von Psychotherapie ist deshalb nicht der Hörsaal oder Seminarraum der Universität, sondern postgraduiert das Ausbildungsinstitut und die Institutsambulanz außerhalb der Universität – dort wo sich das Leben abspielt. Also: Die Universität vermittelt „breites“ Wissen über Psychotherapien, das Ausbildungsinstitut vermittelt hohe (nicht breite) spezialisierte Kompetenz und in der anschließenden Weiterbildung kann wieder „breite“ Zusatzqualifikation erfolgen: breit – hoch – breit.

Wir müssen zudem den Ausgang einer Jahre dauernden Wissenschaftsdiskussion abwarten, in deren Verlauf die einseitige Orientierung der klinisch-psychologischen ForscherInnen an wissenschaftshistorisch überholter quantitativer RCT-Forschung gelockert werden müsste. Denn diese ForscherInnen sind zu weit vom Wesen der Psychotherapie entfernt. Sie werden zwar benötigt, weil RCT-Studien letztlich auch benötigt werden – neben umfangreichen Feldstudien und qualitativen Studien. Aber sie sind eben von außen kommende PrüferInnen und nicht per se PsychotherapeutInnen. Vielleicht entsteht nach anfänglichen Kämpfen eine gute Kooperation, die die Verbindung von Praxis und Wissenschaft auf eine neue konstruktive Ebene stellt, ohne dass eine Seite einen Führungsanspruch hat (vergl. Kanfer, 2014). Dies muss aber die Zukunft zeigen.

**b)** Ein weiteres Fazit ist, dass eine Pflicht-„Facharzt“-Weiterbildung mit jahrelanger Klinik­tätigkeit nach dem ärztlichen Bildungsmodell die für die Psychotherapie notwendigen Lernprozesse eher behindern würde. Was ein guter Weg für ÄrztInnen ist, ist kein guter Weg für PsychotherapeutInnen. Lernen am Krankenbett ist nur eine von vielen didaktischen Vorgehensweisen. Die Klinik ist so sehr unter Versorgungsdruck bei immer kürzer werdenden Klinikaufenthalten, dass kein Personal, keine Energie und keine Zeit für Ausbildung bleibt. Den psychologischen WeiterbildungsassistentInnen

würde es nicht anders gehen als den heutigen PiAs. D. h., nur wenige werden eine tarifliche Bezahlung erhalten, die anderen bekommen keine Stelle, da die Kliniken nur wenige Stellen haben. Deshalb sollte Weiterbildung freiwillig bleiben und berufsbegleitend – auch um die Familienfreundlichkeit dieses Bildungsprozesses nicht weiter zu demontieren.

Zwischen den Zeilen wurde auch deutlich, dass das Bemühen, den ÄrztInnen ähnlich zu werden, zugleich heißen würde, weniger PsychotherapeutIn zu bleiben.

Gleich viel wert sein, ohne gleich werden zu müssen wie diejenigen, deren Status man anstrebt, ist vielleicht besser für ein gutes Gefühl zur eigenen Identität und birgt mehr Chancen für den letzten Schritt der Emanzipation. Mit Selbstbewusstsein einen jungen spezialisierten Heilberuf ausfüllen, der mehr ist als Wissenschaft und in diesem Spezialgebiet mehr ist als Arztsein. Und aus diesem Selbstbewusstsein heraus das fordern, was der hohen Kompetenz gemäß ist, einer unvergleichlich hohen und spezialisierten Kompetenz – dank postgraduierter Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsinstitut.

## Literatur

Argelander H. (1966): Der Patient in der psychotherapeutischen Situation mit seinem behandelnden Arzt. *Psyche – Z Psychoanal* 20, S. 9–26

Beutler L.E., Harwood T.M. (1995): Prescriptive therapies. *Applied and Prevention Psychology* 4, S. 89–100

Bischof N. (2008): *Psychologie. Ein Grundkurs für Anspruchsvolle*. Stuttgart: Kohlhammer

Buchholz Michael B.: Psychotherapie – Profession oder Wissenschaft. In: *Journal für Psychologie* 8 (2000), 4, 3–16.

Castonguay L.G. & Beutler L.E. (2006). Preface. In L.G. Castonguay & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (p. v). Oxford: Oxford University Press.

Chambless D.L. & Hollon S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7–18.

Cooper Mick\* and McLeod John (2007) A pluralistic framework for counselling and psychotherapy: Implications for research. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7 (3), 135–143.

Dewey J. (2001): *Die Suche nach Gewissheit: Eine Untersuchung des Verhältnisses von Erkenntnis und Handeln*. 3. Auflage. Berlin: suhrkamp

- Feyerabend P. (1977): Wider den Methodenzwang. Skizze einer anarchistischen Erkenntnistheorie. Frankfurt: Suhrkamp
- Frommer J., Hempfling (1995): Die subjektive Perspektive von Psychotherapiepatienten. Ein Bericht aus zwei Forschungsprojekten. In: Tress W., Sies C. (Hrsg.): Subjektivität in der Psychoanalyse. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 120–141
- Grawe K., Bernauer F., Donati R. (1994). Psychotherapie im Wandel. Göttingen: Hogrefe
- Grawe K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe
- Hannan C., Lambert M.J., Harmon C., Nielsen S.L., Smart D.W., Shimokawa K. & Sutton S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155–163.
- Henry W.P. (1998): Science, Politics and the Politics of Science: The Use and Misuse of Empirically Validated Treatment Research. *Psychotherapy Research* 8, 126–140
- Heuermann H. (2000): Wissenschaftskritik. Konzepte – Positionen – Probleme. Tübingen: A. Francke Verlag
- Hill C., Castonguay L.G. (2013): Korrektive Erfahrungen in der Psychotherapie., In: Znoj H., Berger T. (Hrsg.): Die Kunst und Wissenschaft in der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe, S.141–152
- Huber O. (2008): Das psychologische Experiment: Eine Einführung. Bern: Huber
- Hutterer-Krisch R. (1996): Fragen der Ethik. In: Hutterer-Krisch R., Kriz J., Parfy E., Margreiter U., Schmetterer W., Schwentner G. (1996) Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik. Wien: Fakultas S. 208–335
- Jaeggi E. (2001): Und wer therapiert die Therapeuten? Stuttgart: Klett-Cotta
- Jaeggi E. (2002): Kritische Psychologie und Kritik der Psychologie – eine Übersicht. In: *Journal für Psychologie* 10 (2002), 3, 305–314. URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-28078>
- James W. (2006): Pragmatismus und radikaler Empirismus. Berlin: Suhrkamp
- Kanfer F.H. (2014): Past, Presence and Future of self management therapy. Interview with Serge Sulz 2002. *European Psychotherapy* 12 (im Druck)
- King M., Sibbald B., Ward E., Bower P., Lloyd M., Gabbay M. et al. Randomised controlled trial of nondirective counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technology Assessment*. 2000; 4 (19): 1–83.
- Kolster W. (2011): Eine Kritik der Wissenschaft aus der Anerkennung der Wahrnehmung als Wissen. Berlin: Duncker & Humblot
- Krause R., Steimer-Krause E., Merten J. & Ullrich B. (1998). Dyadic interaction regulation emotion and psychopathology. In: W. Flack & J. Laird

- (Eds.), *Emotions and Psychopathology: Theory and Research*. Oxford: University Press, S. 70–80.
- Kriz J. (1996): Grundfragen der Forschungs- und Wissenschaftsmethodik. In: Hutterer-Krisch R., Kriz J., Parfy E., Margreiter U., Schmetterer W., Schwentner G. (1996) *Psychotherapie als Wissenschaft – Fragen der Ethik*. Wien: Fakultas S. 15–160
- Kriz J. (2000): Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie. In: Hermer, Matthias (Hrsg): *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21 Jahrhunderts*. Tübingen: DGVT-Verlag, 43–66
- Kriz J. (2007): Wie evident ist Evidenzbasierung? Vortrag auf der Klausurtagung der Westfälischen Akademie für Suchtfragen am 13. Februar 2007 in Münster
- Kriz J. (2010): Was leistet das Psychologiestudium und was fehlt ihm im Hinblick auf eine psychotherapeutische Ausbildung und Tätigkeit? *Psychotherapeutenjournal* 2/2010 S. 130–140
- Kriz J., Lück H.-E. & Heidbrink H. (1996). *Wissenschafts- und Erkenntnistheorie. Eine Einführung für Psychologen und Humanwissenschaftler* (3. Auflage) Opladen: Leske + Budrich.
- Kuhn T. S. (1989): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt: Suhrkamp
- Lee A. (2006) *Process contracts*. In C. Sills (ed.) *Contracts in Counselling and Psychotherapy*. (74–86). London: Sage
- Linehan M. (1996): *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien
- Lonka K. (2001): *The Helsinki 2000 Curriculum: Challenges and Solutions in Transforming a Traditional Curriculum into Problem-Based Learning*. In: Mandl H. (Hrsg.): *Lernmodelle der Zukunft am Beispiel der Medizin*. Akad. für Politik und Zeitgeschehen
- McCullough J.P. (2010): *Behandlung von Depression mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy CBASP*. München: CIP-Medien
- Meehl P.M. *Credentialed persons, credentialed knowledge*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 91–98
- Mertens W. (2007): *Qualitative Forschung ohne Theorie unbewusster Handlungsgründe? Lasst uns endlich die Schrotflinte auf den Tisch legen*. *Erwägen Wissen Ethik EWE* 18, S. 253–255
- Mertens W. (2009): *Psychoanalytische Erkenntnishaltungen und Interventionen*. Stuttgart: Kohlhammer, 2. erw. und überarb. Aufl. 2014
- Mertens W. (2012): *Psychoanalytische Schulen im Gespräch*. Band 3. Bern: Huber
- Metzger W. (1968): *Psychologie*. 4. Auflage. Darmstadt: Steinkopf-Verlag
- Mitchell S.A. (2003): *Bindung und Beziehung. Auf dem Weg zu einer relationalen Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial Verlag

Nelson T.D. & Steele R.G. (2008). Influences on practitioner treatment selection: Best research evidence and other considerations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 35, 170–178.

Nestoriuc Y., Berking M., Rief W. (2012): Psychotherapieforschung. In: Berking M., Rief W. (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie. Band II Therapieverfahren*. Berlin: Springer S. 165–180

Peirce Charles Sanders (2002): *Das Denken und die Logik des Universums: Die Vorlesungen der Cambridge Conferences von 1898*. Berlin: Suhrkamp

Popper Karl (2013): *Logik der Forschung*. München: Oldenbourg Verlag

Orlinsky D.E. (2013): Die psychotherapeutische Beziehung, das persönliche Leben und die moderne Kultur. In: Znoj H., Berger T. (Hrsg.): *Die Kunst und Wissenschaft in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, S. 219–234

Reichertz J. (2007): Qualitative Sozialforschung – Ansprüche, Prämissen, Probleme. *Erwägen Wissen Ethik EWE* 18 (S. 195–207)

Reiter L.U. Steiner E. (1996): *Psychotherapie und Wissenschaft*. In: Pritz A. (Hrsg.), *Psychotherapie – eine neue Wissenschaft vom Menschen*. Wien/New York: Springer

Reiter-Theil S. (1988): *Autonomie und Gerechtigkeit. Das Beispiel der Familientherapie für eine therapeutische Ethik*. Berlin: Springer

Revenstorf D. (2005): Das Kuckucksei – über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie* 10, S. 22–31

Schiepek G., Sulz S. (2010): Selbstorganisation und psychische Entwicklung. In: Sulz S., Höfling S. (Hrsg.): *... und er entwickelt sich doch. Entwicklung durch Psychotherapie*. München: CIP-Medien S. 147–168

Schön D.A. (1983): *The Reflective Practitioner. How Professionals think in Action*. New York: Basic Books

Schön D.A. U., Rein M. (1994): *Frame Reflection. Toward the Resolution of Intractable Policy Controversies*. New York: Basic Books

Schön D.A. (Hrsg.) (1991): *The Reflective Turn. Case Studies In and On Educational Practice*. Teachers College, Columbia University, New York

Seehagen S., Pflug V., Schneider S. (2012): Psychotherapie und Wissenschaft – Harmonie oder Dissonanz? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 40, S. 301–306

Seligman M.E.P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. *Amer. Psychologist*, 50, 965–974

Seligman M.E.P. (1997): Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports-Studie, in: *Integrative Therapie* 22,4, 264–288

Stein H. (1986): Die Regeln der Psychoanalyse und das regelnde Selbst. *Psyche* 40, 310

Stewart R.E. & Chambless D.L. (2010). Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: Research reviews versus case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 73–95.

Stiles W.B. & Wolfe B.E. (2006). Relationship factors in treating anxiety disorders. In: L.G. Castonguay & L.E. Beutler (Eds.), *Principles of Therapeutic Change that Work* (155–165). Oxford: Oxford University Press.

Strupp H.H. (1996): Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut* 41, 84–87

Tryon G.S. & Winograd G. (2002). Goal consensus and collaboration. In: J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press. 109–125

Wallner F. (1992): *Konstruktion der Realität. Von Wittgenstein zum Konstruktiven Realismus*. Wien: WUV

Walter A. (2010): Entwicklungslinien psychoanalytischer Entwicklungspsychologie und Entwicklungstheorie – Von der Entwicklungsstörung zur Entwicklungstherapie. In: Sulz S., Höfling S. (Hrsg.): *... und er entwickelt sich doch. Entwicklung durch Psychotherapie*. München: CIP-Medien S. 71–116

Westmeyer H. (1978): Wissenschaftstheoretische Grundlagen der klinischen Psychologie. In: Baumann U. et al. (Hrsg.): *Klinische Psychologie – Trends in Forschung und Praxis*. Bern: Huber, 108–132

Westmeyer H. (1980): Zur Paradigmadiskussion in der Psychologie. In: Michaelis W. (Hrsg.), *Kongressbericht DGPs* S. 115–126

Woolfolk R.L. (1998): *The Cure of Souls. Science, Values, and Psychotherapy*. San Francisco: Jossey-Bass

Woolfolk R.L., Allen L.A. (2013): *Wirksame Behandlung von somatoformen Störungen und von Somatisierungsstörungen*. München: CIP-Medien

Znoj H. (2013): Heaven's Gate nach der kognitiven Wende: Sind wir mit emotionszentrierten Ansätzen endlich im Psychotherapiehimmel angekommen? In: Znoj H., Berger T. (Hrsg.): *Die Kunst und Wissenschaft in der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, S. 13–40



TEIL

II

## 10 Psychotherapie-Definition, Berufsbilds und Kompetenzprofil – Der Teufel liegt im Detail

Serge Sulz

### **Berufsbild und Kompetenzprofil als Instrument im berufspolitischen Kampf – ein kurzer Überblick**

Der Bericht der AG des Länderrats und des BPTK-Vorstands (2014) über den 24. Deutschen Psychotherapeutentag am 17. Mai 2014 enthält neben der Definition des Berufsbilds eine tabellarische Darstellung des Kompetenzprofils.

Jede Aussage lässt sich darin bejahen mit Ausnahme der Überschrift in der Tabelle auf Seite 12. Trotz des Versprechens nichts zu präjudizieren, ist es passiert:

*3. Handlungskompetenz und professionelle Haltung  
bei Abschluss des Studiums:  
unter Anleitung selbst durchführen und demonstrieren*

Bereits bei Abschluss des Studiums, also noch vor Beginn der Aus- bzw. Weiterbildung sollen Absolventen eines primären Universitätsstudiums Psychotherapie selbst durchführen.

Natürlich muss das hier stehen, wenn man die sofortige Approbation nach dem Ende des Studiums mit 22 bis 23 Jahren anstrebt. Deren Problematik ist hinreichend bekannt. Aber da steckt eine zweite Problematik drin: „unter Anleitung“. Sie führt unweigerlich zu einer Pflicht-Weiterbildung, ohne die der Beruf nicht ausgeübt werden kann. Wer also diese Überschrift akzeptiert, hat die Weichen schon in Richtung basale Direktausbildung gestellt. Ein kleines Detail, das von vielen nicht bemerkt wird. Aber wenn der DPT erst mal diesen Passus beschlossen hat, kann er nicht umhin, auch die basale Direktausbildung zu fordern.

Frage ist, ob es hier wieder um eine Politik geht, die ohne ausreichende Transparenz betrieben wird – ein Ziel angestrebt wird, das aber nicht offen ausgesprochen wird. Solche Details führen zum Verdacht, dass die Berufsbild- und

Kompetenzprofilarbeit, so wichtig und notwendig sie auch ist, zum jetzigen Zeitpunkt nicht um ihrer selbst willen gestartet wurde, sondern um sie als berufspolitisches Instrument zu verwenden: „Wenn wir ein Berufsbild definieren, das nur durch eine basale Direktausbildung zu verwirklichen ist, haben wir unser Ziel schon halb erreicht.“ Zugleich lenkt sie von dem brisanten Begriff der basalen Direktausbildung erst einmal ab und schafft Gemeinsamkeit, die sich ja bezüglich dieses Themas leicht herstellen ließ. Und damit wäre die zweite Hälfte des Wegs zum Direktausbildungsziel schon geschafft: Die Pflicht-Weiterbildung.

Wenn wir jedoch genau lesen, dann besteht die Aussage in Übereinstimmung mit der Aussage der DGPs (2013) darin, dass am Ende des Studiums noch keine selbständige heilkundliche Tätigkeit ausgeübt werden kann. Dies wird ja auch durch die Beschreibung der DGPs-Lernziele für das Studium sehr deutlich. Es besteht noch keinerlei Kompetenz in der Anwendung eines anerkannten Psychotherapie-Verfahrens, was jedoch bei der Behandlung eines Patienten vorausgesetzt werden muss. Die laut DGPs im Studium vermittelten Rumpfkompetenzen reichen höchstens für adjuvante cotherapeutische Aktivitäten, während der Patient in der kontinuierlichen Behandlung eines ausgebildeten Psychotherapeuten bleibt. Wer unter regelmäßiger Supervision psychotherapeutisch tätig ist, kann noch keine Approbation erhalten, kann noch nicht selbständig heilkundlich tätig werden, kann noch keine alleinige Verantwortung für die Psychotherapie eines psychisch erkrankten Menschen übernehmen. Er teilt die Verantwortung mit seinem Supervisor und dem Leiter der klinischen Einrichtung (Klinik, Ambulanz, Praxis).

Sowohl der Länderrat, die BPTK als auch die DGPs schreiben dem Hochschulabsolventen so wenig psychotherapeutische Kompetenz zu, dass ihre Forderung nach einer sofortigen Approbation nicht nachvollziehbar ist, wenn nicht der Psychotherapeut überfordert und der Patient gefährdet werden soll.

Sehr aufmerksam muss man auch sein, wenn man die zu erwerbenden Inhalte verortet. Wir sind ja beeindruckt von der Breite des Berufsbilds und des Kompetenzprofils. Andererseits füllen viele von uns das Berufsbild und das

Kompetenzprofil schon seit vielen Jahren aus. Es hat sich auf dem individuellen Berufsweg ergeben, dass man Gutachter, Ausbilder, Forscher geworden ist, ohne dafür eine systematische Weiterbildung erhalten zu haben. Als Möglichkeit ist das Berufsbild sympathisch und man erkennt sich darin wieder. Als Pflicht-Weiterbildung schreckt es ab.

Wenn man von einer dualen statt von einer basalen Direktausbildung ausgeht, ergeben sich folgende Phasen des Bildungsprozesses (dual bedeutet, dass die Ausbildung aus zwei Schritten besteht – dem vorbereitenden Hochschulstudium und der postgraduierten Ausbildung):

Wenn wir die drei Schritte betrachten:

1. Hochschul-Studium (Master oder Staatsprüfung) führt zu breitem Wissen
  2. postgraduierte Ausbildung führt zu hoher Kompetenz
  3. Weiterbildung führt zu breiter Anwendung
- dann muss im Hochschulstudium breites Wissen vermittelt werden, vor allem alle Psychotherapieverfahren, aber in der Ausbildung kommt es ganz anders auf hohe psychotherapeutische Spezialisierung an. Wer hier zu viel Breite reinpackt, nimmt der Höhe des Profils die unverzichtbaren Spitzen weg. Die anschließende Weiterbildung darf wieder breit werden, aber alles was man können muss, hat man in der postgraduierten Ausbildung gelernt und braucht keine Pflicht-Weiterbildung, vor allem keine Pflichtjahre in einer Klinik, die ohnehin keinen pflichtgemäß bezahlten Arbeitsplatz bereitstellt (ein gezielter Flaschenhals?).

Deshalb ist notwendig:

1. ein Hochschulstudium, das bestmöglich auf die postgraduierte Psychotherapie-Ausbildung vorbereitet – etwas, was die Hochschulen bis heute noch nicht gekonnt haben, was sie aber prinzipiell können – im Rahmen einer dualen Direktausbildung
2. eine weiterhin postgraduierte Psychotherapie-Ausbildung, die zu einem Kompetenzprofil mit hoher Spezialisierung führt (was PPs und KJPs von Ärzten unterscheidet)
3. eine freiwillige berufsbegleitenden Weiterbildung

(dazu ist die angestrebte Muster-Weiterbildungsordnung wieder zu entschärfen). Der berufsbegleitende Modus ist ein wichtiger Aspekt der Familienfreundlichkeit.

Nachfolgend soll von einer Definition der Psychotherapie ausgehend ausführlich auf das Berufsbild und das zugehörige Kompetenzprofil eingegangen werden.

## **Der Teufel steckt im Detail**

### **a) Die Definition der Psychotherapie**

Künftig soll der Begriff „Psychologischer Psychotherapeut“ durch den Begriff „Psychotherapeut“ ersetzt werden. Eine neue Legaldefinition soll psychotherapeutisches Handeln nicht mehr auf die wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren festlegen. Das ist gut so, denn Verfahren wie die Verhaltenstherapie sind durch RCT-Studien zur Anerkennung gekommen, die als alleinige Kriterien heute nicht mehr ausreichen. Sie dürften nur noch dann herangezogen werden, wenn ihnen Feldstudien nachgefolgt sind, die ihre externe Validität belegen und wenn vorausgehend umfassende hermeneutische und qualitative Studien den Forschungsgegenstand sorgfältig erarbeitet haben. Insofern ist es richtig und gut, dass kaum ein praktizierender Psychotherapeut in einer Therapiesitzung genau das macht, was in einer RCT-Studie als wirksam belegt wurde (Seehagen et al. 2012). Der Wissenschaftliche Beirat versucht dem mit seinem Methodenpapier nun auch Rechnung zu tragen.

Nun sollen aber genau diejenigen, die es bis heute nicht schaffen, sich von ihrer ausschließlichen Identifikation mit dem RCT-Forschungsparadigma zu lösen, die Psychotherapieausbildung übernehmen. Das ist ein unüberwindbarer Widerspruch. Abgesehen davon, dass sie Wissenschaftler und Hochschullehrer und keine erfahrenen Psychotherapeuten sind.

Leider geht der Länderrat und die Bundespsychotherapeutenkammer einfach über dieses Faktum hinweg, als ob längst bewiesen sei, dass die psychologischen Universitätsinstitute bzw. Departments in der Lage wären, Abiturienten in

Psychotherapie auszubilden. Und als ob schon längst ein Konsens bestehen würde, wie Psychotherapie zu definieren wäre.

Die bisherige Legaldefinition wird dem Wesen der Psychotherapie nicht gerecht. Nicht nur weil sie die Möglichkeiten psychotherapeutischen Handelns drastisch einschränkt. Sondern weil einerseits auf untaugliche Weise eine überholte Wissenschaftlichkeit als ausschließlich gültiges Kriterium in das Anerkennungsverfahren hineingebracht wurde (RCT als goldener Standard). Andererseits müssen sich primär wissenschaftlich orientierte Psychologen selbst anstrengen, um nicht dem gewohnten Denkfehler zu erliegen, dass Psychotherapie gleich Wissenschaft sei. Es fällt ihnen sehr schwer, zu benennen, inwiefern Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft.

Psychotherapie setzt ein umfassendes soziopsychobiologisches Wissen voraus, das durch ein Hochschulstudium erworben sein muss. Dieses Hochschulstudium muss auch Kenntnisse über die Vielfalt psychotherapeutischer Herangehensweisen vermitteln. Es gehört jedoch zur Definition von Psychotherapie, dass sie nicht als Wissenschaft gelehrt und gelernt wird. Es gibt zwar Wissenschaft, die sich mit der Psychotherapie beschäftigt, so wie es Wissenschaft gibt, die sich mit der Kunst beschäftigt. Aber so wenig wie Kunst-Wissenschaft mit Kunst gleich gesetzt werden darf, kann Psychotherapie-Wissenschaft mit Psychotherapie gleichgesetzt werden. Also gehört zur Definition von Psychotherapie, dass sie nicht gleich Wissenschaft ist.

Und so wenig wie ein Kunst-Wissenschaftler mit einem Künstler gleich gesetzt werden darf, kann Psychotherapie-Wissenschaftler mit einem Psychotherapeuten gleichgesetzt werden.

Also gehört zur Definition des Psychotherapeuten, dass er in seiner Funktion als Psychotherapeut nicht zugleich Wissenschaftler ist. Dies ist extrem wichtig, weil sonst der Fehler gemacht wird, Wissenschaftlern die Aufgabe zu übertragen, Psychotherapie zu lehren, z. B. in einem basalen Direktstudium. Deshalb sollte am Beginn der Definition von Psychotherapie die Definition des Psychotherapeuten stehen.

Ein Psychotherapeut ist ein Akademiker mit einem Hochschulstudium, das ihm das für die postgraduierte Psychotherapieausbildung notwendige Grundlagenwissen vermittelt hat,

und der postgraduiert und außerhalb der Universität von erfahrenen Psychotherapeuten in Psychotherapie ausgebildet wurde.

Die Definition des Patienten ist einfach: Der Patient ist ein Mensch, der an einer psychischen oder psychosomatischen Krankheit leidet und deshalb Psychotherapie als Heilbehandlung benötigt.

Da Psychotherapie sich nicht auf Krankenbehandlung im Sinne der Behandlung einer akuten Krankheit einschränken lässt, müssen die Begriffe der Prävention und der Rehabilitation einbezogen werden. Auch wenn psychische Faktoren zu einer somatischen Erkrankung beigetragen haben oder die Genesung behindern, kann Psychotherapie als Heilbehandlung notwendig sein.

Die Zielrichtung der Psychotherapie kann man so formulieren: „... zum Zweck der Prävention oder Behandlung einer psychischen oder psychosomatischen Erkrankung sowie der Rehabilitation nach einer solchen Erkrankung. Patient und Psychotherapeut verständigen sich bezüglich der Therapieziele und der Vorgehensweise in der Psychotherapie.“

In der Mehrzahl der Fälle besteht eine Psychotherapie aus einer Abfolge von zehn bis hundert Sitzungen, in denen ein Dialog zwischen Psychotherapeut und Patient stattfindet, der durchmischt sein kann mit Imaginationen, Rollenspielen und der Konzentration auf die Wahrnehmung von körperlichen, emotionalen, interaktiven und situativen Momenten und anderen psychotherapeutischen Interventionen.

Der Psychotherapeut initiiert sowohl innerhalb einer Sitzung als auch über den Verlauf der Sitzungen hinweg einen Therapieprozess, der die für die Behandlung notwendigen Änderungen beim Patienten herbeiführt. Er begleitet den Patienten im Änderungsprozess bis zur Erreichung der Therapieziele.

Ausgangspunkt dieses Prozesses ist neben der Expertise des Psychotherapeuten das Entstehen einer vertrauensvollen tragfähigen zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut.

Dabei kann es erforderlich sein, dass einzelne Bezugspersonen oder die Familie einbezogen werden.

Bei der Prävention kann man nicht von „Patient“ sprechen, so dass hier der Begriff „Klient“ nahe liegend ist.

Die Nennung weiterer wichtiger Aspekte würde dazu führen, dass sie nicht für alle Psychotherapieverfahren zutreffen.

Eine zusammenfassende Definition von Psychotherapie könnte demgemäß sein:

Psychotherapie ist eine Heilbehandlung, die von einem Akademiker durchgeführt wird, der ein Hochschulstudium absolviert hat, das ihm das für die postgraduierte Psychotherapieausbildung notwendige Grundlagenwissen vermittelte, und der postgraduiert und außerhalb der Universität von erfahrenen Psychotherapeuten in Psychotherapie ausgebildet wurde. Sie erfolgt bei einem Menschen, der an einer psychischen oder psychosomatischen Krankheit leidet oder bei dem psychische Faktoren zu einer somatischen Krankheit beigetragen haben bzw. die Genesung behindern. Sie dient der Behandlung oder der Rehabilitation nach einer solchen Erkrankung. Sie kann aber auch der Prävention dienen. Patient und Psychotherapeut verständigen sich bezüglich der Therapieziele und der Vorgehensweise in der Psychotherapie. In der Regel besteht diese aus einer Abfolge von zehn bis hundert Sitzungen, in denen ein Dialog zwischen Psychotherapeut und Patient stattfindet, der durchmischt sein kann mit Imaginationen, Rollenspielen und der Konzentration auf die Wahrnehmung von körperlichen, emotionalen, interaktiven und situativen Momenten und anderen psychotherapeutischen Interventionen. Der Psychotherapeut initiiert sowohl innerhalb einer Sitzung als auch über den Verlauf der Sitzungen hinweg einen Therapieprozess, der die für die Behandlung notwendigen Änderungen beim Patienten herbeiführt. Er begleitet den Patienten im Änderungsprozess bis zur Erreichung der Therapieziele. Ausgangspunkt dieses Prozesses ist neben der Expertise des Psychotherapeuten das Entstehen einer vertrauensvollen tragfähigen zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Patient und Psychotherapeut.

Psychotherapie-Wissenschaft kann dies untersuchen und helfen, den überaus komplexen Vorgang der Psychotherapie immer besser zu verstehen. Dieses wissenschaftliche Verstehen von Psychotherapie macht diese aber nicht zur Wissenschaft und macht den Wissenschaftler noch nicht zum Psychotherapeuten.

## b) Das Berufsbild

Im Entwurf des BPtK-Vorstands und der AG des Länderrates zur Reform der Aus- und Weiterbildung zum Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vom 18. April 2013 ist zu lesen (Seite 2 und 3, Überschriften vom Autor Schrift in fett geändert):

„Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten üben ihren Beruf aus als

– *Angehörige eines freien akademischen Heilberufs*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind dem Gemeinwohl verpflichtet und regeln als freier Beruf wesentliche Aspekte ihrer Tätigkeit selbst.

– *Expertinnen und Experten für psychische Gesundheit*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in allen Belangen der psychischen Gesundheit.

– *Heilkundige*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellen ihre psychotherapeutischen Kompetenzen zur systematischen Gestaltung des Behandlungsprozesses auf der Basis einer therapeutischen Beziehung in den Mittelpunkt ihrer Arbeit.

– *Beraterinnen und Berater*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beraten Rat- und Hilfesuchende zu vielfältigen Themen und Fragestellungen.

– *Verantwortungsträgerinnen und Verantwortungsträger*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Mitverantwortliche für die Zukunft eines solidarischen Gesundheitssystems und gestalten als Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger aktiv im Gesundheitswesen, in Institutionen und in Organisationen.

– *Entscheiderinnen und Entscheider*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten treffen auf der Grundlage ihrer beruflichen Kompetenzen unter Wahrung der Würde und Autonomie ihrer Patienten verantwortliche Entscheidungen zur Feststellung psychischer Erkrankungen, zur Behandlungsindikation und zur Gestaltung von Informations-, Beratungs- und Behandlungsprozessen.

– *Teamarbeiterinnen und Teamarbeiter*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wissen um die besondere Bedeutung multiprofessioneller Teams für die Versorgung psychisch kranker Menschen und bringen sich daher aktiv in die Arbeit solcher Teams ein.

– *Koordinatorinnen und Koordinatoren*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten koordinieren und gestalten Versorgungsprozesse in multiprofessionellen Teams und unterstützen die Vernetzung verschiedener Beteiligter an der Versorgung.

– *Forscherinnen und Forscher*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erforschen psychische Erkrankungen, ihre Feststellung, Entstehung und Behandlung und betätigen sich in der wissenschaftlichen Weiterentwicklung und Erprobung der Diagnostik und von Konzepten, Verfahren und Methoden der Psychotherapie.

– *Lehrende und Supervidierende*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind Lehrende für die eigenen Berufsangehörigen und Angehörige anderer Berufe.

– *Lernende*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entwickeln ihre beruflichen Kompetenzen stetig weiter.

– *Sachverständige*

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellen ihre Kompetenz als Sachverständige zur Verfügung.“

In seinem Vortrag am 8.10.2013 auf einem Symposium des DPTV verglich der Präsident der BPtK, Prof. Richter mit dem Berufsbild des Arztes, der z. B. nach der Darstellung des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada neben seiner Kernkompetenz und Rolle als Professional auch als Communicator, Collaborator, Manager, Health Advocate und Scholar fungiert.

Gerade dieser Vergleich mit dem Arzt zeigt, dass dieser durch seine fachliche Autorität zwar alle diese Rollen und Funktionen einnehmen kann, ohne dass er aber dies schon in der Ausbildung und der Facharzt-Weiterbildung pflichtgemäß hätte lernen müssen.

Oben beschriebene Breite der Fähigkeit zur Übernahme der vielfältigen Rollen des Psychotherapeuten muss also nicht erst durch Zusatzinhalte der Aus- und Weiterbildung erworben und bewiesen werden. Es sind natürliche Verläufe individueller Berufslaufbahnen, für die erst im Lauf etlicher Jahre die benötigte Kompetenz erwächst.

Diese Breite schon in die Aus- und Weiterbildung hineinzuverpacken, bedeutet einerseits, dass dafür der Raum für die Kernkompetenzen verkleinert wird, und andererseits, dass eine Breite hergestellt wird, die viele Psychotherapeuten in ihrem Berufsleben nie benötigen. Denn man wird normalerweise in seinem Leben nur einige wenige dieser Rollen und Funktionen übernehmen und muss dafür nicht in allen anderen aus- und weitergebildet sein. Jeder Rolle eine Mindestkompetenz zu verschreiben, die jeder Absolvent der Ausbildung und der Weiterbildung beherrschen muss, ist eine unsachgemäße Aufblähung, die nur der Organisations- und Ordnungsfreude der Kammern dient, die einzelnen Kammermitglieder aber in unnötigem Ausmaß quält.

Fazit: Der Beschreibung des Berufsbilds kann uneingeschränkt zugestimmt werden, aber da wo Richter in seinem Vortrag jeder der Rollen schon in der Aus- und Weiterbildung zu erwerbende Kompetenzen zuschreibt, entgleist die Vision. Nicht das Berufsbild ist problematisch, sondern die Zuordnung zu festgeschriebenen Pflichtkompetenzen, deren Erwerb die Kammern verordnen – legitimiert durch eine sehr diskussionsbedürftige Weiterbildungsordnung.

### **c) das Kompetenzprofil**

Die Bundespsychotherapeutenkammer führte eine Umfrage bei Universitäten und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie DGPs mit folgender Fragestellung durch:

- „1. Berufsbild: Bitte kommentieren Sie den vorgelegten Entwurf zu einem Berufsbild und machen Sie ggf. konkrete Änderungsvorschläge (Anlage 2).
2. Kompetenzprofil: Bitte stellen Sie dar, welche zentralen Kompetenzen aus Ihrer Sicht in diesem Zusammenhang im Rahmen einer Ausbildung insgesamt oder in einzelnen Abschnitten zu vermitteln sind. Um eine größere Vergleichbarkeit der Antworten herzustellen, regen wir

an, sich nach Möglichkeit an dem Raster in der Anlage 3 zu orientieren.

3. Konkreter Beitrag der Einrichtungen zum Kompetenzerwerb

- a) Bitte stellen Sie dar, welche der dargestellten Kompetenzen aktuell an Ihrer Hochschule bereits vermittelt werden.
- b) Bitte stellen Sie dar, welche der dargestellten Kompetenzen nach einer möglichen Reform unter Einschätzung Ihrer Kapazitäten und inhaltlichen Ausrichtung von Ihrer Hochschule vermittelt werden können.“

In einem Schreiben des Präsidenten der DGPs und der Kommission Psychologie und Psychotherapie an die Bundespsychotherapeutenkammer vom 5.10.13 kam es zu folgender Beantwortung bezüglich des Kompetenzprofils:

Diskussion Berufsbild Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (S. 3 und 4):

„Im Detail haben approbierte Psychotherapeuten nach dem Direktstudium folgende Kompetenzen:

Sie wissen: ...

Sie können:

- pathologisches Erleben und Verhalten und dazu gehörenden Spezifika für alle Altersgruppen (auch Kinder, Jugendliche, ältere Menschen) erkennen; sie haben die Fähigkeit, differentialdiagnostische Entscheidungen zu treffen. Sie können evaluierte psychodiagnostische Verfahren einsetzen und berücksichtigen deren Indikationsbereiche, Stärken und Schwächen bei der Interpretation von Befunden.
- Sie sind in der Lage, differentielle Indikationsstellungen für wissenschaftlich anerkannte psychotherapeutische Interventionen, jedoch auch für relevante nicht-psychotherapeutische Maßnahmen inklusive dem Einsatz von Psychopharmaka vorzunehmen.
- betroffene Personen, ihre Angehörigen sowie Menschen

mit gesellschaftlichen Funktionen über wissenschaftlich anerkannte Behandlungsleitlinien für psychische Krankheiten und psychische Prozesse bei körperlichen Krankheiten informieren, um damit zu Behandlungsentscheidungen sowie zu Planungsentscheidungen für seelische Gesundheit beizutragen

- qualitätsrelevante Aspekte erkennen und Maßnahmen zum Qualitätsmanagement planen und umsetzen
- Maßnahmen der Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung planen, durchführen und bewerten
- unter Anleitung/Supervision psychotherapeutische Interventionen durchführen (ggf. Alternativ-Formulierung: „selbständig psychotherapeutische Interventionen durchführen, die regelmäßig supervidiert werden“)
- Sie können die ethischen Dimension psychotherapeutischen Handelns bei sich selbst sowie bei anderen beurteilen
- Arbeit-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit beurteilen

Sie beherrschen:

- die diagnostischen Grundkenntnisse und Kompetenzen, um verantwortungsvoll und selbständig psychische Funktionen und ihre Störungen, psychische Krankheiten und psychische Faktoren bei körperlichen Krankheiten erfassen und bewerten zu können
- die Kompetenzen zur selbständigen Bewertung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Indikationsgebiet, zur Behandlung und Prävention. Sie beherrschen, aktuelle Forschungsbefunde zu den grundlegenden Prozessen beurteilen und handlungsrelevant in die Befundlage einordnen zu können.
- verschiedene Gesprächsführungstechniken zur professionellen Beziehungsgestaltung und zum gezielten Einsatz in der Beratung, Psychotherapie und Prävention“

## Fazit

- Nach dem Direktstudium können Hochschulabsolventen
- unter Anleitung/Supervision psychotherapeutische Interventionen durchführen
- die verschiedene Gesprächstechniken beherrschen.

Dies soll die Berechtigung zur Approbation, also zur selbständigen Durchführung von Heilbehandlung ergeben! Mit dieser Definition des Kompetenzprofils wird deutlich, dass das Können nur dem entspricht, was heute ein Ausbildungsteilnehmer der postgraduierten Psychotherapieausbildung zu Beginn der praktischen Ausbildung kann. Dieser führt „unter Anleitung/Supervision psychotherapeutische Interventionen“ durch. Dieser „beherrscht verschiedene Gesprächstechniken“. Er erhält aber seine Approbation erst zwei Jahre später, wenn er 600 Therapiestunden unter 150 Stunden Supervision geleistet hat und dadurch befähigt ist, einen Heilberuf selbständig auszuüben.

Breites Wissen über die wissenschaftlichen Erkenntnisse, das Kennen psychotherapeutischer Interventionen und dieses Beherrschen von Gesprächstechniken ist das, was wir von einem Universitätsstudium der Psychologie und Psychotherapie erwarten dürfen – als bestmögliche Vorbereitung auf die postgraduierte Psychotherapie-Ausbildung. Erst danach kann die drei- bis fünfjährige postgraduierte Ausbildung beginnen. Diese Inhalte können aber bei weitem die Ausbildung nicht ersetzen, so dass mit gleichem Recht die Approbation erworben werden kann. Mit der Stellungnahme der DGPs und mit dem Entwurf des Länderrats und der Bundespsychotherapeutenkammer wurde deutlich, dass die Universitätspsychologie zwar eine sehr gute Vorbereitung auf die postgraduierte Psychotherapieausbildung leisten kann, dass sie aber nicht in der Lage ist, diese zu ersetzen. Das bedeutet, dass eine basale Direktausbildung nicht realisierbar ist und auf keinen Fall sofort nach dem Studium eine Approbation erteilt werden kann.

Durchführung von Psychotherapie ist die Kernkompetenz des Psychotherapeuten. In ihr muss er möglichst gut ausgebildet werden. Während die Wissenschaft einen großen Teil

des Therapieprozesses noch nicht erfasst und verstanden hat, können erfahrene Psychotherapeuten in Theorie und Supervision lehren, gute Psychotherapie zu machen. Dagegen enthält die Theorie, die ein Wissenschaftler an der Universität lehrt, nur sein wissenschaftliches Verständnis, aber nicht das worauf es darüber hinaus in der Begegnung mit einem Patienten in einer Therapiesitzung ankommt. Er kann das, was mehr ist als Wissenschaft nicht vermitteln. Deshalb ist der einfache Gedanke, die Universität die Theorie und die erfahrenen Psychotherapeuten die Praxis vermitteln zu lassen, ein fataler Denkfehler. Psychotherapie-Theorie ist nicht Vermittlung des Wissens der Psychotherapieforschung. Vielmehr ist es die Vermittlung des Rationalen der Praxis. Warum wie wozu wann subtile Details der therapeutischen Interaktion erfolgen, wie man sie wahrnehmen und richtig interpretieren kann, was das beim Patienten auslöst und wie das Involviertsein des Therapeuten auf ihn, auf den Patienten und auf die Beziehung wirkt, sind einige Themen, die auf wissenschaftliche Erforschung warten. Wer 40 Jahre Psychotherapie gemacht hat, weiß, dass viele Themen mit einer Verzögerung von 20 Jahren von der Wissenschaft aufgegriffen werden. So lange kann nicht gewartet werden. Es sei denn, man schließt sich einigen Forschern an: „So lange wir nicht bewiesen haben, dass es das gibt, gibt es das nicht.“

Weitere Kompetenzen wie Begutachtung, Beratung etc. kommen im Lauf der Berufsjahre hinzu, ohne dass dafür ein halbjähriges Praktikum in einem Gutachterbüro oder in einer Beratungsstelle absolviert werden müsste. Ein breites Kompetenzprofil, das durch umfangreiche Pflichtbausteine pflichtgemäß erworben werden muss, ist kein Nutzen für den Beruf. Pflichtweiterbildung ist nur dort notwendig, wo die Ausbildung nicht ausreicht. Und eine nicht ausreichende Ausbildung ist mangelhaft und muss verbessert werden. Deshalb muss aus der Idee der mangelhaften basalen Direktausbildung eine gute duale Direktausbildung gemacht werden, der eine freiwillige berufsbegleitende Weiterbildung folgt. Das wollen die Kammern nicht, weil sie dazu nicht gebraucht werden. Bereits die heutige Ausbildung erfüllt die Definitionen des Berufsbilds und des Kompetenzprofils. Wer heute Psychotherapeut ist, kann mit Selbstbewusstsein von sich behaupten,

dass er das jetzt definierte Berufsbild und Kompetenzprofil erfüllt – ohne Pflicht-Weiterbildung in einer Klinik. Die heutigen Psychotherapeuten müssen nicht besser werden und sie werden durch die geplanten Reformen nicht besser, nur breiter. Und diejenigen, die in Zukunft Psychotherapie-Ausbildung machen, werden nicht mehr gut sein, sondern nur breit. Und das verdanken sie dem breiten Konsens der Reform-Macher. Da gibt es doch noch jemanden: Die armen Patienten! Sie werden sich wieder vermehrt an Ärzte wenden müssen. Auskunft an sie kann dann sein: „Wir sind doch Ärzte – wie Ärzte – wir haben Facharztstatus – wir haben es geschafft – wir haben die gleichen Rechte wie diese und wir haben so viel Geld wie diese. Dafür haben wir zwar unsere Ausbildung geopfert. Aber die, die wir jetzt haben, reicht doch allemal. Vor 1999 hatten es die Patienten auch nicht besser. Man kann nicht alles wollen – wie die Ärzte werden und sehr gute Psychotherapeuten bleiben.“

### Quellen:

AG des Länderrates und BPTK-Vorstand (2014): Kompetenzen für den Psychotherapeutenberuf in Studium und Aus-/Weiterbildung. Entwurf, Fassung vom 6.5.2014. [http://www.bptk.de/fileadmin/user\\_upload/Themen/Aus\\_Fort\\_und\\_Weiterbildung/Ausbildung/Kompetenzprofil\\_Stand\\_06-05-2014.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/Aus_Fort_und_Weiterbildung/Ausbildung/Kompetenzprofil_Stand_06-05-2014.pdf)

BPTK-Vorstand und der AG des Länderrates zur Reform der Aus- und Weiterbildung(2013):Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Entwurf vom 18.4.2013. [http://www.bptk.de/uploads/media/20130508\\_top9-berufsbild-ag-laenderrat\\_22.DPT.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20130508_top9-berufsbild-ag-laenderrat_22.DPT.pdf)

DGPs (2013): Stellungnahme DGPs im Brief an die BPTK „Diskussion Berufsbild Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten“ vom 5.10.13. [http://www.dgps.de/uploads/media/Stellungnahme\\_DGPs\\_071013\\_Brief\\_Berufsbild\\_Laenderrat\\_final\\_01.pdf](http://www.dgps.de/uploads/media/Stellungnahme_DGPs_071013_Brief_Berufsbild_Laenderrat_final_01.pdf)

Richter R. (2013): Das Berufsbild der zukünftigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Vortrag auf dem DPtV-Symposium am 8.10.2013 in Berlin. [http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/main/g-datei-download/Veranstaltungen/2013/Ideenwettbewerb/Richter\\_2013-10-08\\_Berufsbild.pdf](http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/main/g-datei-download/Veranstaltungen/2013/Ideenwettbewerb/Richter_2013-10-08_Berufsbild.pdf)

Seehagen S., Pflug V., Schneider S. (2012): Psychotherapie und Wissenschaft – Harmonie oder Dissonanz? Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 40, S. 301–306

# 11 Kann die Psychotherapie-Ausbildung ein Direkt-Universitätsstudium werden?

Serge Sulz & Miriam Sichort-Hebing

Warum müssen wir uns diese Frage überhaupt stellen? Weil sie im Kontext eines berufspolitischen Streits leider gestellt werden muss (Michelmann et al. 2013).

Player in diesem Spiel sind

**1.** Berufspolitiker der Psychologischen Psychotherapeuten, genauer ein sehr großer Berufsverband gemeinsam mit einigen Landeskammern für Psychotherapie und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die sich im emanzipatorischen Statuskampf gegen die Ärzte befinden und die Abschaffung der postgraduierten Psychotherapie-Ausbildung und der eigenständigen Approbation für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Hebel einsetzen (Lubisch 2012, Richter 2013). Es wäre besser, die notwendige Emanzipation gegenüber den Ärzten auf andere Weise zu erreichen.

**2.** Das Bundesgesundheitsministerium BMG, dem seit der letzten Bundestagswahl Bundesminister Gröhe vorsteht, der die Entwürfe seiner Beamten nach deren jahrelangen Vorarbeiten übernimmt und vertritt. Das BMG sieht nicht auf den Flurschaden, den seine ordnungspolitischen Aktionen anrichten, u. a. meint es, man könne Psychotherapie auf die gleiche Weise lehren und lernen wie Medizin – einen größeren Irrtum kann es kaum geben.

**3.** Die Deutsche Gesellschaft für Psychologie DGPs, genauer die Sektion Klinische Psychologie und Psychotherapie als nicht offizielle Vertreter der „Universitätspsychologie“, die sich über das Angebot freut, die Psychotherapie-Ausbildung in Form eines Studiums in Monopolstellung übernehmen zu dürfen (Benecke 2012, Fydrich et al. 2013, Rief et al. 2013, 2014). Dabei haben die Universitäten bisher Seite an Seite mit den privaten Instituten gute postgraduierte Ausbildung betrieben. Und deshalb sollten sie wissen, dass man eine Psychotherapie-Ausbildung nicht zu einem Universitätsstudium machen kann – weil sie klug genug sind, um den Unterschied zwischen Wissenschaft und Psychotherapie zu würdigen.

## Der 1. Player: Berufsverband, Kammern

Am 1. Januar 1999 trat das Psychotherapeutengesetz in Kraft (BGBI I 1998, 3749m 3761). Dieses definierte Psychotherapie als Anwendung wissenschaftlich anerkannter Verfahren und bestimmte Art und Umfang der psychotherapeutischen Ausbildung. Dabei unterschied es zwischen der nicht altersbegrenzten Psychotherapie, die von Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wird und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, bei der auch ein pädagogisches oder sozialpädagogisches Studium Zugang zur Ausbildung ermöglichte.

Diese beiden freien Berufe ermöglichten eine Kammerbildung. Beide Berufsgruppen entschieden sich für eine gemeinsame Kammer, d. h. gemeinsame Landeskammern. Als zusätzlich geschaffene Klammer um diese wurde die Bundespsychotherapeutenkammer geschaffen, die aber keine öffentlich-rechtliche Einrichtung ist und damit keine Legitimation als Aufsichtsbehörde hat. Insofern ist auch der Deutsche Psychotherapeutentag, auf dem sich mehrmals jährlich Delegierte aus allen Bundesländern treffen, kein öffentlich-rechtliches Organ. Seinen Beschlüssen wohnt keine Verbindlichkeit inne, sind vielmehr ein Zeichen der Übereinstimmung der Entsandten der Landeskammern.

Wenn es jedoch um Lobby-Arbeit auf Bundesebene geht – Ansprechpartner ist natürlicherweise das Bundesgesundheitsministerium, ist ein bundeseinheitliches Sprachrohr und Kommunikationsorgan sehr vorteilhaft. Um die Meinungsbildung und den Gestaltungswillen mehr von den Ländern ausgehen zu lassen, wurde ein Länderrat geschaffen, der gemeinsam mit der Bundespsychotherapeutenkammer Entwürfe erarbeitet, die dann dem Deutschen Psychotherapeutentag als Beschlussvorlage dienen. Ihm gehören die Präsidenten der Landeskammern an. Der Deutsche Psychotherapeutentag beauftragt in seinen Beschlüssen sodann die Bundespsychotherapeutenkammer, das Notwendige zu unternehmen, um die Beschlüsse umzusetzen – im Rahmen der durch die Satzung der BPtK festgelegten Aufgaben.

Ein Berufsverband ist so mitgliederstark, dass er in der Mehrzahl der Bundesländer die Mehrzahl der Kammer-

vorstandsmitglieder innehat und dadurch auch die Mehrheit im Länderrat erzielen kann. Auch die Redaktionen der Publikationsorgane „Psychotherapeutenjournal“ und „Ärzteblatt PP“ werden stark von diesem Verband beeinflusst. Dieser Verband leistet auch aufgrund seiner großen Mitgliederzahl eine sehr gute und sehr wirksame Arbeit für die Profession. Der nächstgrößere Verband hat einerseits zu wenig Stimmvolumen, um eine auseichend gesunde Opposition sein zu können. Andererseits kann er auch nicht nur um der Profilierung als Opposition willen das Gegenteil dieses Verbandes fordern, wenn dessen Ziele oft doch geteilt werden.

Nachdem sich die Kammern von 1999 bis 2005 erfolgreich konstituiert hatten, quasi ihr Haus gebaut, eingerichtet und bezogen hatten, suchten sie in ihrem fleißigen Schaffensdrang nach weiteren Möglichkeiten berufsständischen Gestaltens. Anfänglich sehr zufrieden mit der Errungenschaft des neuen Gesetzes und mit den durch dieses entstandenen Zugewinn an Status, an Freiheiten und Rechten und an finanzieller Sicherheit, wurde nun mit Blick auf die Ärzte spürbar, was diese haben und man selbst nicht hat. Diese Ungerechtigkeit wurde dem Bundesgesundheitsministerium eindringlich vorgetragen – diese sei nur durch eine Reform des Psychotherapeutengesetzes zu beheben – bis das BMG 2007 ein wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gab, um die Berechtigung dieses Verlangens zu prüfen.

Das Forschungsgutachten wurde 2009 veröffentlicht (Strauß et al. 2009). Sein Ergebnis war jedoch sehr enttäuschend für die Kammern und Berufspolitiker. Es bestätigte der postgraduierten Psychotherapie-Ausbildung gute Qualität und empfahl, diese beizubehalten – also kein Reformbedarf. Es betonte zugleich ausdrücklich, dass zwei Punkte dringlich neu geregelt werden müssen: Es muss für eine angemessene Bezahlung der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) während ihrer praktischen Tätigkeit im Krankenhaus gesorgt werden und die Zugangsberechtigung für die postgraduierte Ausbildung kann nicht mehr heißen „Diplom in Psychologie“, sondern „Master in Psychologie“.

Schließlich bestätigte auch der 16. Deutsche Psychotherapeutentag (2010), dass die Psychotherapie-Ausbildung weiterhin postgraduiert stattfinden solle.

Erholt von der Enttäuschung und mit neuen Kräften wurde dem BMG ab 2011 trotzdem verstärkt das Verlangen nach einer Reform vorgetragen (Sulz 2013b). Diesmal wurden die bereits im Forschungsgutachten kritisierten wirklich wunden Punkte, die keinen Aufschub mehr duldeten, in den Vordergrund der Argumentation geholt: Die fehlende Bezahlung der Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) und die durch die Bologna-Reform bedingte Auslaufen von Universitätsabsolventen mit einem Diplom in Psychologie. Die neuen Masterabschlüsse waren im Gesetz noch nicht vorgesehen.

## **Der 2. Player: Das Bundesgesundheitsministerium**

Das BMG hatte eigene Vorstellungen über ein gesetzliches Ordnen und Vereinheitlichen der Rechtslage der Heilberufe:

**a)** Zwei Heilberufe – einerseits der Arzt und andererseits der Psychotherapeut

**b)** aber mit möglichst identischer Ausbildungsstruktur: Universitätsstudium, das zur Approbation führt (Direktausbildung) und danach Pflicht-Weiterbildung zum Fach-Psychotherapeuten analog dem Facharzt. Das BMG hat nicht geprüft, ob es überhaupt sinnvoll und möglich ist, die Medizin und die Psychotherapie gleichzusetzen, und ob man die Psychotherapie auf die gleiche Weise lehren könnte wie die Medizin.

Von Kammerseite war zunächst zu hören: Wir wollen keine Direktausbildung, nur das BMG will das.

Was erst einmal befremdlich wirkte, zeigte doch rasch seinen Charme. Für die Kammern lag der Charme darin, dass sie nicht erst nach einer postgraduierten Ausbildung zuständig war, sondern schon sofort ab dem Ende des Studiums. Und zusätzlich die sehr umfangreiche Aufgabe, eine Pflicht-Weiterbildung für alle Kammermitglieder zu gestalten und zu beaufsichtigen haben würde.

Das war Grund genug, um fortan mit verlockenden Propezeiungen diejenigen Kammermitglieder einzustimmen, die die neueren Entwicklungen nicht mehr verschliefen und verschlafen wollten. Sie erlagen aber der äußerst komplizierten

Materie und kompensierten das mangelnde Verstehen der komplexen Zusammenhänge schließlich doch durch blindes Vertrauen gegenüber den Kammern, die so gut für sie sorgte und bei der es keinen Grund gab, ihr Eigeninteressen zu unterstellen.

Das müssen wir hier auch nicht tun. Denn ihre Ziele sind berechtigt und ehrenwert. Der Streit entsteht erst durch die Mittel, die sie zur Erreichung dieser Ziele einsetzt, wie noch aufzuzeigen sein wird.

Wir sollten aber zunächst die Ziele nennen, die oben nur als Ungerechtigkeitsempfinden angedeutet worden sind:

Im Bereich psychischer Erkrankungen ist ein Psychologischer Psychotherapeut gleich kompetent wie ein Arzt. Also sollte er auch die gleichen rechtlichen und finanziellen Möglichkeiten haben. Diese Möglichkeiten wurden vom BMG versprochen – falls die Profession sich einigen kann und gemeinsam für eine Direktausbildung entscheiden könnte.

Seit Gleiniger (2013) eine basale von einer dualen Direktausbildung unterschied, müssen wir dem Wort Direktausbildung eines der beiden Adjektive voranstellen. Es geht also hier immer noch um die basale Direktausbildung: die bisher postgraduierte Psychotherapie-Ausbildung wird aufgelöst und in ein reguläres Universitätsstudium gepackt, an dessen Ende die Approbation steht und damit ein Heilberuf – die Berechtigung heilberuflich tätig zu sein:

Mit 18 Jahren soll ein Abiturient an ein psychologisches Universitäts-Institut oder -Department gehen und mit einem Psychotherapie-Studium beginnen, das eine Psychotherapie-Ausbildung sein soll. Es ist also bei der Universitätspsychologie beheimatet. Ausbilder sind Psychologie-Professoren und ihre wissenschaftlichen Assistenten. Wissenshorizont ist die psychologische Wissenschaft und Therapieforschung. Kompetenzprofil ist das, was man in einer universitären Sozialisation an Kompetenzen und Erfahrung erwerben kann. Das klingt für den Praktiker nicht gut, aber die Berufspolitiker machen sich keine Gedanken. Sie trösten sich einerseits mit dem Willen und damit der Verantwortung des BMG und andererseits damit, dass, was nicht an der Universität gelernt wurde, durch eine Pflicht-Weiterbildung nachgeholt werden

kann. Nicht gerade sehr verantwortungsvoll. Hier müssen wir zum dritten Player kommen:

### **Der 3. Player: Die Universitätspsychologie und Klinische Sektion der DGPs**

Es ist ein Sakrileg, etwas Kritisches über sie zu sagen. Jedenfalls für alle, die mit ihrem Psychologie-Diplom quasi die Taufe als PsychologIn erhalten haben. Unser psychologisches Glaubensbekenntnis ist: Ich glaube an Prof., den Vater, den Allwissenden, den Schöpfer der Psychotherapie auf Erden. Wenn wir aber den Wunsch des BMG analysieren wollen, müssen wir uns vorübergehend von dieser religiösen Haltung befreien. Ich habe dies in meinem Kapitel (Sulz 2014) „Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft“ getan. Kriz (2000) und Revenstorf (2005) führten ihre Kritik an dieser Wissenschaftsorientierung ebenso aus wie dies etliche Jahre zuvor Seligman (1995), Strupp (1996) und Woolfolk (1998) formulierten.

Wir müssen hier aber zunächst die Strukturqualität der Universitätspsychologie als Psychotherapie-Ausbildungsinstitut betrachten. Denn sie ist entscheidend dafür, ob die Aussage zutreffen kann, dass es ein Problem ist, die Psychotherapie-Ausbildung der Universitätspsychologie anzuvertrauen. Bevor wir ihr Können untersuchen, vergegenwärtigen wir uns ihr Wollen.

Sie hatten das Umwandeln der postgraduierten Ausbildung in ein grundständiges Studium ja in den letzten Jahren gar nicht gefordert. Sie waren damit zufrieden, dass sie neben den privaten Instituten eine postgraduierte Psychotherapie-Ausbildung anbieten durften. Es wurde also an sie herangetragen, diese Ausbildung in ein Studium vorzuziehen. Solche Angebote sind sehr erfreulich und es ist verständlich, dass die Antwort ganz spontan kommt: Ja wir wollen das (denn das Wissenschaftsministerium muss uns dann Professorenstellen, Assistentenstellen, Gebäudekomplexe, Apparative und Bibliotheks-Ausstattung, Forschungsgelder, Sekretariate, ja ganze Ambulanzen zur Verfügung stellen). Das bringt uns große Wachstumschancen. Unser Stellenwert in der Universität steigt erheblich, die Zahl unserer wissenschaftlichen Publikationen

steigt erheblich, wir kriegen viel mehr Doktoranden usw. Die zögerliche Frage „Könnt ihr das denn auch?“ wird ebenso spontan mit ja beantwortet. Da darf man nicht lange nachdenken, sonst wird die Chance verpasst. „Natürlich haben wir genügend Hochschullehrer für einen neuen zusätzlichen Studiengang, da müssen wir nicht erst auf die Bewilligung des Ministeriums warten.“

Wie bitte? Ich dachte, Psychologie sei ein Numerus-Clausus-Fach? Wer Personal- und Raumressourcen für ein vollständig neues Studium hat, das anspruchsvoller ist als alle bisherigen, müsste entweder den Numerus clausus sofort senken oder dem Ministerium melden, dass jahrelang das wissenschaftliche Personal nur zu 70 % ausgelastet war und dass diese Stellen wieder zurückgegeben werden, falls es mit der Direktausbildung nicht klappt.

Noch eins: WissenschaftlerInnen gehen an jede Aufgabe wissenschaftlich heran. Sie führen eine akribische Literaturrecherche durch und bereiten den Erkenntnisstand zum Thema sorgfältig auf, um dann den nächstliegenden Schritt der Erkenntnissuche und Forschung zu gehen. Bei unserem Thema ist der Beginn der Literaturrecherche leicht: Das Forschungsgutachten. Hat das jemand gelesen, hat das jemand kommentiert, hat jemand dessen Impulse aufgegriffen? Welcher klinisch-psychologische Lehrstuhlinhaber hat es in sein Denken und Planen einer basalen Direktausbildung das Forschungsgutachten einbezogen? Oder ist es vielmehr so, dass es ignoriert und totgeschwiegen wird?

Die gleiche Schelte müssen sich die Berufspolitiker gefallen lassen. Sie reden einfach nicht von dem, was gegen ihre Interessen ist. Die beiden Prinzipien „Der Zweck heiligt die Mittel“ und „non informed consent“ sollten nicht ihr eigen sein.

### **Prüfung der Qualität einer universitären Direktausbildung in Psychotherapie**

Nachdem wir nun die Player vorgestellt haben, kommen wir zur Analyse der Strukturqualität der Universitätspsychologie als Ausbildungseinrichtung für Psychotherapie. Die

postgraduierte Ausbildung wird an vielen klinisch-psychologischen Instituten mit guten Ausbildungsergebnissen durchgeführt. Wenn sie nun diese Ausbildung zu einem Erststudium, zu einer ersten akademischen Ausbildung machen wollen, dann ist das ein sehr kühnes Projekt, das gründlich geprüft werden muss (Fliegel 2014, Ruggaber 2013, Strauß 2013). Im Qualitätsmanagement wird ein Audit durchgeführt – mit Hilfe von Audit-Fragen. Diese könnten in unserem Kontext so heißen:

- Wird das Forschungsgutachten berücksichtigt?
- Hat die Ausbildungsstätte bewährter Qualität?
- Werden vorhandene Ressourcen genutzt?
- Sind Leiter und Lehrer erfahrene PsychotherapeutInnen?
- Wird ausreichend viel Psychotherapie, die über Wissenschaft hinaus geht, gelehrt?
- Lässt das Einstiegs- und Endalter zu, dass eine therapeut. Persönlichkeit heranreift?
- Gibt es ausreichend viele Ausbildungsstellen oder ist hier ein erster Flaschenhals zu erwarten?
- Ist gesichert, dass Selbsterfahrung über ein Universitäts-Seminar hinaus, sowie tiefe persönliche Erfahrung und Selbsterkenntnis stattfindet?
- Ist die Bezahlung der Selbsterfahrung so geregelt, dass nur erfahrene SupervisorInnen, die nicht zur Universität gehören, die Gruppe leiten?
- Ist gewährleistet, dass die SupervisorInnen sehr erfahrene PsychotherapeutInnen sind, die nicht hauptamtlich Forscher und Hochschullehrer sind? Ist deren Bezahlung gewährleistet?
- Ist gewährleistet, dass die rein quantitativ-wissenschaftlichen Inhalte der Theorie nicht mehr als 30 % des Lehrstoffs ausmachen?
- Gibt es genügend Lehrer, die überzeugend den Unterschied zwischen RCT-Studien-Therapie und Versorgungstherapie deutlich machen und die Vorgehensweise im letzteren Fall lehren können – auch in allen wichtigen Psychotherapie-Verfahren?
- Ist die Ambulanz Bestandteil der Patientenversorgung (GKV), so dass nicht nur leicht erkrankte monosympto-

matische oder über Anzeigen gefundene PatientInnen verfügbar sind?

– Sind die Ausbildungsgruppen klein genug für effektive Lernprozesse (16 TeilnehmerInnen in Kursen, 9 TeilnehmerInnen in Selbsterfahrungsgruppen und 4 TeilnehmerInnen in der Supervision)?

– Ist die Lehre von 1. praktizierter Psychotherapie versus 2. „über-wissenschaftlicher“ Psychotherapie-Theorie und 3. Wissenschaft auch in den Kursen in einer ausgewogenen Balance?

– Haben genügend viele AusbildungsteilnehmerInnen ohne Verzögerung Zugang zur praktischen Tätigkeit in der Klinik? (zweiter Flaschenhals?)

– Ist die Bezahlung in der praktischen Tätigkeit ausreichend?

– Ist an eine Verkürzung der Klinikzeit gedacht?

– Wie familienfreundlich ist die Ausbildung?

– Kann die KJ-Approbation beibehalten werden?

– Haben PädagogInnen und SozialpädagogInnen auch ohne 60 % Psychologie-Pflichtfächer Zugang zur KJ-Ausbildung?

– Ist das Master-Bachelor-Problem gelöst?

– Wie sehr hängt die Instituts-Zukunft vom Gutdünken der Kammern ab?

– Ist ein Bildungsmonopol samt Verstaatlichung zu fürchten?

Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine basale Direktausbildung auch zum Ende der universitären postgraduierten Ausbildung führt. Diese kann auch ihre Ambulanzen nicht mehr unterhalten, da Therapien, die von Studierenden durchgeführt werden, nicht mit den Krankenkassen abgerechnet werden dürfen. Sie verlieren auch ihr Ausbildungspersonal, das eine gute Mischung von Wissenschaft und Praxiserfahrung hat. Personelle, organisatorische und finanzielle Bedingungen werden wieder wie bei jedem anderen Studium auch.

Die Antworten auf obige Fragen könnten sein:

*Wird das Forschungsgutachten berücksichtigt?*

Auf geradezu unwissenschaftliche Weise wird das Forschungsgutachten einfach ignoriert – ein nicht sehr vertrauenserweckender Anfang, der Fragen nach dem Grund offen lässt.

*Hat die Ausbildungsstätte nachgewiesenermaßen bewährte Qualität?*

Die Universität hat noch nie ein Direktstudium durchgeführt. Sie kann nicht auf bewährte Ausbildungsergebnisse zurückgreifen. Psychologische Studiengänge können nicht mit einer Psychotherapie-Ausbildung verglichen werden. Auch wer ein universitäres Ausbildungsinstitut mit postgraduierter Psychotherapie-Ausbildung betrieben hat, kann nicht behaupten, dass dies ein Beleg dafür ist, dass aus einer postgraduierten Ausbildung ein grundständiges Studium gemacht werden kann.

*Sind Ressourcen vorhanden, die genutzt werden können und nicht anderweitig benötigt werden?*

Als Numerus Clausus-Fach mit einem extremen Numerus Clausus ist nicht von personellen Ressourcen auszugehen. Diese müssten zuerst nachgewiesen werden – das Personal der bisherigen Ausbildungsambulanzen kann nicht mehr dazu gerechnet werden, da die Ambulanzen nicht mehr mit den Krankenkassen abrechnen können.

*Sind Leiter und Lehrer erfahrene PsychotherapeutInnen?*

Die definierte Aufgabe klinisch-psychologischer Universitätsprofessoren ist es, Psychotherapie und PsychotherapeutInnen zu beforschen und Studierende auszubilden. Deshalb können sie nur ein Fünftel bis ein Zehntel so viel Erfahrung haben wie hauptberufliche PsychotherapeutInnen. Weder als LehrerInnen noch als SupervisorInnen können sie vergleichbar viel Erfahrung gesammelt haben. Psychotherapie sollte aber von sehr erfahrenen PsychotherapeutInnen vermittelt werden. Höchstens zehn Prozent der HochschullehrerInnen hat vorher außerhalb der Universität in der Regelversorgung psychisch Kranker gearbeitet – nachlesbar in deren Vita. Der Nachweis, dass einige Universitäten dieses Kriterium (sehr gut) erfüllen, reicht nicht für eine allgemeine Einführung der basalen Direktausbildung.

*Wird ausreichend viel Psychotherapie,  
die über Wissenschaft hinaus geht, gelehrt?*

Wie in dem Kapitel „Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft“ aufgezeigt wird, ist Wissenschaft und Therapieforschungsergebnisse nur ein Teil der in der Psychotherapie-Ausbildung zu vermittelnden Theorie. Den darüber hinausgehenden Theorieteil beherrschen die meisten gegenwärtigen Universitätsprofessoren zu wenig, sowohl was eine tiefer gehende Theraietheorie angeht, als auch was die Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren betrifft. Etwas zu lehren, was selbst nur angelesen wurde, ist in einer Psychotherapie-Ausbildung nicht akzeptabel. (Umgekehrt gibt es eine größere Zahl von Professoren für Klinische Psychologie und Psychotherapie, die vor ihrer Lehrtätigkeit in großem Umfang psychotherapeutische Krankenbehandlung durchgeführt haben – aber sie stehen eben nicht für alle Universitäten zur Verfügung).

*Lässt das Einstiegs- und Endalter zu,  
dass eine therapeut. Persönlichkeit heranreift?*

Mit 18 Jahren eine Psychotherapieausbildung zu beginnen, ist zu früh. Wenn man bedenkt, dass heute in der westlichen Welt die Adoleszenz nicht selten bis 25 Jahre geht, dann kann nicht von einer ausreichenden Reife der Persönlichkeit ausgegangen werden. Die fünf Jahre bis zur Approbation mit 23 Jahren können nicht ausreichend Raum für die Entwicklung der Psychotherapeuten-Persönlichkeit schaffen. Was in der Medizin denkbar ist, ist in der Psychotherapie nicht möglich, wo es nicht in erster Linie um Naturwissenschaft geht, sondern um den Menschen mit Problemen, der nicht naturwissenschaftlich erfasst werden kann.

*Gibt es ausreichend viele Ausbildungsstellen  
oder ist hier ein erster Flaschenhals zu erwarten?*

Die Universität hat einerseits die Aufgabe, ausreichend viele Masterstudienplätze zu schaffen, andererseits müsste sie für die Psychotherapieausbildung Lerngruppen mit 15 bis 16 TeilnehmerInnen bilden, also mit doppelt bis dreimal so viel Lehrpersonal und Räumen etc. wie im normalen Studienbetrieb. Das bedeutet entweder gewaltige neue Kosten (die noch niemand bereit ist, zu zahlen) oder ein Flaschenhals, so dass

nur noch ein kleiner Teil von BachelorabsolventInnen ihren Wunschberuf ergreifen können, trotz eines sehr guten Bachelor-Studienabschlusses.

*Ist gesichert, dass Selbsterfahrung über ein Universitäts-  
Seminar hinaus tiefe persönliche Erfahrung  
und Selbsterkenntnis vermittelt?*

Die Universität muss fast die ganze Ausbildung mit eigenem Personal bestreiten, wenn die Kosten in dem vom Ministerium gesteckten Rahmen bleiben sollen. Sie kann nicht für große Bereiche Lehraufträge vergeben. Selbsterfahrung kann nicht auf die Zeit nach der Approbation verschoben werden. Ohne Selbsterfahrung darf keine psychotherapeutische Approbation erteilt werden.

*Ist die Bezahlung der Selbsterfahrung so geregelt,  
dass nur erfahrene SelbsterfahrungsleiterInnen,  
die nicht zur Universität gehören, die Gruppe leiten?*

Aus Gründen der Abhängigkeit der Studierenden von ihren LehrerInnen dürfen Hochschulangehörige keine Selbsterfahrung mit ihren Studierenden durchführen. Hoch qualifizierte SelbsterfahrungsleiterInnen können nicht zu den üblichen sehr geringen Lehrauftrags-Vergütungen an die Universität geholt werden. Das kann sich kein Freiberufler leisten, dafür ist Selbsterfahrung viel zu aufwendig. Also kann die Kostenfreiheit für Studierende nicht eingehalten werden oder die Qualität der Selbsterfahrung sinkt so sehr, dass einer der wichtigsten Bestandteile der Ausbildung unqualifiziert abläuft.

*Ist gewährleistet, dass die SupervisorInnen  
sehr erfahrene PsychotherapeutInnen sind, die nicht  
hauptamtlich Forscher und Hochschullehrer sind?*

Wie bei der Selbsterfahrung kann nicht davon ausgegangen werden, dass an jeder Universität qualifizierte SupervisorInnen als hauptamtlich Angestellte vorhanden sind, denn diese brauchen sehr viel Erfahrung. Zudem ist auch hier die Abhängigkeit der Studierenden von ihren LehrerInnen problematisch. Dem wissenschaftliche Personal der Universität bleibt neben seinen beruflichen Hauptaufgaben zu wenig Zeit, um selbst ausreichend Psychotherapien durchzuführen und

genügend psychotherapeutische Erfahrung zu sammeln. Sie machen in zehn Jahren so viel Erfahrung wie ein freiberuflicher Psychotherapeut in einem Jahr. Damit sind nicht die Ausbilder in den bisherigen Ausbildungsambulanzen im Rahmen der postgraduierten Ausbildung gemeint, die neben einer guten postgraduierten Ausbildung Praxiserfahrung und Wissenschaftlichkeit in einer guten Mischung aufweisen.

Wie bei der Selbsterfahrung kann nicht erwartet werden, dass die notwendige Qualität der Supervision von Universitätsangehörigen aller Universitäten erbracht werden kann. Sie benötigt Erfahrung und auch das, was mehr ist als Wissenschaft. Der begrenzte Horizont der Wissenschaft reicht nicht aus für die notwendige Supervisionsqualität. Externe SupervisorInnen kosten so viel Geld, dass dies von der Universität nicht aufgebracht werden kann, wenn das Studium kostenfrei sein soll. Und Supervision muss vor der Approbation erfolgen. Approbation ohne supervidierte Psychotherapien wäre verantwortungslos.

*Ist gewährleistet, dass die rein quantitativ-wissenschaftlichen Inhalte der Theorie nicht mehr als 30 % des Lehrstoffs ausmachen?*

Die Universitätspsychologie ist nur zum kleineren Teil im Besitz des für die Psychotherapie-Ausbildung benötigten Wissens. Deshalb kann auch nicht gesagt werden, die Universität solle die Theorie vermitteln und nach dem Studium solle das Weiterbildungsinstitut Selbsterfahrung und Supervision anbieten. Alle drei Bestandteile müssen parallel vermittelt werden, da Rückbezüge wesentlich für den Lernprozess sind. Die Einschränkung des wissenschaftlichen Horizonts der Forscher auf quantitative Forschung rührt u. a. daher, dass nur Studien eine Chance auf Veröffentlichung haben, deren Methodik der Planung und Auswertung hoch komplizierte Statistikverfahren enthält. Qualitative Studien dauern viel länger und haben dann geringe Chancen auf Veröffentlichung. Entsprechend baut das Wissen, das in Lehrbüchern und Vorlesungen vermittelt wird, fast nur auf quantitativen Studien auf – obwohl die eigene Methodenlehre darauf hinweist, dass ausgiebige qualitative Studien und Einzelfallstudien vorausgehen müssen.

*Gibt es genügend Lehrer, die überzeugend den Unterschied zwischen RCT-Studien-Therapie und Versorgungstherapie deutlich machen und die Vorgehensweise im letzteren Fall lehren können?*

Gegenwärtig gibt es nach Kriz (2000) und Revenstorf (2005) in der deutschen Universitätspsychologie einen wissenschaftlichen mainstream, der das medizinische Modell auf die Psychotherapie überträgt, da dies zu gut handhabbaren Studiendesigns führt. Diese Forschung ist zwar ein wichtiger Teil der Forschungsempirie, aber es besteht die Gefahr, dass sie heute als die ganze Wissenschaft gesehen und gelehrt wird (Seligman 1997, Strupp 1996, Woolfolk 1998). Dafür bleiben Forschungsparadigmen und -designs auf der Strecke, die gut geeignet wären, dem Wesen der Psychotherapie gerecht zu werden (qualitative Forschung, Feldstudien, Hermeneutik). Deshalb können derzeit höchstens die wissenschaftlichen Grundlagen an die Universität abgegeben werden (also z. B. 200 von 600 Stunden Theorie).

*Ist die Ambulanz Bestandteil der Patientenversorgung (GKV), so dass nicht nur leicht erkrankte monosymptomatische oder über Anzeigen gefundene Patienten verfügbar sind?*

Die bisherigen postgraduierten Ausbildungsambulanzen der Universitäten müssen ebenso wie die Ambulanzen der privaten Institute ihren Betrieb einstellen. Forschungsambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten können nicht ohne weiteres in die Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hineingenommen werden, da Behandlungen von Studierenden durchgeführt werden und zudem deren Supervision nicht gewährleistet ist. Deshalb muss davon ausgegangen werden, dass auch weiterhin die PatientInnen nicht der Patientenpopulation entsprechen, die für eine Psychotherapie-Ausbildung benötigt wird.

*Sind die Ausbildungsgruppen klein genug für effektive Lernprozesse (16 TeilnehmerInnen in Kursen, 9 TeilnehmerInnen in Selbsterfahrungsgruppen und 4 TeilnehmerInnen in der Supervision)?*

Wenn Selbsterfahrungsgruppen mehr als neun TeilnehmerInnen haben, ist die Gruppe kein ausreichend wirksames Medium des Selbsterfahrungsprozesses mehr. Bleibt es bei neun TeilnehmerInnen, sind die Kosten allerdings viel höher als die Universität bezahlen kann. Bei der Supervision dürfen es höchstens vier TeilnehmerInnen sein, weil sonst nicht ausreichend Zeit für die Supervisionsfälle aller TeilnehmerInnen bleibt. Hier ist ebenfalls von einem noch höheren Kostenfaktor auszugehen.

*Ist die Lehre von 1. praktizierter Psychotherapie versus 2. „über-wissenschaftlicher“ Psychotherapie-Theorie und 3. Wissenschaft auch in den Kursen in einer ausgewogenen Balance?*

Da viele Hochschullehrer mangels eigener psychotherapeutischer Erfahrung nicht gut praktizierte Psychotherapie lehren können und externe Lehrer zu teuer sind, kann die Universität diese Ausgewogenheit und Balance nicht deutschlandweit gewährleisten, auch wenn es einige Exzellenz-Zentren gibt. Vielmehr ist davon auszugehen, dass zu viel Wissenschaft vermittelt wird.

*Haben genügend viele AusbildungsteilnehmerInnen ohne Verzögerung Zugang zur praktischen Tätigkeit in der Klinik? (zweiter Flaschenhals?)*

Die Kammern wollen eine zweijährige Pflicht-Weiterbildung in einer Klinik bei tariflicher Bezahlung wie Assistenzärzte (mindestens 3900 Euro brutto monatlich). Kliniken haben so gut wie keine Stellen dafür frei. Das führt zu einem Proletariat von arbeitslosen approbierten Direktausbildungs-PsychotherapeutInnen, die keine Chance haben, ihren Beruf auch auszuüben.

*Ist die Bezahlung in der praktischen Tätigkeit ausreichend?*

Für die wenigen, die eine bezahlte Stelle erhaschen (weniger als 10 %) ist die Bezahlung ausreichend. Andere werden doch am Gesetz vorbei ohne Bezahlung hospitieren – denn sie tun alles, um doch ihren Beruf ausüben zu können. Oder sie geben auf. Statt mehr Lohngerechtigkeit entsteht das Gegenteil.

*Ist an eine Verkürzung der Klinikzeit gedacht?*

Stattdessen ist daran zu denken, dass die bisherigen 1800 Stunden praktische Tätigkeit auf 1200 Stunden gekürzt werden können, so dass die Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben besser erfüllt werden können und auch mehr Familienfreundlichkeit entsteht. Die Aufblähung der Klinikzeit trägt nichts zur Verbesserung der Ausbildung bei. Denn die ambulante Psychotherapie ist die Norm und die Verlagerung in die Klinik führt sekundär auch zur Aufblähung stationärer Behandlung mit der entsprechenden Kostensteigerung. Stationäre Psychotherapie sollte aber die Ausnahme bleiben.

*Wie familienfreundlich ist die Ausbildung?*

Eine Direktausbildung mit anschließender zweijähriger ganztägiger Kliniktaetigkeit ist familienfeindlich. Eine Psychotherapeutin mit einem kleinen Kind tut sich schwer, in eine meist entfernte Klinik zur Arbeit zu fahren und ihr Kind für einen normalerweise mit Fahrt 10 bis 11-stündigen Arbeitstag lang unterzubringen.

*Kann die KJ-Approbation beibehalten werden?*

Bei einer Direktausbildung fällt die eigenständige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Approbation weg. Damit wird ein sehr qualifizierter und hoch spezialisierter Beruf abgeschafft. PsychologInnen sind trotz entsprechender Weiterbildung nicht in der Lage, dieses Qualitätsniveau zu erreichen. Die Qualität der Patientenversorgung wird erheblich sinken. Es fängt damit an, dass das Direktstudium kaum auf die Kinder- und Jugendlichen eingehen kann. Und dass die Universitätspsychologie zu wenige Hochschullehrer hat, die für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie spezialisiert sind, dadurch auch zu wenig Forschung in diesem Bereich machen. Dieses Gebiet ist so komplex und umfangreich, dass es nicht in einer Weiterbildung gelehrt werden kann. Weiterbildung reicht nicht, es muss Ausbildung sein. Sonst ist das gegenwärtige Spezialistentum der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht wieder herzustellen. Mit der Folge, dass die Versorgungsqualität extrem absinkt. Noch gar nicht berücksichtigt ist, wo denn die Strukturen sein sollen, in denen eine so intensive Weiterbildung stattfinden könnte, wie sie erforderlich

wäre. In Kliniken geht das nicht, da der Versorgungsdruck sehr groß ist und keine Ressourcen übrig bleiben.

*Haben PädagogInnen und SozialpädagogInnen auch ohne 60 % Psychologie-Pflichtfächer Zugang zur KJ-Ausbildung?*

Gegenwärtig verlangt die DGPs von PädagogInnen und SozialpädagogInnen so viele psychologische und forschungsmethodologische Lehrveranstaltungen, dass vom eigentlichen Studienfach kaum mehr als ein Drittel übrig bleibt, wodurch daraus eigentlich ein Psychologiestudium werden würde, was weder in der Pädagogik noch in der Sozialpädagogik geleistet werden kann.

*Ist das Master-Bachelor-Problem gelöst?*

Im Vergleich zu der bislang nicht diskutierten dualen Direktausbildung (Gleiniger 2013, Sulz 2013a), bei der die postgraduierte Psychotherapie-Ausbildung beibehalten würde, wird dieses Problem bei der basalen Direktausbildung nicht besser gelöst, es gibt also keinen Vorteil für letztere. Und damit keinen zwingenden Grund, sie einzuführen.

*Wie sehr hängt die Instituts-Zukunft vom Gutdünken der Kammern ab?*

Das Gesetz wird keine Vorgaben machen für Art und Umfang der Weiterbildung nach der basalen Direktausbildung. Die Weiterbildung wird völlig im Ermessen der Kammern sein und demnach von deren Gutdünken abhängen, das aber erst im Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes erkennbar wird. Bis dahin bleibt es ungewiss, ob die bisherigen Ausbildungsinstitute, nachdem ihnen entgegen der Empfehlung des Forschungsgutachtens die Ausbildungsaufgabe weggenommen wurde, irgendeine Bildungsaufgabe bekommen. Das ist kein guter Umgang mit Ressourcen.

*Ist ein Bildungsmonopol samt Verstaatlichung zu fürchten?*

Ja, da fast alle Universitäten staatlich sind, liegt quasi eine Verstaatlichung mit all ihren Nachteilen vor. Und es kommt zu einem Bildungsmonopol, das darin besteht, dass nur noch die

Universität und zwar nur noch die Universitätspsychologie zur PsychotherapeutIn ausbilden darf, was zu einer Verarmung der Ausbildung führen wird, ganz abgesehen von der Schwerfälligkeit einer Universitätsverwaltung im Vergleich zu kleinen Instituten.

## **Ergebnis der Qualitätsprüfung**

Die „Audit“-Antworten zeigen so viele offensichtliche Mängel, dass keine Eignung der Universität als Anbieter einer Psychotherapie-Ausbildung als basale Direktausbildung festzustellen ist. Das liegt nicht an schlechter Qualität der klinisch-psychologischen Universitäts-Departments, sondern an der Untauglichkeit des Vorhabens, Psychotherapie gleich nach dem Abitur lehren zu wollen. Jeder muss an diesem Vorhaben scheitern, so qualifiziert er auch sein mag.

Das Bundesgesundheitsministerium muss sich fragen lassen, ob es diese Qualitätsprüfungs-Fragen gestellt hat und zu welchen Antworten es gekommen ist, sowie wodurch diese Antworten begründet werden können. Bei ihm liegt die letzte Verantwortung, nicht bei der DGPs, nicht bei den Universitäten und nicht bei der BPtK, dem DPT, dem Länderrat und den Landeskammern. Aus diesen Antworten wird sich ergeben, ob der Qualitätseinbruch stattfinden wird oder ob das Ministerium seiner großen Verantwortung gerecht geworden ist.

Trotzdem muss auch an das Verantwortungsbewusstsein der Anderen appelliert werden:

Die Universitäten sollten eingestehen, dass sie die basale Direktausbildung nicht qualifiziert durchführen können (nicht mangels Qualifikation, sondern weil das niemand kann), auch nicht eine auch nur annähernd vergleichbare Qualität der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gewährleisten können (nicht mangels Qualifikation, sondern weil andere es halt besser können – nämlich diejenigen, die sich ganz der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verschrieben haben, in ihr ausgebildet sind, sie praktizieren und sie als Supervisoren lehren).

Die Berufspolitiker sollten zugeben, dass der Preis einer abzusehenden Qualitätsverschlechterung viel zu hoch ist und

dass sie andere Wege suchen, um ihr emanzipatorisches Ziel zu erreichen. Und vor allem, dass ihnen eine sehr gute Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie so sehr am Herzen liegt, dass sie diese nicht durch gewagte Experimente aufs Spiel setzen wollen, deren Ausgang niemand vorhersagen kann.

### Es gibt eine gute Alternative: die duale Direktausbildung

Dem Ministerium müsste das „nebenwirkungsarme“ Alternativmodell der dualen Direktausbildung bekannt sein (Ruggaber 2013, Sulz 2014a). Deshalb wird es große Schwierigkeiten haben, dieses gut begründet zu verwerfen. Einziger triftiger Grund wäre: Wir sind dagegen, weil die DGPs und die BPTK samt Länderrat lieber die basale Direktausbildung wollen. Dieser Grund ist aber nicht akzeptabel.

Die duale Direktausbildung wird ausführlich von Gleiniger (2013) und Sulz (2013a und in Kapitel 14 dieses Buches) dargestellt, so dass hier auf ihre Beschreibung verzichtet wird. Wesentliches Merkmal ist, dass nach einem passgenau auf die Ausbildung vorbereitenden Masterstudium (oder Studium mit staatlicher Abschlussprüfung) eine postgraduierte Ausbildung erfolgt, nach der erst die Approbation erteilt wird. In Tabelle 1 werden die beiden Modelle verglichen. Bei der Betrachtung wird deutlich, dass die Liste der Mängel bei der basalen Direktausbildung durch die Universität nicht abreißt. Das sind Mängel, die in absehbarer Zeit nicht zu beheben sind und die bei der dualen Direktausbildung nicht vorkommen.

Eine basale Direktausbildung, die gleich hoch qualifiziert wäre, wie die bisherige postgraduierte Psychotherapie-Ausbildung würde außerdem zu so hohen Zusatzkosten führen, dass die Kultus- und Wissenschaftsministerien niemals die erforderlichen Mittel aufbringen könnten. Ein auf hektische Weise schnell herbeigeführter und schlecht geplanter Start würde so ganz sicher zu einer extrem niedrigen Ausbildungsqualität und einer verheerenden Verschlechterung der Patientenversorgung bei zugleich hohen Kosten führen. Ob Bundesgesundheitsminister Gröhe das verantworten will, wird sich zeigen.

11 „Audit“-Frage	duale Direktausbildung (postgraduiert in Institut)	basale Direktausbildung (Universitätstudium)
Wird das Forschungsgutachten berücksichtigt?	folgt der Empfehlung des Forschungsgutachtens	Es wird einfach ignoriert, als ob es kein Forschungsgutachten gäbe.
Hat die Ausbildungsstätte bewährte Qualität?	15 Jahre gute Ausbildungsqualität nachgewiesen	Die Universität hat so etwas noch nie gemacht. Es bleibt bei vagen Vermutungen.
Nutzung vorhandener Ressourcen	die anerkannten Institute sind als Ressourcen ohne weiteren räumlichen, organisatorischen und finanziellen Aufwand verfügbar	Als Numerus Clausus-Fach mit einem extremen Numerus Clausus ist nicht von personellen Ressourcen auszugehen.
Sind Leiter und Lehrer erfahrene PsychotherapeutenInnen?	Leiter und Lehrer sind sehr erfahrene PsychotherapeutenInnen	Viele können weder als LehrerIn noch als SupervisorIn ausreichend Erfahrung gesammelt haben.
Wird ausreichend viel Psychotherapie, die über Wissenschaft hinaus geht, gelehrt?	Inhalte sind eine ausgewogene Mischung von Wissenschaft und Psychotherapie	Den über die pure Wissenschaft hinausgehenden Theorieteil beherrschen viele gegenwärtige Universitätsprofessoren zu wenig, sowohl was eine tiefergehende Therapietheorie angeht, als auch was die Vielfalt psychotherapeutischer Verfahren betrifft.
Lässt das Einstiegs- und Erdalter zu, dass eine therapeut. Persönlichkeit heranreift?	Beginn der Ausbildung mit 22 bis 25 Jahren und Abschluss mit 26 bis 30 Jahren ermöglicht die Persönlichkeits-Entwicklung als Therapeut	Mit 18 Jahren eine Psychotherapieausbildung zu beginnen, ist zu früh. Die fünf Jahre bis zur Approbation mit 23 Jahren können nicht ausreichend Raum für die Entwicklung der Psychotherapeuten-Persönlichkeit schaffen.
Gibt es ausreichend viele Ausbildungsstellen oder ist hier ein erster Flaschenhals zu erwarten?	Es gibt so viele Ausbildungsstellen wie die Gesellschaft nachwachsende PsychotherapeutInnen braucht, um aus Altersgründen ausscheidenden niedergelassene PsychotherapeutInnen zu ersetzen. Wer geeignet ist, kann einen Ausbildungsplatz ohne Wartezeit erhalten.	Die Universität müsste für die Psychotherapieausbildung Lerngruppen mit 15 bis 16 TeilnehmerInnen bilden, also mit doppelt bis dreimal so viel Lehrpersonal und Räumen etc. wie im normalen Studienbetrieb. D.h. entweder gewaltige neue Kosten oder ein Flaschenhals.
Ist gesichert, dass Selbsterfahrung über ein Universitäts-Seminar hinaus, sowie tiefe persönliche Erfahrung und Selbsterkenntnis stattfindet?	Der geschützte Rahmen außerhalb eines Wissenschaftsbetriebs und mit begrenzter Gruppengröße gibt sichere Möglichkeit zur Selbstöffnung.	Selbsterfahrung ist teuer und kann nicht auf die Zeit nach der Approbation verschoben werden. Ohne Selbsterfahrung darf keine psychotherapeutische Approbation erteilt werden.

Ist die Bezahlung der Selbsterfahrung so geregelt, dass nur erfahrene SupervisorInnen, die nicht zur Universität gehören, die Gruppe leiten?	Es gibt keine rechtlichen Hindernisse gegen die Bezahlung der Selbsterfahrungsgruppen durch die AusbildungsteilnehmerInnen, so dass an der Qualität der Selbsterfahrungsleiter keine Abstriche gemacht werden müssen.	Aus Gründen der Abhängigkeit der Studierenden von ihren LehrerInnen dürfen Hochschulangehörige keine Selbsterfahrung mit ihren Studierenden durchführen. Also kann die Kostenfreiheit für Studierende nicht eingehalten werden.
Ist gewährleistet, dass die SupervisorInnen sehr erfahrene PsychotherapeutInnen sind, die nicht hauptamtlich ForscherInnen und HochschullehrerInnen sind?	SupervisorInnen sind nicht hauptamtlich als HochschullehrerInnen tätig, sondern frei beruflich in eigener Praxis oder leitend in einer Klinik	An der Universität sind kaum qualifizierte SupervisorInnen als hauptamtlich Angestellte vorhanden sind, denn diese brauchen sehr viel Erfahrung.
Ist die Bezahlung der Supervision so geregelt, dass nur erfahrene SupervisorInnen, die in der Regel nicht zur Universität gehören die Supervision durchführen?	Es gibt keine rechtlichen Hindernisse gegen die Bezahlung der Supervision durch die AusbildungsteilnehmerInnen, so dass an der Qualität der SupervisorInnen keine Abstriche gemacht werden müssen.	Externe SupervisorInnen kosten so viel Geld, dass dies von der Universität nicht aufgebracht werden kann, wenn das Studium kostenfrei sein soll.
Ist gewährleistet, dass die rein quantitativ-wissenschaftlichen Inhalte der Theorie nicht mehr als 30 % des Lehrstoffs ausmachen?	Erfahrene PsychotherapeutInnen vermitteln in großem Umfang Theorietheorie, die nicht ausschließlich auf quantitativen Studien aufbaut, sondern sich auch wesentlich auf Feldstudien und qualitative Forschung bzw. hermeneutische Verfahren beziehen. Sowie zu einem großen Teil all das, was die Wissenschaft noch nicht erfasst hat oder erfassen kann.	Die Universitätspsychologie ist nur zum kleineren Teil im Besitz des für die Psychotherapie-Ausbildung benötigten Wissens. Deshalb kann auch nicht gesagt werden, die Universität solle die Theorie vermitteln und nach dem Studium solle das Weiterbildungsinstitut Selbsterfahrung und Supervision anbieten.
Gibt es genügend Lehrer, die überzeugend den Unterschied zwischen RCT-Studien-Therapie und Versorgungstherapie deutlich machen und die Vorgehensweise im letzten Fall lehren können?	Hauptziel des Lernprozesses ist über den Nutzen von RCT-evaluierten Therapiemethoden hinaus die Behandlung des Menschen (der psychisch erkrankt ist)	Es bleiben Forschungsparadigmen und -designs auf der Strecke, die besser geeignet wären, dem Wesen der Psychotherapie gerecht zu werden (qualitative Forschung, Feldstudien, Hermeneutik).
Ist die Ambulanz Bestandteil der Patientenversorgung (GKV), so dass nicht nur leicht erkrankte monosymptomatische oder über Anzeigen gefundene Patienten verfügbar sind.	Die Institutsambulanzen repräsentieren die Population psychisch erkrankter Menschen in Deutschland sehr gut, so dass bezüglich der Diagnosen bestmögliche Vorbereitung auf die spätere Niederlassung besteht.	Forschungsambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten können nicht ohne weiteres in die Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hineingenommen werden, da Behandlungen

Sind die Ausbildungsgruppen klein genug für effektive Lernprozesse (16 TeilnehmerInnen in Kursen, 9 TeilnehmerInnen in Selbsterfahrungsgruppen und 4 TeilnehmerInnen in der Supervision	Die Kursgröße beträgt 13 bis 16 TeilnehmerInnen, Selbsterfahrungsgruppen haben 8 bis 9 Mitglieder und die Supervisionsgruppe besteht aus maximal 4 TeilnehmerInnen.	Wenn Selbsterfahrungsgruppen mehr als neun TeilnehmerInnen haben, ist die Gruppe kein ausreichend wirksames Medium des Selbsterfahrungsprozesses mehr. Bei der Supervision dürfen es höchstens vier TeilnehmerInnen sein. Hier ist von einem noch höheren Kostenfaktor auszugehen.
Ist die Lehre von 1. praktizierter Psychotherapie versus 2. „über-wissenschaftlicher“ Psychotherapie-Theorie und 3. Wissenschaft auch in den Kursen in einer ausgewogenen Balance?	200 Stunden Wissenschaft und 400 Stunden Psychotherapie, davon die Hälfte practitando hält die Balance der Lehrziele und Modi.	Da zu viele HochschullehrerInnen mangels eigener psychotherapeutischer Erfahrung nicht gut praktizierte Psychotherapie lehren können und externe Lehrer zu teuer sind, kann die Universität diese Ausgewogenheit und Balance nicht gewährleisten.
Haben genügend viele AusbildungsteilnehmerInnen ohne Verzögerung Zugang zur praktischen Tätigkeit in der Klinik? (zweiter Flaschenhals?)	Es gibt für jede AusbildungsteilnehmerIn eine vertraglich gesicherten Platz in einer Klinik. Nur wer halbtags oder vierteltags arbeiten möchte, muss mit einer Wartezeit rechnen.	Kliniken haben so gut wie keine tariflich bezahlten Stellen frei. Das führt zu einem Proletariat von arbeitslosen approbierten Direktausbildungs-Psychotherapeuten, die keine Chance haben, ihren Beruf auch auszuüben.
Ist die Bezahlung in der praktischen Tätigkeit ausreichend?	In der dualen Direktausbildung wird die Bezahlung gesetzlich festgelegt, empfohlen wird eine Vergütung analog den Rechtsreferendaren (1300 Euro)	Für die wenigen, die eine bezahlte Stelle erhaschen (weniger als 10 %) gibt es die Bezahlung. Andere kapitulieren. Statt mehr Lohngerechtigkeit entsteht das Gegenteil.
Ist an eine Verkürzung der Klinikzeit gedacht?	Wenn Konsens besteht, kann die Ausbildung mit 12 statt mit 18 Monaten praktische Tätigkeit stattfinden.	Die Aufblähung der Klinikzeit trägt nicht zur Verbesserung der Ausbildung bei. Denn die ambulante Psychotherapie ist die Norm.
Wie familienfreundlich ist die Ausbildung?	Die Kurse finden an Wochenenden statt, so dass bei einer kleinen Familie mit einem Kind, die Kinderbetreuung gewährleistet ist.	Eine Direktausbildung mit anschließender zweijähriger ganztägiger Klinik-tätigkeit ist familienunfreundlich.
Kann die KJ-Approbation beibehalten werden?	Auch bei dualer Direktausbildung kann die KJ-Approbation beibehalten werden.	Bei einer Direktausbildung fällt die eigenständige Kinder- und Jugendlichen-

Ein anderes Vorgehen könnte darin bestehen, zuerst eine kleine Reform der bestehenden postgraduierten Ausbildung zur Behebung der großen Mängel durchzuführen (Sulz 2014c), um nach sehr gründlicher Vorarbeit und Modellversuchen in einigen Jahren eine große Reform als duale Direktausbildung einzuleiten.

## Literatur

Benecke C. (2012). Direktausbildung Psychotherapie mit „breitem Zugang“. Vortrag beim Hochschullehrertreffen der Psychotherapeutenkammer Hessen am 10.10.2012

BGBI I 1998, 3749: Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG)

BGBI I 1998, 3749: Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Psychologische Psychotherapeuten (PsychTh-APrV)

BGBI I, 3761: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV)

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2010). 16. Deutscher Psychotherapeutentag. Verfügbar unter: [www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/16-deutsche.html](http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/16-deutsche.html) (6.10.2013)

Fliegel S. (2014): Direktausbildung Psychotherapie – ein Weg mit fatalen Konsequenzen. In: Sulz S. (Hrsg.): Zukunft der Psychotherapie ohne Direktausbildung. München: CIP-Medien

Fydrich T., Abele-Brehm A., Margraf J., Rief W., Schneider S., Schulte D. (2013): Universitäres Direktstudium und anschließende Weiterbildung sichern Qualität und Zukunft des Berufs. *Psychotherapeutenjournal* 4/2013, Seite 358–359

Gleiniger J.W. (2013): Basal oder dual? – Ordnungspolitische Rechtfertigungen einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand. Vortrag auf der Fachtagung Qualität sichern – Fachliche und strukturelle Perspektiven für eine Reform der Psychotherapieausbildung. Berlin am 13.6.2013

Kriz J. (2000): Perspektiven zur „Wissenschaftlichkeit“ von Psychotherapie. In: Hermer, Matthias (Hrsg.): *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Tübingen: DGVT-Verlag, 43–66

Lubisch B. (2012). Könnte so die Direktausbildung aussehen? Eine Skizze. *Psychotherapie Aktuell*, 3, 28–31.

Mertens W. (2007): Qualitative Forschung ohne Theorie unbewusster Handlungsgründe? Lasst uns endlich die Schrotflinte auf den Tisch legen. *Erwägen Wissen Ethik EWE* 18 (S. 253–255)

		psychotherapie-Approbation weg. Damit wird ein sehr qualifizierter und hoch spezialisierter Beruf abgeschafft. Psychologen sind trotz entsprechender Weiterbildung nicht in der Lage, dieses Qualitätsniveau zu erreichen. Die Qualität der Patientenversorgung wird erheblich sinken.
Haben PädagogInnen und SozialpädagogInnen auch ohne 60 % Psychologie-Pflichtfächer Zugang zur KJ-Ausbildung?	PädagogInnen und SozialpädagogInnen haben das gleiche Recht auf die Aufnahme in die KJ-Psychotherapie-Ausbildung wie PsychologInnen.	Gegenwärtig verlangt die DGPs von PädagogInnen und SozialpädagogInnen so viele psychologische und forschungsmethodologische Lehrveranstaltungen, dass vom eigentlichen Studienfach kaum mehr als ein Drittel übrig bleibt.
Ist das Master-Bachelor-Problem gelöst?	Ja, auf die gleiche Weise wie bei der basalen Direktausbildung.	Im Vergleich zu der bislang nicht diskutierten dualen Direktausbildung, bei der die postgraduierte Psychotherapie-Ausbildung beibehalten würde, wird dieses Problem nicht besser gelöst, es gibt also keinen Vorteil für die basale Direktausbildung. Und damit keinen zwingenden Grund, sie einzuführen.
Wie sehr hängt die Instituts-Zukunft vom Gutdünken der Kammern ab?	Die Kammern haben keinen Zugriff auf diese bundeseinheitlich und staatlich geregelte Ausbildung. Es ist also schon ab dem ersten Tag der Gültigkeit des Gesetzes klar, dass die Institute die Aufgabe der Ausbildung behalten werden.	Das Gesetz wird keine Vorgaben machen für Art und Umfang der Weiterbildung nach der basalen Direktausbildung. Die Weiterbildung wird völlig im Ermessen der Kammern sein und demnach von deren Gutdünken abhängen. Das ist ein schlechter Umgang mit Ressourcen.
Ist ein Bildungsmonopol samt Verstaatlichung zu fürchten??	Da die Institute kleine private Einrichtungen sind, die von den Persönlichkeiten ihrer Gründer und Leiter geprägt sind, besteht keine Gefahr der Einnengung auf eine mainstream Wissenschaft.	Ja, da fast alle Universitäten staatlich sind, liegt quasi eine Verstaatlichung vor – mit all ihren Nachteilen.

Tabelle 1 Qualitäts-Kriterien Psychotherapie-Ausbildung-Vergleich duale und basale Direktausbildung

Michelmann A., Ruggaber G., Timmermann H., Trautmann-Voigt S., Walz-Pawlita S., Wiesemüller B., Hoffmann F. (2013). „Qualität sichern“ – Fachgesellschaften fürchten erheblichen Qualitätsverlust der Ausbildung. *Psychotherapeutenjournal* 3/2013, 269–271.

Revenstorff D. (2005): Das Kuckucksei – über das pharmakologische Modell in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie* 10, S. 22–31

Richter R. (2013): Das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 2013, 118–120

Rief W., Fydrich T., Margraf J. & Schulte D. (2012). Modellvorschlag Direktausbildung Psychotherapie (Version 3). Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Kommission Psychologie und Psychotherapie, Berlin.

Rief W., Abele-Brehm A., Fydrich T., Schneider S. & Schulte D. (2014): Praxisanteile im Direktstudium Psychotherapie – auf welchen Lehrerfahrungen kann aufgebaut werden? Welche Inhalte und Kompetenzen sollten vermittelt werden? *Psychotherapeutenjournal* 1, 31–36

Ruggaber G. (2013): Und was, wenn nichts passiert? – Plädoyer für eine patienten- und qualitätsorientierte Ausbildungsreform. *Psychotherapeutenjournal* 4/2013, Seite 376–377

Seligman M.E.P. (1997): Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports-Studie, in: *Integrative Therapie* 22, 4, 264–288

Strauß B., Barnow S., Brähler E., Fegert J., Fliegel S., Freyberger H.J., Goldbeck L., Leuzinger-Bohleber M., Willutzki U. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Strauß B. (2013). Qualitätsverlust? Die Ausbildungsdiskussion vier Jahre nach dem Forschungsgutachten. Unveröffentlichtes Manuskript als Vorlage zum Vortrag auf der Lindauer Psychotherapiewoche 2013.

Strupp H.H. (1996): Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut* 41, 84–87

Sulz S. (2013a): Weiterbildung nach der dualen Direktausbildung in Psychotherapie – ein Konzept zur Gestaltung der Zukunft der Psychotherapie. *Psychotherapie* 18, 237–254

Sulz S. (2013b): Bericht und Stellungnahme zur Veranstaltung „Ideenwettbewerb: wie könnte eine Weiterbildung in Psychotherapie nach einem Direktstudium aussehen?“. *Psychotherapie* 18, 255–269

Sulz S. (2014a): Empfehlungen zur Ausgestaltung der Praktischen Tätigkeit in der Psychotherapie-Ausbildung. *Psychotherapie* 19, 192–196

Sulz S., Backmund-Abedinpour (2014b): Die Zukunft der Psychotherapie in Deutschland – Medizinische Psychotherapie als neuer medizinischer Beruf. *Psychotherapie* 19, 182–191

Sulz S. (unveröffentlicht 1): Empfehlungen zur Vergütung PiA während der Praktischen Tätigkeit und zu deren Verkürzung. Quelle:

<http://www.serge-sulz.de/Hintergrundwissen/Direktausbildung-einfache-oder-duale-Direktausbildung/wichtige-Downloads-zur-Direktausbildung-Psychotherapie-einfach-oder-dual/>

Sulz S. (unveröffentlicht 2): Kleine Reform für eine große Zukunft der Psychotherapeutenausbildung. Quelle: <http://www.serge-sulz.de/Hintergrundwissen/Direktausbildung-einfache-oder-duale-Direktausbildung/wichtige-Downloads-zur-Direktausbildung-Psychotherapie-einfach-oder-dual/>

Woolfolk R.L. (1998): *The Cure of Souls. Science, Values, and Psychotherapy*. San Francisco: Jossey-Bass

## 12 Weshalb Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als Beruf mit eigenständiger Approbation nicht abgeschafft werden darf

Serge Sulz & Annette Richter-Benedikt

Sie waren benachbart. Auf der einen Straßenseite wohnten die „Adults“, auf der anderen die „Juvenils“. Die Adults trafen sich zu einer Versammlung und beschlossen, dass es besser sei für sie, wenn die Juvenils abgeschafft werden. Nach der Versammlung riefen sie über die Straße zu den Juvenils: „Wir schaffen Euch ab.“ Diese sagten „Oh“. „Damit Ihr es nicht falsch versteht, wir sorgen nur dafür, dass Ihr keine Kinder mehr bekommt. Ihr selbst dürft weiter leben. Und Ihr dürft auch auf unsere Straßenseite ziehen und Ihr dürft Paten einiger unserer Kinder werden. Das ist doch schön?“ kam darauf als freundliche Einladung der Adults. „Ja, das ist schön.“ antworteten etwas betroffen die Juvenils. Aber das Wichtigste ist ja das eigene Leben und der Frieden mit den Nachbarn.

So ähnlich verfahren die Psychologischen PsychotherapeutInnen mit den approbierten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (Richter, 2013; vergl. Sulz, 2013a,b,c). Und so ähnlich reagierten viele von diesen. Natürlich ist die Metapher viel zu drastisch. Es geht nicht um Menschenleben, es geht nur um einen Beruf. Diesen Beruf gibt es seit 1999. Das sind jetzt fast 15 Jahre und 15 Jahre sind viel zu kurz, um eine stabile berufliche Identität entstehen zu lassen, die sich abgrenzt und selbstbewusst profiliert gegenüber den Erwachsenen-PsychotherapeutInnen. Es wird gar nicht überlegt, ob Erwachsenen-PsychotherapeutInnen das Recht haben, über die zukünftige Existenz anderer, nämlich der approbierten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zu bestimmen, so wie Kinder nicht überlegen, ob ihre Eltern das Recht haben, sie schlecht zu behandeln. Ein nicht unwichtiger Faktor scheint eine gewisse Berufsmüdigkeit bei langjährig tätigen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zu sein. Sie wünschen sich die Abrechnungsgenehmigung für Erwachsene,

so wie die ErwachsenentherapeutInnen die Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mittels einer Zusatzausbildung erwerben können. Diese Möglichkeit wurde ihnen im Rahmen einer Übergangsregelung bei der Reform versprochen. Wichtig wäre deshalb, diese Abrechnungsgenehmigung auch ohne Mithilfe zur Direktausbildungsreform zu erstreiten. Dazu braucht es kein Gesetz, sondern hartnäckige Verhandlungen im Unterausschuss Psychotherapie des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss). Diese würden aber vermutlich dazu führen, dass eher die Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Familientherapie dgkjp die neuen Zusatzausbildungen in beide Richtungen definieren würden (Walter und Sedlacek 2014):

*Erlangung der Abrechnungsgenehmigung in Erwachsenenpsychotherapie durch eine Zusatzausbildung (analog zu der bereits bestehenden Möglichkeit, als ErwachsenenpsychotherapeutIn durch eine Zusatzausbildung Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu erhalten, wobei in beide Richtungen eine wesentlich höhere Stundenzahl erforderlich ist als bisher: mindestens 400 Stunden Theorie, 400 Stunden durchgeführte Therapien von Erwachsenen unter 100 Stunden Supervision sowie kontinuierliche Fortbildungsnachweise im neuen Bereich – d. h. eine ErwachsenentherapeutIn mit Zusatzausbildung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie muss kontinuierliche Fortbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nachweisen und umgekehrt).*

Es könnte sein, dass es ein historischer Fehler war, mit den Erwachsenen-PsychotherapeutInnen zusammen eine Kammer zu bilden. Denn in dieser hat die große Mehrheit der Psychologischen PsychotherapeutInnen zu bestimmen. Und mit einer eigenen Kammer für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hätte der Beruf bewahrt werden können. Da wurde gedacht: Gemeinsam sind wir stark. Ja, so lange keine interne Gegnerschaft entsteht. Zusätzlich fehlte den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen das Selbstbewusstsein des

„Vollakademikers“. Viele hatten ein Fachhochschulstudium in Sozialpädagogik absolviert und ihnen fehlte ein Universitätsstudium. Das ist trotz Bolognareform eine Quelle von niedrigerem Selbstbewusstsein. Hinzu kam die Tatsache, dass Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen nicht mit Hilfe einer Zusatzausbildung die Berechtigung erhielten, Erwachsene zu behandeln, während umgekehrt jeder Erwachsene-Psychotherapeut eine Zusatzausbildung machen konnte, und dann genau so Kinder und Jugendliche behandeln durfte wie eine approbierte Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn mit ihrer drei bis fünfjährigen Vollausbildung, egal wie schlecht ihre Behandlungsqualität in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie war. Obwohl sie wussten, dass diese Zusatzausbildung eigentlich unqualifiziert ist, begehrten sie nicht auf. So viel historisch entstandenen Respekt hatten sie vor der ErwachsenenpsychotherapeutIn und den PsychologInnen als Universitäts-AbsolventInnen. Gefahr ist, dass die KJ-TherapeutInnen jetzt der Verlockung erliegen, im Zuge von Übergangsregelungen die Berechtigung zu erhalten, auch Erwachsene zu behandeln. Dann stimmen viele der Abschaffung ihres eigenständigen approbierten Berufs zu.

Das wäre ein Trauerspiel. Und niemand scheint sich bewusst zu machen, wie groß der Verlust ist, der betrauert werden muss. Bis vor 14 Jahren lag die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Argen. Die Geschichte der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie legt nahe, dass Psychologen und Ärzte diese links liegen ließen, als ob sie unter ihrem Niveau sei. So entstand der Beruf des Psychagogen, der sich nicht Psychotherapeut nennen konnte (1953 Gründung der Vereinigung Deutsche Psychagogen). Diesen Beruf wählten Akademiker mit ganz verschiedenem Hochschulstudium (Sozialpädagogik, Pädagogik, Lehrer, Theologen etc.). Erst sehr spät wurde aus den Psychagogen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (seit 1975 besteht die Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in Deutschland) und noch später wurden ihre Behandlungen von den Krankenkassen bezahlt. Die analytischen KJ-PsychotherapeutInnen trugen überwiegend die Last der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen – nicht sehr gefördert und

nicht angemessen wertgeschätzt. Sie konnten den riesigen Bedarf nicht decken. Es gab extrem lange Wartezeiten oder es wurde auf eine Psychotherapie verzichtet. Universität und Forschungseinrichtungen beschäftigten sich kaum mit Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Wissenschaftliche Fachliteratur war im Vergleich zur ausufernden Literatur über Erwachsenenpsychotherapie eher spärlich. Es gab auch noch keine voll ausgebildeten verhaltenstherapeutischen Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Und auf Kinder und Jugendliche spezialisierte verhaltenstherapeutische Therapieangebote gab es ebenfalls nur in sehr geringem Ausmaß.

Dazu gehört eine wissenschaftliche Absurdität: Es bestand und besteht immer noch die Gefahr, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wieder aus dem Katalog der von den Krankenkassen bezahlten Behandlungen herauszunehmen. Die für die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen niederschmetternde Begründung: Weil Ihr nicht genügend Forschung gemacht habt, um nachweisen zu können, dass eure Therapien wirksam sind. Solche Mitteilungen sind Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats WBT. Über wen sitzt dieses Gremium zu Gericht? Das Urteil trifft jedenfalls die PraktikerInnen. Wer sollte vor diesem Gremium stattdessen stehen? Das Bundesgesundheitsministerium, das Wissenschaftsministerium, die Universitäten, die Forschung selbst. Den extrem dürftigen Stand der Outcome-Forschung im Kinder- und Jugendlichenbereich haben nicht die PraktikerInnen zu verantworten, sondern unsere Gesellschaft mit den dafür verantwortlichen Entscheidungsträgern.

Seitdem es den gesetzlich geschützten Beruf der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn gibt, sind Forschung, Lehre, Entwicklung wirksamer Therapiekonzepte und damit die Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sehr umfangreich geworden. Dies ist ein unmittelbares Ergebnis der Einführung dieses Berufs. Ganz ähnliche Entwicklungen sind – lange Zeit zurück – im Bereich der Kindermedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu beobachten. Ab dem Moment, ab dem der jeweilige Beruf etabliert wurde, gab es Lehrstühle, Forschung und Aus- und Weiterbildung.

Niemand käme auf die Idee, die Kinder- und JugendpsychiaterIn abzuschaffen und die ErwachsenenpsychiaterInnen mit Hilfe einer Zusatzausbildung die Aufgabe zu geben, psychisch kranke Kinder und Jugendliche zu behandeln. Allen ist die absolute Notwendigkeit dieses spezialisierten Berufs bewusst. Seine Abschaffung würde die Krankenversorgung in Deutschland schwer schädigen. Es wäre eine nicht zu verantwortende Entscheidung. Die gleiche Bedeutung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat heute die approbierte Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn. Denn heute ist selbstverständlich, dass das Duo KJ-PsychiaterIn plus KJ-PsychotherapeutIn zusammen die heutige Krankenversorgung im Bereich psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen ausmacht. Die Kinder- und JugendpsychiaterInnen müssten inzwischen wissen, was ihnen weggenommen wird, wenn sie nicht mehr auf approbierte KJ-PsychotherapeutInnen mehr zurückgreifen können. Um wie viel schwerer für sie ihre Versorgungsaufgabe werden wird. Für die Gesellschaft bedeutet dies, dass eine Hälfte der gegenwärtig guten Versorgung von Kindern und Jugendlichen wegbricht.

Denn eine Erwachsenen-PsychotherapeutIn kann samt Zusatzausbildung niemals die gleiche Expertise erreichen wie eine approbierte KJ-PsychotherapeutIn. Sie wird auch immer ein zu dünnes Erfahrungspolster haben, da sie ja doch meist mehr als 50 % Erwachsene behandeln wird. Der Qualitätsverlust wird erheblich sein und niemand begehrt dagegen auf (Fliegel, 2012; Michelmann et al., 2013; Strauß, 2013).

Wieder ist es so, dass es keinen Anwalt für unsere Kinder gibt, die ja wirklich die bestmögliche Behandlung verdienen. Bestmöglich ist die Behandlung durch spezialisierte KJ-PsychotherapeutInnen, mit qualifizierter 3- bis 5-jähriger postgraduierter Vollausbildung und umfassender wachsender Erfahrung mit Kinder und Jugendlichen.

Wie umfassend und komplex das Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist, kann z. B. daran erkannt werden, dass bei einem Werk von fünf Lehrbüchern die beiden Lehrbücher über Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zusammen 1400 Seiten umfassen im Vergleich zu den beiden Lehrbüchern über Erwachsenentherapie mit zusammen 860 Seiten (Hiller et al. 2003).

Die durch das Psychotherapeutengesetz vorgegebene postgraduierte Vollausbildung wurde in staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten auf sehr hohem Niveau durchgeführt. Bei den staatlichen Prüfungen kann jedes Mal erlebt werden, wie erfreulich viel spezialisierte Kompetenz durch die Ausbildung entstanden ist. Wie wirksame Therapie selbst bei schwierigen Behandlungsfällen heute möglich ist. Es konnte Zuversicht wecken, dass der Nachholbedarf an der Behandlungsqualität, die wir unseren Kindern schulden, allmählich verringert wird.

Es ist möglich, dass berufspolitische Interessen die Reformer antreiben und dass sie, von denen nur wenige je Kinder behandelten, sich nicht ausführlich genug in die Materie eingedacht haben und deshalb den heutigen Stellenwert der approbierten KJ-PsychotherapeutIn nicht erfassen konnten. Entscheidungen von so großer Tragweite vor dem Hintergrund von Halbwissen zu treffen, ist nicht nur gesundheitspolitisch unklug, sondern ist auch unethisch. Zugunsten heutiger Vorteile werden weitreichende Nachteile und Schäden für künftige Generationen in Kauf genommen. Das sind die künftigen Generationen von Kindern und Jugendlichen, die psychotherapeutische Behandlung brauchen. Es wird auch die Universitätslehre und die Forschung darunter leiden. Wir drehen die Uhr zurück – und dies ohne dass es einen triftigen fachlichen Grund für die Abschaffung des Berufs gibt.

Die abgestimmte Kombination von Theorie, selbst durchgeführten Therapien und Supervision (Sulz, 2007) in einem Umfang, der der komplexen Materie gerecht wird, ist der Schlüssel zum Erfolg der heutigen Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Jede Kürzung verringert die Qualität. Das sind 600 Stunden Theorie, davon 400 Stunden spezielle Theorie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, 600 Stunden selbst durchgeführte Therapien unter 150 Stunden Supervision. Dieses Pensum und diese Kombination sind notwendig, dem heutigen Standard der Heilbehandlung in diesem Bereich gerecht zu werden. Die geplanten Qualitätseinbußen dürfen nicht hingegenommen werden. Bei der analytischen Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen sind es noch weit mehr Stunden.

Bei der basalen Direktausbildung würde ein ganz allgemeines Psychotherapie-Studium der KJ-Weiterbildung vorausgehen. Wer also nach Studienabschluss in die KJ-Weiterbildung, z. B. in eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik kommt, hat so gut wie kein Vorwissen und keinerlei Kompetenz im Kinder- und Jugendbereich. Er kann und weiß so wenig wie diejenigen, die heute mit der KJ-Ausbildung beginnen. Denn die Universität ist nicht in der Lage, sowohl alle Psychotherapie-Verfahren zu lehren, als auch praktische Kompetenz in einem einzelnen Verfahren zu vermitteln und dazu auch noch auf die KJ-Weiterbildung vorzubereiten. Trotzdem sollen die Absolventen gleich eine Approbation erhalten, mit der sie sowohl im Erwachsenen- als auch im KJ-Bereich verantwortlich Heilkunde betreiben – unter einer Supervision, diese orts- und zeitnah nur selten gibt und bei der offen bleibt, wer diese bezahlen kann und muss.

Schlechtere Behandlungen erhöhen zudem die Kosten im Gesundheitsbereich, da am Ende einer Therapie weiterhin Behandlungsbedarf und auch Jugend- und Familienhilfebedarf besteht.

Das geplante Common Trunk-Modell mit seiner Kombination von unspezifischer Direktausbildung und spezialisierender Weiterbildung setzt ein Psychologie-Studium oder ein Psychotherapiestudium als Direktausbildung voraus, damit der Zugang zur Erwachsenen-Psychotherapie gerechtfertigt erscheint. Das bedeutet, dass PädagogInnen und SozialpädagogInnen keinen Zugang zum Beruf der PsychotherapeutIn mehr haben werden. Die Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Psychologie für ein Masterstudium in diesen beiden Studienfächern gehen dahin, dass es sich zu 60 bis 70 % um ein Psychologiestudium handeln müsste. Dann wäre der richtigere Name für das Pädagogikstudium „Pädagogische Psychologie“ – es wäre kein Pädagogikstudium mehr.

### **Kleine Änderungen im Gesetzestext haben große Wirkung**

Man könnte denken, dass das Beibehalten des Berufs der KJ-PsychotherapeutIn an der Definition der Zugangsvor-

aussetzungen scheitert. Dabei kann der Beruf gerettet werden, wenn der Text des geltenden Psychotherapeutengesetzes an wenigen Stellen geändert wird – im Rahmen einer kleinen Reform, die die gegenwärtige Institutsausbildung als Qualitätsgarant beibehält (Gleiniger, 2013).

Ich zitiere aus einem anderen Aufsatz von mir (Sulz, 2014d):

– *Beginn Zitat 1* –

1. Durch die Bologna-Reform müssen die Zugangsvoraussetzungen im Psychotherapeutengesetz neu formuliert werden. Statt Diplom muss Abschlusszeugnis des Master-Hochschulstudiums geschrieben werden (fett gedruckte Passagen). Das gilt für § 2:

§ 2 *Approbation*

(1) Eine Approbation nach § 1 Abs. 1 Satz 1 ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller

1. (weggefallen)

2. die vorgeschriebene Ausbildung abgeleistet und die staatliche Prüfung bestanden hat,

3. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt,

4. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und

5. über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt.

(2) Die Voraussetzung des Absatzes 1 Nr. 2 gilt als erfüllt, wenn aus einem in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbenen **Abschlusszeugnis des Master-Hochschul-Studiengangs** hervorgeht, dass der Inhaber eine Ausbildung erworben hat, die in diesem Staat für den unmittelbaren Zugang zu einem dem Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten oder dem Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechenden Beruf erforderlich ist. **Abschlusszeugnisse des Master-Hochschul-Studiengangs** im Sinne dieses Gesetzes sind Ausbildungsnachweise gemäß Artikel 3 Abs. 1 Buchstabe c

der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) in der jeweils geltenden Fassung, die dem in Artikel 11 Buchstabe d oder Buchstabe e der Richtlinie genannten Niveau entsprechen. ...

Und das gilt für § 5:

#### § 5 Ausbildung und staatliche Prüfung

(1) Die Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten sowie zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dauern in Vollzeitform jeweils mindestens drei Jahre, in Teilzeitform jeweils mindestens fünf Jahre. Sie bestehen aus einer praktischen Tätigkeit, die von theoretischer und praktischer Ausbildung begleitet wird, und schließen mit Bestehen der staatlichen Prüfung ab.

(2) Voraussetzung für den Zugang zu einer Ausbildung nach Absatz 1 ist

1. für eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten

a) eine im Inland an einer ~~Universität oder gleichstehenden~~ Hochschule bestandene Abschlußprüfung im **Master-Studiengang Psychologie**, die ~~das Fach Klinische Psychologie einschließt und gemäß § 15 Abs. 2 Satz 1 des Hochschulrahmengesetzes der Feststellung dient~~, ob der Student das Ziel des Studiums erreicht hat,

b) ein in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbenes gleichwertiges **Abschlusszeugnis im Master-Hochschul-Studiengang Psychologie** oder

c) ein in einem anderen Staat erfolgreich abgeschlossenes gleichwertiges **Master-Hochschulstudium** der Psychologie,

**d) eine im Inland erworbene Approbation in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

2. für eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

a) eine der Voraussetzungen nach Nummer 1,

b) die im Inland an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule bestandene Abschlußprüfung in den **Master-Studiengängen Pädagogik oder Sozialpädagogik**,

c) ein in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbenes **Abschlusszeugnis** in den **Master-Hochschul-Studiengängen Pädagogik oder Sozialpädagogik** oder

d) ein in einem anderen Staat erfolgreich abgeschlossenes gleichwertiges **Master-Hochschulstudium**.

Geht man vom Geist der Bolognareform aus, dann werden drei weitere Änderungen in obigem Text selbstverständlich. Studienabschlüsse an Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (HAW) sollen gleichwertig behandelt werden wie Abschlüsse an Universitäten. Und nimmt man den Aspekt der Gerechtigkeit hinzu, dann darf man von den PsychologInnen nicht mehr verlangen als von PädagogInnen und SozialpädagogInnen. Die einen und die anderen benötigen einen Hochschulabschluss und keinen Universitätsabschluss. Die einen und die anderen benötigen im Studium kein Fach Klinische Psychologie. Oder: Beide müssen auf Universitätsniveau gehoben werden und von beiden wird das Fach Klinische Psychologie verlangt.

Ebenfalls im Geiste der Bolognareform und der Durchlässigkeit ist es, wenn approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten zur Erwachsenenbildung zugelassen werden.

– Ende Zitat 1 –

Hier wird auf zweierlei abgehoben:

Zum einen, dass einfach festgelegt wird, dass der Abschluss eines Masterstudiums den bisherigen Abschluss eines Diplomstudiengangs ersetzt.

Zum anderen, dass approbierte KJ-PsychotherapeutInnen (auch wenn sie ein HAW-Studium in Pädagogik oder Sozialpädagogik haben) die Zugangsberechtigung erhalten zur Ausbildung zur Psychologischen PsychotherapeutIn. Denn ihre Qualifikation für diese Ausbildung ist durchaus der einer

AbsolventIn eines Psychologiestudiums gleichzusetzen.

Es muss im Rahmen einer kleinen Reform der Masterabschluss als Zugangsvoraussetzung für PsychologInnen, PädagogInnen und SozialpädagogInnen festgeschrieben werden. Zudem sollte überlegt werden, weshalb AbsolventInnen des Medizinstudiums diese qualifizierte Ausbildung auch künftig versagt bleiben soll. Denkbar wären auch verwandte Studiengänge wie Psychomedizin (Sulz & Backmund-Abedinpour, 2014). Die drängende Frage der PiA-Vergütung lässt sich ebenfalls im Rahmen einer kleinen Reform lösen, die eine Direktausbildung überflüssig macht (Sulz, 2014a und Sulz unveröffentlicht 1). Ich zitiere wieder (Sulz, 2014d):

– Beginn Zitat 2 –

2. Bezüglich des zweiten Mangels (unzureichende Vergütung während der Praktischen Tätigkeit kann § 6 wie folgt geändert (fett gedruckte Passagen) werden:

*§ 6 Ausbildungsstätten*

(1) Die Ausbildungen nach § 5 Abs. 1 werden an Hochschulen oder an anderen Einrichtungen vermittelt, die als Ausbildungsstätten für Psychotherapie oder als Ausbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie staatlich anerkannt sind.

(2) Einrichtungen sind als Ausbildungsstätten nach Absatz 1 anzuerkennen, wenn in ihnen

1. Patienten, die an psychischen Störungen mit Krankheitswert leiden, nach wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren stationär oder ambulant behandelt werden, wobei es sich bei einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten um Personen handeln muss, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,

2. für die Ausbildung geeignete Patienten nach Zahl und Art in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen,

3. eine angemessene technische Ausstattung für Ausbildungszwecke und eine fachwissenschaftliche Bibliothek vorhanden ist,

4. in ausreichender Zahl geeignete Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und qualifizierte Ärzte für die Vermittlung

der medizinischen Ausbildungsinhalte für das jeweilige Fach zur Verfügung stehen,

5. die Ausbildung nach Ausbildungsplänen durchgeführt wird, die auf Grund der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstellt worden sind, und

6. die Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit angeleitet und beaufsichtigt werden sowie die begleitende theoretische und praktische Ausbildung durchgeführt wird

**7. die Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit eine angemessene Unterhaltsunterstützung durch die Einrichtung erhalten. Diese orientiert sich an der Unterhaltsbeihilfe von Rechtsreferendaren des jeweiligen Bundeslandes.**

(3) Kann die Einrichtung die praktische Tätigkeit oder die begleitende theoretische und praktische Ausbildung nicht vollständig durchführen, hat sie sicherzustellen, dass eine andere geeignete Einrichtung diese Aufgabe in dem erforderlichen Umfang übernimmt. **Geeignet ist eine Einrichtung unter anderem dann, wenn sie eine angemessene Unterhaltsunterstützung im Sinne gemäß § 6 (2) 7. leistet.**

Absatz 2 Nr. 4 gilt entsprechend.

Zur Orientierung dient die Vergütung von Rechtsreferendaren durch Unterhaltsbeihilfe.

*Das Rechtsreferendariat ist Bestandteil der Ausbildung zum Volljuristen. Nach 8 Semestern (meist werden es 10 Semester) Jurastudium findet das erste Staatsexamen statt. Danach folgen 2 Jahre praktische Tätigkeit als Rechtsreferendar in einem Gericht oder einem Amt. Darauf folgt das zweite Staatsexamen. Damit besteht die Befähigung zum Richteramt und zum höheren Dienst, aber auch zum Staatsanwalt, Notar oder Rechtsanwalt. Während des Rechtsreferendariats erfolgt eine Vergütung in Höhe von etwa 1100 Euro monatlich.*

In Bayern wird diese durch das Gesetz zur Sicherung des juristischen Vorbereitungsdienstes (SiGjurVD) festgelegt – derzeit sind es 1046,52 Euro. Davon sind Krankenversicherung und Steuerzahlungen abzuziehen, so dass netto etwa 850 Euro verbleiben. Die Einrichtung wird durch diese Zahlung mit knapp 1200 Euro belastet. Da die praktische Tätigkeit nicht wie das Rechtsreferendariat im öffentlichen Dienst absolviert wird, sondern in Kliniken verschiedenster Träger, kann die genaue Höhe der Vergütung nicht festgeschrieben werden. Wenn dem Institut die Verantwortung für eine ausreichende Vergütung übertragen wird, so entsteht manchmal die Situation, dass ein Fehlbetrag vom Institut als Stipendium zugezahlt werden muss – sofern die vom Bundesgesundheitsministerium erlassene Rechtsverordnung dies vorschreibt. Diese Rechtsverordnung kann z. B. festlegen, dass sich die Vergütung an der Unterhaltsbeihilfe des jeweiligen Bundeslandes für Rechtsreferendare orientieren muss und dass es Aufgabe des Instituts ist, diese Vergütungshöhe zu gewährleisten. Folge würde sein, dass die Institute ihre Ausbildungsteilnehmer nicht mehr in Kliniken zur praktischen Tätigkeit schicken, die nichts oder zu wenig bezahlen. Oder es wird festgeschrieben, dass nur solche Einrichtungen (Kliniken) eine geeignete Einrichtung nach § 6 (3) sein können, die eine angemessene Unterhaltsunterstützung bezahlen.

– Ende Zitat 2 –

## Fazit

Die Abschaffung des Berufs der approbierten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn ist ein Anachronismus, der fachlich nicht zu rechtfertigen ist. Unsere Verpflichtung künftiger Generationen von behandlungsbedürftigen Kindern gegenüber gebietet es, eine derartige Reform des Psychotherapeutengesetzes zu verhindern.

Stattdessen kann – als erster Schritt – eine kleine Reform die bestehenden Mängel mit wenig Aufwand beheben:

- Masterabschluss statt Diplomabschluss
- Zulassung approbierter KJ-PsychotherapeutInnen zur Ausbildung in Erwachsenen-Psychotherapie (Psychologischer Psychotherapeut)
- Definition der Eignung von kooperierenden Einrichtungen für die Praktische Tätigkeit u. a. durch die Befähigung ausreichender PiA-Vergütung

Diese Gedanken wurden vermutlich zu spät niedergeschrieben. Die Reformen haben inzwischen so große Mehrheiten hinter sich gebracht, dass die große Reform mit der Direktausbildung samt all ihren schädlichen Folgen, vor allem der Abschaffung dieses segensreichen Berufs nur noch eine Frage der Zeit ist. Oder?

## Literatur

Fliegel S. (2012). Direktausbildung Psychotherapie – ein Weg mit fatalen Konsequenzen. Unveröffentlichtes Manuskript

Gleiniger J.W. (2013): Basal oder dual? – Ordnungspolitische Rechtfertigungen einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand. Vortrag auf der Fachtagung Qualität sichern – Fachliche und strukturelle Perspektiven für eine Reform der Psychotherapieausbildung. Berlin am 13.6.2013

Michelmann A., Ruggaber G., Timmermann H., Trautmann-Voigt S., Walz-Pawlita S., Wiesemüller B., Hoffmann F. (2013). „Qualität sichern“ – Fachgesellschaften fürchten erheblichen Qualitätsverlust der Ausbildung. Psychotherapeutenjournal 3/2013, 269–271.

Richter R. (2013). Das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Psychotherapeutenjournal, 2,118–120.

Strauß B. (2013). Qualitätsverlust? Die Ausbildungsdiskussion vier Jahre nach dem Forschungsgutachten. Unveröffentlichtes Manuskript als Vorlage zum Vortrag auf der Lindauer Psychotherapiewoche 2013.

Sulz S. (2013a): Weiterbildung nach der dualen Direktausbildung in Psychotherapie – ein Konzept zur Gestaltung der Zukunft der Psychotherapie. *Psychotherapie* 18, 237–254

Sulz S. (2013b): Bericht und Stellungnahme zur Veranstaltung „Ideenwettbewerb: wie könnte eine Weiterbildung in Psychotherapie nach einem Direktstudium aussehen?“. *Psychotherapie* 18, 255–269

Sulz S. (2013b): Bericht und Stellungnahme zur Veranstaltung „Ideenwettbewerb: wie könnte eine Weiterbildung in Psychotherapie nach einem Direktstudium aussehen?“. *Psychotherapie* 18, 255–269

Sulz S. (2014a): Empfehlungen zur Ausgestaltung der Praktischen Tätigkeit in der Psychotherapie-Ausbildung. *Psychotherapie* 19, 192–196

Sulz S., Backmund-Abedinpour (2014b): Die Zukunft der Psychotherapie in Deutschland – Medizinische Psychotherapie als neuer medizinischer Beruf. *Psychotherapie* 19, 182–191

Sulz S. (unveröffentlicht 1): Empfehlungen zur Vergütung PiA während der Praktischen Tätigkeit und zu deren Verkürzung. Quelle: <http://www.serge-sulz.de/Hintergrundwissen/Direktausbildung-einfache-oder-duale-Direktausbildung/wichtige-Downloads-zur-Direktausbildung-Psychotherapie-einfach-oder-dual/>

Sulz S. (2014d): Kleine Reform für eine große Zukunft der Psychotherapeutenausbildung. In: Sulz S. (Hrsg.) *Zukunft der Psychotherapie ohne Direktstudium*. München: CIP-Medien. Quelle: <http://www.serge-sulz.de/Hintergrundwissen/Direktausbildung-einfache-oder-duale-Direktausbildung/wichtige-Downloads-zur-Direktausbildung-Psychotherapie-einfach-oder-dual/>

# 13 Wieso das Facharztweiterbildungsmodell ungeeignet für die Psychotherapeuten-Ausbildung ist

Serge Sulz & Annette Hoenes

## Ausgangsbedingungen und Vorgeschichte

Eifrige Reformer schütten gerade das Kind mit dem Bade aus. Sie wollen eine 5-jährige Weiterbildung mit zwei Pflichtjahren psychiatrische Klinik­tätigkeit (Ströhm et al., 2013) nach einem Psychotherapie-Direktstudium an der Universität (Benecke, 2012; Rief et al., 2012, 2014). Ziel ist die absolute Gleichberechtigung mit den Fachärzten, der uneingeschränkte Facharztstatus in der Krankenversorgung (Best, 2013). Die Stellungnahme des Bundesgesundheitsministeriums wird so interpretiert, dass dies nur möglich ist, wenn die Psychotherapie-Ausbildung dem ärztlichen Modell der Facharzt-Weiterbildung folgt. Also wird gar nicht mehr überlegt, welche Folgen die Übernahme dieses Modells hat. Denn es scheint ja keine Wahl zu geben (vergl. Lubisch, 2012, dagegen Gleiniger, 2013). Hört man aber genauer hin, so ist zu vermehren, dass das BMG die Weiterbildung nach einer wie auch immer gearteten Ausbildung überhaupt nicht interessiert. Das sei Ländersache. Also müssen die PsychotherapeutInnen dieses Thema ganz unter sich diskutieren – und auch verantworten. Das BMG kann und will keinerlei Vorgaben machen.

Trotzdem sei hier eine Pflicht-Weiterbildung im Krankenhaus betrachtet. Dabei ist zu­vorderst zu bedenken, dass das Krankenhaus medizinisches Hoheitsgebiet ist – mit einer ärztlichen Leitung. Da kann die Psychotherapeutenkammer nicht einfach hineinregieren und sagen „Wir machen jetzt in Ihrer Klinik unsere Weiterbildung. Unsere Assistenz-PsychotherapeutInnen müssen bei Ihnen folgendes lernen ... . Die Lerneinheiten müssen dazu so aussehen: ...“.

Gerade wenn man bedenkt, dass die Landeskrankenhäuser unter starkem Versorgungsdruck und großer Personalnot stehen, ist da keinerlei Spielraum für solche Selbsteinladungen. Wenn man zudem bedenkt, dass nach einer basalen

Direktausbildung die jungen PsychotherapeutInnen ohne nennenswerte praktische psychotherapeutische Kompetenz ins Krankenhaus einziehen, muss für umfassende Supervision gesorgt werden. In psychiatrischen Krankenhäusern gibt es aber so gut wie keine SupervisorInnen, die bräuchten selbst dringend welche. Und die nächsten SupervisorInnen wohnen oft viele Kilometer weit weg, sind dadurch zu selten verfügbar und sie dürfen nichts kosten, weshalb die Klinik sie zahlen müsste. Das hört sich nicht so an, als ob verantwortlich mit PatientInnen und ihren 22 Jahre jungen BehandlerInnen umgegangen wird.

Gehen wir einen Schritt zurück und betrachten wir die Facharzt-Weiterbildung in der Psychiatrie. Hier muss man wissen, dass lange Jahre PsychiaterInnen keine psychotherapeutische Kompetenz zugesprochen wurde. Sie mussten, um Psychotherapie mit den Krankenkassen abrechnen zu dürfen, die Zusatzbezeichnung Psychotherapie erwerben. Diese Zusatzausbildung konnte den damaligen Kriterien der Bundes-KV (die vor 1999, dem Erlass des Psychotherapeuten-gesetzes, zuständig war) nach Ansicht der psychologischen PsychotherapeutInnen nicht das Wasser reichen und deshalb protestierten sie heftig. Dann wurde die Psychotherapie in die Facharzt-Weiterbildung „Psychiatrie und Psychotherapie“ integriert. Bald musste jedoch z. B. die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns feststellen, dass das Niveau praktischer psychotherapeutischer Kompetenz durch die Facharzt-Weiterbildung eher gesunken war und sie forderte deshalb einen zusätzlichen Fachkundenachweis. Das angestrebte Ziel ist also noch nicht durchgängig erreicht worden. Es muss noch einiges dafür getan werden und es wird gegenwärtig sehr viel dafür getan. Die DGPPN ist sehr bemüht, diesen Rückstand gegenüber den Psychologischen PsychotherapeutInnen auf-zuholen (Schneider et al. 2011).

## Biologische versus Psychotherapeutische Psychiatrie

Die ärztliche Weiterbildung in Psychotherapie erfolgt im Rahmen der drei Facharztweiterbildungen Psychiatrie & Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie überwiegend stationär. Zum besseren Verständnis seien hier zwei Gegenpole definiert:

- Die Biologische Psychiatrie, die ihr Handeln (derzeit hauptsächlich Pharmakotherapie) auf neurobiologische Erkenntnis begründet (neuerdings Gen-Forschung).
- die Psychotherapeutische Psychiatrie, bei der die Behandlung von psychischen Symptomen und Dysfunktionen durch psychotherapeutische Interventionen erfolgt.

Viele sagen, diese Polarisierung sei heute überwunden. Zu einem guten Teil ja, aber zu einem großen Teil, der sich sehr auf die Facharzt-Weiterbildung auswirkt, nein.

In der psychiatrischen Facharzt-Weiterbildung hat die biologisch-psychiatrische (also medikamentöse) Behandlung innerhalb des Krankenhauses den Vorrang. Die Ausbildung zur Psychologischen PsychotherapeutIn bzw. Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn findet dagegen überwiegend ambulant statt. Vertreter der Psychologischen PsychotherapeutInnen wollen dies ändern. Das Facharzt-Weiterbildungsmodell soll auch für die Ausbildung zur Psychologischen PsychotherapeutIn übernommen werden. Die Ausbildung zur Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn soll abgeschafft werden. Dieses Vorhaben ist der Anlass für diesen Aufsatz.

Verantwortlich für die ärztliche Weiterbildung ist in der Regel der Direktor der Klinik. Er beauftragt OberärztInnen und FachärztInnen mit der Vermittlung von Theorie und mit der Aufsicht über die AssistenzärztInnen. Neben wöchentlichen Theorieveranstaltungen finden Fallkonferenzen, Chefarzt-, Oberarzt- und Stationsarztvisiten statt. Dazu kommt viel informeller Austausch zwischen Tür und Angel, beim Mittagessen und in der Kaffeepause, wo statt Pause zu machen und abzuschalten doch Patientenprobleme besprochen werden. Hier könnte viel gelernt werden, wenn alle Beteiligten sich als Psychotherapeutische PsychiaterInnen und weniger als Biologische PsychiaterInnen verstehen würden und weniger als ForscherInnen mit biologisch-psychiatrischen Forschungsthemen. Deshalb nehmen frisch gebackene PsychiaterInnen von verschiedenen Weiterbildungs-Kliniken in sehr verschiedenem Umfang Wissen und Können in Psychotherapie mit.

Es gibt ein sehr großes Gefälle bezüglich der resultierenden psychotherapeutischen Kompetenz der ÄrztInnen. Manche erkennen die diesbezügliche Überlegenheit Psychologischer PsychotherapeutInnen bzw. approbierter Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen an, die eine systematische psychotherapeutische Ausbildung absolviert haben. Bei den psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten gibt es dagegen im Vergleich der einzelnen Institute bezüglich des Ausbildungsergebnisses nur wenig Kompetenzgefälle. Teilweise liegt das daran, dass Hoheit bezüglich der Aufsicht über die ärztliche Weiterbildung auf Landesebene liegt (Landeskammern), während die Ausbildungsinstitute bundeseinheitlich staatlich beaufsichtigt werden.

### **Umsetzbarkeit der ärztlichen Weiterbildungsordnung**

Betrachtet man den beeindruckend umfassenden Katalog an Weiterbildungsbestandteilen für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, so denkt man, dass die so erworbene Psychotherapie-Kompetenz derjenigen der Psychologischen PsychotherapeutInnen in nichts nachsteht. Allerdings muss man nur ausrechnen, wie viele Stunden ein Lehrender aufbringen müsste, um diesen Lehrstoff wirklich zu vermitteln, dann wird schnell ersichtlich, dass die Kliniken diesen Katalog einfach nicht umsetzen können – mit Ausnahme von einigen Universitätskliniken mit ihrem beneidenswert gutem Personalschlüssel. Diese müssen sich aber auch entscheiden, ob sie die ihnen zugestandenen Ressourcen in die biologisch-psychiatrische Forschung stecken wollen oder in die Psychotherapie.

Auf den Ärztetagen gilt die Regel, dass die Weiterbildung möglichst in der Arbeitszeit stattfinden soll und dass sie für den Weiterbildungsassistenten möglichst kostenlos sein soll (außer Selbsterfahrung). Genau diese Regel verhindert die qualifizierte Umsetzung der Weiterbildungsordnung. Der Versorgungsdruck ist riesengroß, so dass im Zweifelsfall immer die PatientIn vorgeht und die Weiterbildung darunter leiden muss. Weder die OberärztIn noch die AssistenzärztIn können die nötige Zeit für diejenige Weiterbildung aufbringen, die

erforderlich wäre, um ein gleich qualifiziertes Ergebnis erreichen zu können wie bei den Psychologischen PsychotherapeutIn. Die psychiatrische Klinik ist sowohl bezüglich der stationären Versorgung akut psychisch Erkrankter als auch hinsichtlich chronischer Erkrankungen primär ein Ort der Biologischen Psychiatrie. Denn akut erkrankte PatientInnen müssen primär Pharmakotherapie erhalten – wenngleich so bald wie möglich auch Psychotherapie. Deshalb lernt die Assistenzärztin in der psychiatrischen Klinik genau das, was dort viel und gut gemacht wird – Pharmakotherapie. Und da sie viele PatientInnen betreuen muss, hat sie kaum Zeit für Einzelgespräche und ist auch nicht ausgebildet in psychotherapeutischer Gesprächsführung.

### **Weiterbildung als learning by doing dauert halt 5 Jahre**

Da die Weiterbildung in Biologischer Psychiatrie auf diese Weise als learning by doing gut funktioniert und zu einem hohen Bildungsstandard führt, sind alle Beteiligten zufrieden mit der Facharzt-Weiterbildung. Dass die Psychotherapeutische Psychiatrie dabei viel zu kurz kommt, wird vor lauter fleißiger und effektiver biologisch-psychiatrischer Arbeit gar nicht bemerkt. Da Psychotherapie viel Zeit braucht, viel Zeit mit Patientengesprächen, würde diese so verbrachte Zeit nur daran hindern, eine gute Biologische Psychiatrie zu betreiben und ein guter Biologischer Psychiater zu werden. Der hohe Standard unserer Biologischen Psychiatrie geht also auf Kosten der Psychotherapeutischen Psychiatrie. Und da DirektorIn, OberärztIn, FachärztIn und AssistenzärztIn meist Biologische PsychiaterInnen sind, vermissen sie die Psychotherapeutische Psychiatrie nicht. Sie haben den Eindruck, dass sie auch gute Psychotherapeutische PsychiaterInnen sind, merken oft nicht, wie groß der Unterschied zur hoch qualifizierten Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen ist.

Die Facharzt-Weiterbildung dauert fünf Jahre – nicht weil der Lernstoff nicht in drei Jahren zu bewältigen wäre, sondern weil learning by doing nicht so effizient ist wie die

Institutsausbildung, die in drei Jahren eine hoch qualifizierte psychotherapeutische Kompetenz vermittelt.

Verlagerung der PsychotherapeutInnen-Ausbildung in die Klinik nach dem Facharzt-Weiterbildungsmodell beseitigt demnach auch diese zeitliche Effektivität. Aus drei Jahren werden fünf Jahre mit allen negativen Folgen wie ein Flaschenhals bezüglich der Zahl der Klinikstellen und fehlender Zeit für Gesprächs- und Therapieschulung. Zudem ist die Klinik das Hoheitsgebiet des Ärztlichen Direktors. Die Psychotherapeutenkammer kann ihm nicht vorschreiben, dass und wie er in seiner Klinik Psychologische PsychotherapeutInnen weiterbilden soll.

### **Die PsychiaterIn als Psychotherapie-ManagerIn und die PsychotherapeutIn als Ausführende**

Lange Jahre war Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus ein Adjuvans, das nicht zwingend benötigt wird. Heute gibt es so gut wie keine psychiatrische Krankheit mehr, bei der in den Leitlinien Psychotherapie als notwendiger Bestandteil fehlt. Die Psychotherapie wird dann den Psychologischen PsychotherapeutInnen überlassen, weil der ÄrztIn dafür keine Zeit bleibt und weil die es so gut können. So wie in der ambulanten psychiatrischen Versorgung kaum eine niedergelassene PsychiaterIn selbst Richtlinien-Psychotherapie durchführt. Sie überweist ihre PatientIn zur Psychotherapie an die Psychologische PsychotherapeutIn, während sie selbst die PatientIn alle drei bis vier Wochen in der Kurz-Sprechstunde sieht und die Pharmakotherapie optimiert. Meist kommen so viele psychiatrische PatientInnen zu ihr, dass sie die Sprechstundenzeit so kurz halten muss, damit alle PatientInnen oft genug einen Arzttermin erhalten. Und meist war die Zeit so kurz, dass kein Gespräch entstehen konnte. Würde sie ihre PatientInnen zur Psychotherapie überweisen, wäre sie eine Psychotherapie-ManagerIn, bestellt sie sie aber nur weiter alle 4 Wochen ein, dann besteht die Gefahr, dass sie ein Krankheits-VerwalterIn wird. Es muss dabei aber bedacht werden, dass diejenigen chronischen psychiatrischen Krankheiten, die die PsychiaterIn nicht heilen kann, auch

eine 50-stündige Psychotherapie nicht heilen kann. Nach dieser muss die PsychiaterIn sich wieder um die PatientIn kümmern. Auch wegen der eingeschränkten Wirksamkeit der Psychotherapie bei chronischen Erkrankungen wie Schizophrenie oder Manie ist das psychiatrische Krankenhaus nicht der beste Ort des Lernens von Psychotherapie. Dort lernt man eher die Grenzen der Psychotherapie kennen – wozu aber eine 6-monatige praktische Tätigkeit gut ausreicht. Aus diesem Grund und wegen der kurzen Liegezeiten ist der Lern-Transfer für die spätere Berufsausübung zu klein.

### **Wie eine gute PsychiaterIn eine gute PsychotherapeutIn sein kann**

Die Integration von Psychotherapie in die Psychiatrie wurde zwar spätestens ab 1980 durch Forschung und klinische Versorgung mit großem Aufwand betrieben (z. B. Brenner, 1980; Linden & Hautzinger, 1981; Helmchen et al., 1982; Sulz, 1987).

Mit der Einführung der Dialektisch-Behavioralen Therapie DBT von Borderline-PatientInnen kam die Psychotherapie mit Macht ins psychiatrische Krankenhaus (Linehan, 1996). Auch die CBASP-Behandlung von chronisch Depressiven erhöhte psychotherapeutische Aktivität im Krankenhaus (McCullough 2003).

Dennoch ist die psychiatrische Klinik noch weit davon entfernt, der optimale Ort zu sein, an dem sich Psychotherapie lernen lässt. Sie wäre eine sehr wertvolle Ergänzung, wenn eine Koordination mit einem Ausbildungsinstitut stattfinden würde, das all das anbietet, was die Klinik nicht selbst anbieten kann. Dass dies nicht geschieht, hat drei Gründe: Zum einen soll ja die AssistenzärztIn nichts für die Psychotherapie-Weiterbildung bezahlen müssen. Zum zweiten motiviert sie ihre AssistenzärztInnen nicht, Psychotherapie zu lernen („Ich mache später sowieso keine Psychotherapie!“). Zum dritten meint die Klinik immer noch, sie können das selbst genau so gut wie das Ausbildungsinstitut. Nur wenige Kliniken waren z. B. in Bayern bereit, an der DÄVT-Aktion egP = egP (ein guter Psychiater ist ein guter Psychotherapeut) teilzu-

nehmen (DÄVT ist die Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie). Die anderen Kliniken waren überzeugt, dass sie das schon so gut machen, dass ein mit den Psychologischen Psychotherapeuten vergleichbarer Standard erreicht wird. Über eine sehr gute Kooperation in Heidelberg wird jedoch von Fiedler (2012) berichtet.

Die egP-Aktion folgte dem einfachen Prinzip, nicht erst nach zwei bis drei Jahren mit dem psychotherapeutischen Teil der Facharzt-Weiterbildung zu beginnen, sondern sofort mit einem Psychotherapie-Grundkurs zu beginnen (Sulz, 2012), der Theorie + Therapie + Supervision aus einem Guss anbietet und dies in einer Dichte, die rasch gute Gesprächs- und Interventionskompetenzen verfügbar macht. Die Supervision erfolgt durch ausgebildete SupervisorInnen (Sulz, 2007). Durch diese Schulung entsteht auch die Motivation, Psychiater und Psychotherapeut zu werden. Denn die unmittelbaren Wirkungen psychotherapeutischer Gespräche kann die Ärztin leicht erkennen. Ein Modelllauf wurde im Isar-Amper-Klinikum unter Leitung eingerichtet.

### **Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen**

Die Systematik der Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen ist relativ einfach und trotzdem lässt sie sich nicht in die Psychiatrische Klinik einfügen. Es bleibt immer ein großer Teil von Bildungsprozessen, die in einer Art und Weise ablaufen müssen, dass der Lernprozess so verdichtet wird, dass bestmögliche Qualität resultiert. Das geht bei den gegenwärtigen Strukturen und Prozessen der stationären psychiatrischen Versorgung nur abseits der Klinik, in welcher sofortige bestmögliche Patientenversorgung das Primat hat, so dass dahinter der Bildungsprozess zweitrangig wird. Kliniken und Klinikträger können dieses Problem nicht allein lösen. Sie benötigen dazu die Hilfe des Gesetzgebers und die Bereitwilligkeit der Krankenkassen.

## **Ausbildung im Institut – Praxiserfahrung sammeln u. a. in der Klinik**

Was im Ausbildungsinstitut im geschützten Rahmen gelernt wurde, wird anschließend in der Klinik erprobt. Die dortigen Erfahrungen werden zurück ins Ausbildungsinstitut gebracht, wo der Lernprozess optimiert wird. D. h. Wissensvermittlung und Kompetenzvermittlung erfolgt im Ausbildungsinstitut, dort werden auch die ersten systematischen Praxiserfahrungen mit Ausbildungstherapien gemacht, dort finden die Supervisionen statt. Die Klinik ist nur Praxisfeld für die praktische Tätigkeit, die Lehrer sind aber nicht in der Klinik, sondern im Institut. Kliniken führen nicht die Ausbildung durch, sie sind nur beteiligt als Stätte der Praktischen Tätigkeit.

Diese Aufteilung brachte das bisher beste Ausbildungsergebnis in Deutschland und Europa zustande (vergl. Hagspiel & Sulz, 2011). Deshalb sind DirektorInnen, OberärztInnen und FachärztInnen in diesem Bildungsprozess als AusbilderInnen im engeren Sinn nicht nötig. Sie haben keine Bildungsaufgaben. Die Klinik braucht keine Aus- oder Weiterbildungsbefugnis für die Ausbildung in Psychologischer Psychotherapie. Diese Befugnis liegt beim Institut, weil die Bildungsprozesse im Institut ablaufen. Es wird lediglich ein Kooperationsvertrag benötigt.

Bisher wurde nur der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zum Vergleich herangezogen, der ja überwiegend im stationären Setting weitergebildet wird. Beim Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapie ist der ambulante Teil deutlich größer (bis zu zwei Jahren von fünf Jahren) – nicht als Muss, sondern als Möglichkeit. Obwohl in psychosomatischen Kliniken die medikamentöse Behandlung eine untergeordnete Rolle spielt, kann auch dort die Qualität der Psychotherapie-Ausbildung von ärztlichen Weiterbildungsassistenten nicht derjenigen der staatlichen Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen stand halten. Es kann also nicht nur an der Biologischen Psychiatrie liegen und der fehlenden Motivation biologisch orientierter PsychiaterInnen. Es muss auch daran liegen, dass gute Psychotherapie nicht nebenbei und nicht learning by doing gelernt werden kann.

Daraus kann geschlossen werden, dass das ärztliche Weiterbildungsmodell nicht der Lage ist, eine gute Psychotherapie-Ausbildung zu gewährleisten. Wird eine ÄrztIn ein gute PsychotherapeutIn, dann nicht wegen ihrer guten Ausbildung, sondern wegen ihrem ganz persönlichen Engagement. Zum Glück für die PatientInnen gibt es solche ÄrztInnen sehr häufig. Für das Weiterbildungssystem ist das kein Glück, denn seine Änderungsbedürftigkeit bleibt so verborgen. Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass es sowohl psychiatrische als auch psychosomatische Hochburgen der Psychotherapie-Exzellenz gibt, auf die diese Mängel nicht zutreffen.

## **Ambulante Psychotherapie ist Hauptakteur der Versorgung in Deutschland**

Hier muss gefragt werden, wie groß der Stellenwert von Kliniken in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung in Deutschland ist. Und wie groß derjenige der ambulanten PsychotherapeutInnen. Derzeit liegt die psychotherapeutische Versorgung hauptsächlich in der Hand ambulanter Psychotherapeuten (Sulz, 2005). Das ist viel kostengünstiger, denn die Therapiestunden kosten viel weniger als die Krankenhaustage und die PatientIn muss nicht arbeitsunfähig geschrieben werden. Außerdem kann die PatientIn in der ambulanten Psychotherapie das Gelernte gleich auf ihren Lebensalltag übertragen. Dagegen wird sie in der Klinik von ihrer Alltagswelt fern gehalten und oft fällt nach der 6-Woche-Kur der Transfer für das Alltagsleben äußerst schwer, nicht selten kommt es zum Rückfall.

Nicht vergessen werden darf, dass in der Klinik keine richtigen Psychotherapien stattfinden können, da die Liegezeiten der Patienten dafür viel zu kurz sind. Wie man ambulante Psychotherapien durchführt, kann in der Ambulanz des Ausbildungsinstituts und in psychotherapeutischen Lehrpraxen gelernt werden, aber nicht im Krankenhaus. Um wirkungsvoll psychotherapeutisch im Krankenhaus tätig sein zu können, muss wegen der wenigen und kurzen Interventionen etwas ganz anderes gelernt werden, als für ambulante Psychotherapien gelernt werden muss. Wer in einer Institutsausbildung

ist, schafft leicht den Transfer zur stationären Therapie, aber nicht umgekehrt. In der Klinik erhält eine PatientIn in 6 Wochen höchstens sechs Einzelgespräche und doppelt so viele Gruppentherapien. In der ambulanten Praxis erhält sie meist fünfzig bis 60 wöchentliche Einzel-Therapiesitzungen, verteilt über ein bis eineinhalb Jahre. Mit der ambulanten Psychotherapie kann sich die PatientIn entwickeln, so dass sie dauerhaft gesund bleiben kann. Die Klinik muss dagegen nicht so selten den PatientInnen wieder aufnehmen, weil die Zeit beim ersten Mal nicht reichte oder sie in eine ambulante Psychotherapie weiter verweisen. Aus Versorgungsgesichtspunkten kann das gut sein, aber für einen psychotherapeutischen Lernprozess ist das untauglich.

### **Haben UniversitätsprofessorInnen genügend psychotherapeutische Erfahrung – haben KlinikerInnen genügend Theoriewissen?**

Bleibt die Frage, weshalb erfahrene FachärztInnen nicht Psychotherapie-Theorie vermitteln können sollen. Müssen es denn SpezialistInnen sein, die wissenschaftliche und klinische Erfahrung genau in ihrem Lehrbereich aufweisen? Oder die Frage, warum die Aufgabe der Theorie-Vermittlung nicht zurück an die Universität gegeben werden sollte – als Lernen auf studentischem Niveau. In der ärztlichen Weiterbildung käme niemand auf diese Idee, diesen Lernprozess wieder in den Hörsaal zu stecken. Denn die StudentIn ist noch nicht so weit, dass sie diesen Lernprozess so nutzen kann, dass sie später – nach dem Studienabschluss – diese Theorie mit einer Praxis verbinden kann, von der sie ab Berufsbeginn überfallen wird. Hier muss auch an den Vorteil des Bildungsprinzips der Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (HAW, früher Fachhochschulen FH) erinnert werden: Dort kann nur Professor werden, wer einige Jahre lang von der Universität weg ging, damit sein/ihr Horizont um das Anwendungsfeld von Wissenschaft erweitert wird. Diese Forderung ist in der gegenwärtigen Institutsausbildung erfüllt. Die geplante Direktausbildung an psychologischen Instituten dagegen verstößt gegen dieses Prinzip. Und birgt damit die Gefahr, in

der Wissenschaft zu verharren und den Kontakt zum Anwendungsfeld der Patientenversorgung außerhalb der Universität zu verlieren.

### **Wirkfaktoren guter Psychotherapie-Ausbildung**

Der Vergleich der heutigen Praxis der beiden psychotherapeutischen Bildungssysteme legt nahe:

Gute Psychotherapie-Ausbildung ...

- muss auf einem grundständigen wissenschaftlich-akademischen Hochschul- oder Universitätsstudium aufbauen
- muss postgraduiert stattfinden – nicht an die Hochschule gebunden, sondern im Feld der praktischen Patientenversorgung
- erfordert Theorie-Vermittlung durch spezialisierte Psychotherapie-DozentInnen
- erfordert Supervision durch ausgebildete und erfahrene SupervisorInnen
- erfordert Selbsterfahrung durch externe SelbsterfahrungsleiterInnen
- kostet Geld
- kostet Zeit – auch Freizeit
- funktioniert nicht „learning by doing“
- benötigt die Kooperation mit einem Ausbildungsinstitut
- sollte nur zu einem geringen Teil in der Klinik stattfinden
- kann in drei Jahren erfolgen
- bringt postgraduiert keine explosiven Folgekosten

Da können einerseits Ärzte-WeiterbilderInnen von der Psychotherapeuten-Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz für die Facharzt-Weiterbildung lernen. Und da können Psychotherapeuten-Ausbilder und Berufsvertreter der Psychologischen PsychotherapeutInnen aus dem Vergleich ihrer Ausbildung mit der Facharzt-Weiterbildung lernen.

## **Fazit 1: Die geplante Reform führt zu einer Verschlechterung der Psychotherapie-Aus- und Weiterbildung**

Gute ambulante PsychotherapeutInnen werden nicht in der Klinik ausgebildet, sondern im Ausbildungsinstitut. Denn nur dort erlernen sie ambulantes Behandeln. Es ist ein zusätzlicher Gewinn, wenn stationäre Erfahrungen durch eine zeitlich eng begrenzte Praktische Tätigkeit hinzu kommen. Diese praktische Tätigkeit umfasst derzeit 18 Monate, davon 12 Monate psychiatrisch und 6 Monate psychosomatisch-psychotherapeutisch. Eine Reduktion auf insgesamt 6 bis 12 Monate wäre gut denkbar, wobei bei 12 Monaten frei bleiben könnte, ob die ganze Zeit in der psychiatrischen Klinik stattfindet.

Die Entscheidungsträger der psychologisch-psychotherapeutischen Verbände und Kammern und das Bundesgesundheitsministerium müssen sich deshalb fragen,

- ob sie eine sehr gute Psychotherapie-Ausbildung ministeriellen ordnungspolitischen Wünschen opfern wollen, indem sie das Facharztmodell, das selbst reformbedürftig ist, übernehmen – mit dem Denkfehler, dass Psychotherapie wie Medizin gelehrt werden könnte
- ob sie den Beruf der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn abschaffen wollen, dessen Einführung so segensreich war und die europa- bzw. weltweit beste Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher erbrachte
- ob sie etwas, was aus gutem Grund postgraduiert außerhalb der Universität stattfindet, anachronistisch an die Universität geben wollen mit einer den PatientInnen schädigenden und die TherapeutInnen überfordernden frühen Approbation.

## **Fazit 2: Die bisherige Ausbildung ist kostengünstig, die geplante führt zu einer Kostenexplosion**

Zwar kostet eine gute Ausbildung die Ausbildungsteilnehmer Geld, aber darüberhinaus verursacht sie keine Kosten.

Dagegen müssen für die geplante Direktausbildung an den Hochschulen und Universitäten Lehrstühle mit viel neuem Personal (Professorenstellen, wissenschaftliche Assistenten, Sekretariat) und neuer Infrastruktur (Gebäude, Räume, deren apparative Ausstattung) geschaffen werden. Diese Kosten für die Direktausbildung müssen die Bundesländer tragen. Diese sind viel höher als die Kosten, die die bisherige Theorie-Ausbildung am Institut verursacht hat. Wenn es eine Pflicht-Weiterbildung im Krankenhaus gibt, müssen neue Stellen in Kliniken geschaffen werden, die wiederum sehr hohe zusätzliche Kosten verursachen. Da gar nicht so viele Stellen geschaffen werden können, wie benötigt werden, um die Versorgung aufrecht zu erhalten (1000 pro Jahr, bei zwei Pflichtjahren sind das 2000 Stellen), wird es zusätzlich zur Einschränkung der freien Berufswahl kommen, da nicht mehr alle Studierenden, die als Berufsziel Psychotherapie haben, einen Zugang erhalten werden – kurzfristige Entscheidungen auf Kosten zukünftiger Generationen von Studierenden und PatientInnen. Die Kosten für die zusätzlichen Stellen müssen an die Krankenversicherungen weiter gegeben werden.

Wenn die Psychotherapie-Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten in die Klinik verlagert wird, ist eine sekundäre Folge, dass mehr Psychotherapien in der Zukunft stationär erfolgen als bisher und das verteuert die Patientenversorgung erheblich, ohne sie besser zu machen. Zudem kann die Psychotherapeutenkammer nicht in die Klinik hinein regieren und die dortige Weiterbildung bestimmen.

## **Fazit 3: Die berufspolitischen Ziele Psychologischer Psychotherapeuten können ohne Maxi-Reform bei Mini-Selbstbewusstsein verwirklicht werden**

Und sie müssen sich fragen, ob ihre berufspolitischen Ziele vielleicht auch anders erreichbar sind als durch diese Überanpassung an Ministerielles und an Ärztliches. Zum Beispiel in einer selbstbewussten Haltung, die sich des eigenen Wertes bewusst ist, sich nicht verkaufen muss.

Psychotherapie durch Psychologische PsychotherapeutInnen und durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeu-

tInnen ist gleich viel wert wie ärztliche Behandlung.

Sie ist zwar Heilkunde, muss deshalb aber kein ärztliches Handeln sein. Und sie muss nicht in die Kategorien ärztlicher Behandlung hineingezwängt werden.

Psychotherapie durch Psychologische PsychotherapeutInnen und durch Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen kann nicht auf die gleiche Weise wie Medizin und ärztliche Behandlung gelehrt und gelernt werden. Sie ist so verschieden von dieser, dass ihre Ausbildung ganz eigenen Kriterien folgen muss (siehe oben).

Das schließt nicht aus, dass ÄrztInnen und Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in der gleichen Klinik miteinander arbeiten, wie eben zwei gleichrangige SpezialistInnen, nicht konkurrierend, sondern kooperierend und sich gegenseitig wertschätzend.

Bei all dem muss bedacht werden, dass die deutsche Psychiatrie sich in einem Ausnahmezustand befindet, da sehr viele Kliniken, die nicht an einem infrastrukturell bevorzugten Ort sind, heute so gut wie keine nativ deutschsprachigen Ärztinnen und Ärzte bekommen, wenn sie überhaupt noch welche bekommen. Dieser Notstand macht all das, was hier angesprochen wurde, zum Luxus. Zuerst kommt das Überleben und dann kommt erst die Lebensqualität.

Insgesamt kann nicht davon ausgegangen werden, dass die ärztliche Facharzt-Weiterbildung in psychiatrischen und in psychosomatischen Kliniken ein gutes Weiterbildungsmodell für Psychologische PsychotherapeutInnen ist. Sie kann keine gesicherte Qualität in Psychotherapie erzielen. Für Psychologische PsychotherapeutInnen, die ja in der Klinik nur wenig Gestaltungsbefugnis haben, ist es noch viel schwerer, den Raum und die Zeit zu schaffen, die benötigt werden, um gute Psychotherapie zu lernen (die Psychotherapeutenkammer kann dem Klinikleiter nicht befehlen, ab jetzt ein Weiterbildungsprogramm für Psychologen zu etablieren). Es wird darauf hinauslaufen, dass zwar nicht zu wenig Geld verdient wird (sofern man eine Arbeitsstelle hat), dafür aber zu wenig gelernt wird und dass zudem nicht ausreichend verantwortlich mit den PatientInnen und ihren jungen BehandlerInnen umgegangen wird.

## Literatur

- Best D. (2013): Wie könnte eine Weiterbildung in Psychotherapie nach einem Direktstudium aussehen? *Psychotherapie Aktuell* 5, 4–5
- Brenner H.D., Seeger G., Stramke W.G. (1980): Evaluation eines spezifischen Therapieprogramms zum Training kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten in der Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten in einem naturalistischen Feldexperiment. In Hautzinger M. Schutz W. (Hrsg.): *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Bd. 4. Tübingen: DGVT
- Fiedler P. (Hrsg., 2012): *Die Zukunft der Psychotherapie. Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* Berlin: Springer
- Gleiniger J.W. (2013): Basal oder dual? – Ordnungspolitische Rechtfertigungen einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 2013, 2, 493–517
- Hagspiel S. & Sulz S. (2011). *Psychotherapy in Europe*. *European Psychotherapy*, 11 (Themenheft)
- Helmchen H., Linden M., Rüter U. (Hrsg. 1982) *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Berlin: Springer
- Linden M., Hautzinger M. (1981) *Psychotherapie-Manual: Samml. psychotherapeut. Techniken u. Einzelverfahren*. Berlin: Springer
- Linehan M. (1996): *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien
- McCullough J.P. (2003): *Behandlung von Depressionen mit dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*. München: CIP-Medien
- Rief W., Fydrich T., Margraf J. & Schulte D. (2012). *Modellvorschlag Direktausbildung Psychotherapie (Version 3)*. Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Kommission Psychologie und Psychotherapie, Berlin.
- Schneider F., Falkai P., Maier W. (2011): *Psychiatrie 2020. Perspektiven, Chancen und Herausforderungen*. Berlin: Springer
- Ströhm W., Schweiger U., Tripp J. (2013): Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 3/2013, 262–268
- Sulz S. (1987): *Psychotherapie in der klinischen Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme
- Sulz S. (2005): *Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz*. München: CIP-Medien
- Sulz S. (2007): *Supervision – Intervision – Intravision*. München: CIP-Medien
- Sulz S. (2012): *Psychotherapie-Grundkurs und Leitfaden: Therapie-Durchführung in Klinik und Praxis*. München: CIP-Medien

## 14 Weiterbildung nach der dualen Direktausbildung in Psychotherapie

*Ein Konzept zur Gestaltung  
der Zukunft der Psychotherapie*

Serge Sulz

Deutschland hat europa- und weltweit eine der besten Psychotherapieversorgungen und Psychotherapieausbildungen (Strauß, 2013; Fliegel, 2013; Hagspiel & Sulz, 2011). Getragen von umfangreicher Forschung und langjähriger klinischer Erfahrung, ist ein Gesundheitsbereich entstanden, der in seiner Bedeutung gleichrangig neben Innere Medizin und Chirurgie gestellt werden muss.

Trotzdem plant das Bundesgesundheitsministerium die 1999 durch das Psychotherapeutengesetz eingeführte Ausbildung zum approbierten Psychologischen Psychotherapeuten abzuschaffen und die Inhalte in das Studium vorzuverlegen. Ein Masterstudium in Psychologie und Psychotherapie wird dann im Alter von 22 bis 23 Jahren zur Approbation und damit zur Berechtigung führen, selbständig Psychotherapie heilberuflich auszuüben. Das bisherige Psychiatrie- und Psychosomatikpraktikum im Umfang von 1,5 Jahren soll nach dem Studium als voll bezahlter Angestellter (Weiterbildungsassistent) einer Klinik erfolgen, jedoch nicht Bedingung der Approbation sein. Dieser Plan entspricht einer einfachen „Direktausbildung“ (das Studium führt direkt zum Beruf). Dass so wenig bezahlt wurde, lag auch an der Festschreibung des Praktikums als bloße „Beteiligung“ an der klinischen Versorgung. In nicht verantwortlicher Position mitgehen, mithören, mitsehen – ohne eigene therapeutische Aufgabenstellung. Rasch haben Kliniken und Praktikanten vom Gesetz abweichende Fakten hergestellt, so dass fast immer psychotherapeutische Tätigkeit resultierte – die hätte dann aber bezahlt werden müssen. Hält man sich dagegen eng an das Gesetz, so würde der Inhalt des Praktikums eher dem Praktischen Jahr im Medizinstudium entsprechen und müsste auf das Masterstudium vorgezogen werden.

Von der Versorgungsperspektive her wäre es am naheliegendsten, dass Psychotherapie ein Bereich der Medizin ist, und wir haben ja auch die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die Zusatzbezeichnung Psychotherapie und die Zusatzbezeichnung Psychoanalyse (Beutel, Porsch & Subic-Wrana, 2013).

Von der Wissenschaftsperspektive her wäre es naheliegend, dass Psychotherapie eine Anwendungsrichtung der Psychologie ist (Benecke 2012, Lubisch 2012, Richter, 2013; Rief, Fydrich, Margraf & Schulte, 2012). Aufbauend auf der Grundlagenforschung haben sich die Klinische Psychologie, die Präventionspsychologie und die Rehabilitationspsychologie entwickelt. Analog zu den Fachärzten entstand der Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten.

Wenn es um die bestmögliche Krankenversorgung geht, muss die Devise sein, das zu bewahren und weiterzuentwickeln, was wir als gegenwärtiges Niveau der Psychotherapieversorgung erreicht haben. Nichts wegnehmen und nichts abschaffen. Das hört sich selbstverständlich an, aber gesetzliche Neuerungen kommen nicht von Psychotherapeuten, sondern von den Ministerien. Sie haben andere – ordnungspolitische – Prioritäten, und denen muss Rechnung getragen werden. Das Psychotherapeutengesetz von 1999 hat zwei wesentliche Mängel (Gleiniger 2013a,b; Ströhm et al. 2013).

Es hat keine 100-prozentige Gleichstellung des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit anderen Gesundheitsberufen als heilkundliche Tätige hergestellt (Jordan et al. 2011). Um dies zu ermöglichen, müssten entweder antiquierte Gesetze an das Psychotherapeutengesetz angepasst werden (was vielleicht der einfachere und folgerichtige Weg wäre) oder das Psychotherapeutengesetz muss in diesen beiden Punkten geändert werden. Etwas Neues, was sich in fast jeder Hinsicht bestens bewährt hat, kann man wieder stützen und in alte Schablonen pressen, der Ordnung halber. Oder man verändert verkrustete gesetzliche Strukturen so, dass eine hochkarätige Psychotherapie in zeitgemäßen Ordnungen ihren Platz finden kann. Das Bild eines gut gewachsenen Baumes, dessen Äste und Wurzeln

beschnitten werden, um ihn in einen großen Quader rein zu pressen, würde hier passen.

Der zweite Mangel ist schwerwiegend. Nach fünf Jahren Studium in Psychologie beginnt die drei- bis fünfjährige Psychotherapieausbildung oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung bzw. nach fünf Jahren Pädagogikstudium oder vier Jahren Sozialpädagogikstudium beginnt die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung. In dieser Zeit sind ein Jahr in einer psychiatrischen Einrichtung und ein halbes Jahr in einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Einrichtung als praktische Tätigkeit zu verbringen im Sinne einer Beteiligung an deren Krankenversorgung. Für diese beiden Praktika ist keine verbindliche Vorgabe zur Bezahlung geschaffen worden. Deshalb verlangten in den ersten Jahren einzelne Kliniken von den Ausbildungsinstituten Geld dafür, dass die Praktikanten zu ihnen kommen konnten. Und erst allmählich entstand die Bereitschaft, diese praktische Tätigkeit zu bezahlen – nachdem deutlich wurde, dass die Praktikanten die personelle Situation und die Krankenversorgung verbesserten. Im Durchschnitt ist jedoch der BAföG-Satz noch nicht erreicht. Wer neunhundert oder tausend Euro netto monatlich erhält, kann sich glücklich schätzen.

Der Vergleich der praktischen Tätigkeit mit dem Praktischen Jahr am Ende des Medizinstudiums ist naheliegend. Im Praktischen Jahr wird die konkrete Durchführung der Krankenversorgung in der Klinik beobachtet, und der lehrende Arzt erklärt, weshalb er bei welchem Patienten welche konkrete Behandlungsmaßnahme wie durchführt. Diese Lehre am Krankenbett schafft die erste Verbindung der im Studium gelernten Theorie mit deren praktischer Anwendung. Nur sehr einfache therapeutische Interventionen können im Praktischen Jahr schon selbst erprobt werden. Die Verantwortung liegt völlig beim Klinikarzt. In der Medizin ist dies eine wichtige Brücke vom Studium zum Arztberuf. Das Praktische Jahr ist in Trimester eingeteilt: vier Monate Innere Medizin, vier Monate Chirurgie und vier Monate ein Bereich freier Wahl. Nur ausgewählte Lehrkrankenhäuser der Universität stehen für das Praktische Jahr zur Verfügung. Damit ist es noch eindeutig Bestandteil des Studiums.

Die Verlagerung eines Teil der praktischen Tätigkeit der Psychotherapieausbildung nach dem Psychotherapiegesetz als Praktisches Jahr in ein Universitätsstudium, gibt nur Sinn, wenn dieses Studium auf den Beruf des Psychotherapeuten vorbereitet und nicht ein breiteres Studium ist wie Psychologie oder Pädagogik – also ein neu zu schaffendes Psychotherapiestudium, das sowohl in der Medizinischen Fakultät als auch in einer Psychologisch-Pädagogischen Fakultät angesiedelt sein kann.

Ich möchte im Folgenden drei inhaltliche und prozessuale Möglichkeiten der Optimierung der Psychotherapieausbildung und -weiterbildung darlegen, die auf dem Modell der dualen Direktausbildung (Gleiniger, 2013) basieren und die meines Erachtens durch Forschung, Therapiepraxis und Ausbildungspraxis nahegelegt werden und die genannten Ordnungsprobleme beheben (Abbildung 1):

- Das Universitäts-Masterstudium der Psychotherapie mit dem Ziel der Zulassung zur Psychotherapieausbildung
- Die Psychotherapieausbildung mit dem Ziel der Approbation
- Die Weiterbildung in Psychotherapie mit dem Ziel der Kassenzulassung



Abbildung 1 einfache und duale Direktausbildung

## Das Universitätsstudium der Psychotherapie mit dem Ziel der Zulassung zur Psychotherapieausbildung

Die gegenwärtig zur Zulassung zur Psychotherapieausbildung führenden Studiengänge Psychologie, Pädagogik und Sozialarbeit/Sozialpädagogik sind zu breit angelegt, um optimale Grundlagen für die Psychotherapieausbildung bieten zu können. Bei einem von Anfang an auf Psychotherapie ausgerichteten Studium kommt jedoch sofort der Gedanke, dass mit 18 oder 19 Jahren eine Entscheidung für diesen sehr spezifischen Beruf noch nicht sinnvoll ist. Das wäre so, wie wenn ein Medizinstudent sich schon am ersten Tag seines Studiums festlegen müsste, ob er später z. B. Hautarzt, Augenarzt oder Psychiater werden möchte, und dann auch keine Möglichkeit mehr hat, das Berufsziel zu ändern. Diese Bedenken könnten abgemildert werden, wenn erst das Masterstudium spezifisch auf Psychotherapie ausgerichtet ist und das Bachelorstudium noch eine größere Bandbreite von Berufszielen umfassen würde, so wie es bei den gegenwärtigen Bachelorstudiengängen der Fall ist. Diese müssten also gar nicht geändert werden – mit Ausnahme einer stärkeren wissenschaftsmethodischen Orientierung des Pädagogik- und Sozialpädagogik-Studiums.

Wir können uns also auf die Planung eines Psychotherapie-Masterstudiums beschränken, das auf einem Psychologie-Bachelorstudium (spätere Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten) oder einem Pädagogik-Bachelorstudium (spätere Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) oder auf einem Medizinstudium bis zum Physikum/Bachelorstudium Medizin aufbaut (spätere Ausbildung zum Medizinischen Psychotherapeuten).

Hier muss noch nicht zwischen der Erwachsenen-Psychotherapie und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unterschieden werden. Diese Unterscheidung erfolgt erst nach dem Masterstudium. Dabei wird als Einwand kommen, dass ein Pädagogik- oder Sozialpädagogik-Bachelor nicht zu einem Psychotherapie-Masterstudium zugelassen werden dürfte, da ihm die psychologischen Grundlagen fehlen. Wenn wir aber dem Bologna-Prinzip Rechnung zollen, so ist diese erweiterte Zulassungsmöglichkeit prinzipiell gewollt und deshalb diskussionswürdig.

## 1. Universitätsstudium in Psychotherapie (Master of Science)

Nach diesen Vorüberlegungen können wir an die inhaltliche Gestaltung des Psychotherapie-Masterstudiums gehen. Welche Inhalte dürfen nicht fehlen, welche sind verzichtbar?

Der Psychologe wird sagen, dass die menschliche Psyche umfassend verstanden werden muss, d. h., dass der gesamte Stoff bis zum früheren Vordiplom notwendig ist, soweit er nicht schon in einem Psychologie-Bachelorstudium angeeignet wurde: Methodenlehre, Experimental-, Wahrnehmungs-, Denk-, Lern-, Motivations-, Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie. Ganz selbstverständlich sind für ihn Sozialpsychologie und Klinische Psychologie.

Der Mediziner wird sagen, dass ein Verständnis von Gesundheit und Krankheit des Körpers und der Seele entstehen muss, d. h., dass sich der Stoff bis zum Physikum angeeignet werden muss: Anatomie, Physiologie, Biochemie, Neurobiologie, Medizinische Psychologie und ganz selbstverständlich Psychiatrie und Psychosomatische Medizin (mit somatischem Grundlagenwissen in den Bereichen, deren psychosomatische Erkrankungen später psychotherapiert werden sollen, also Innere Medizin, Neurologie, Dermatologie, Ophthalmologie, Orthopädie, HNO).

Mit Blick auf die spätere Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut werden Pädagogen und Sozialpädagogen sagen, dass Wissen auf dem Gebiet der kindlichen Sozialisation von der Krippe über Kindergarten, Grundschule, Hauptschule/Realschule/Gymnasium unverzichtbar ist.

Im Folgenden beschränken wir uns auf die Erwachsenen-Psychotherapie, da die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mehr Besonderheiten aufweist als hier Berücksichtigung finden kann.

- Es sind zwei Masterstudiengänge zu diskutieren:
- Psychologische Psychotherapie, aufbauend auf einem Psychologie-Bachelor
  - Medizinische Psychotherapie, aufbauend auf einem Medizin-Studium bis zum Physikum oder einem Medizin-Bachelor
- (beide geben der Psychoanalyse den notwendigen Raum)

## **Masterstudium Psychologische Psychotherapie**

Der approbierte Erwachsenen-Psychotherapeut hat die Bezeichnung Psychologischer Psychotherapeut. Er kommt von der Psychologie zur Psychotherapie. Er bringt das Wissen der Psychologie in die Psychotherapie. Dieses hat er im Bachelor-Studium erworben. Das Psychotherapie-Masterstudium vermittelt ihm Kenntnisse auf dem Gebiet der Psychotherapie und im psychotherapeutischen Beruf. Dazu gehören bereits einige psychotherapeutische Basiskompetenzen. Die wissenschaftliche Orientierung führt zum Master of Science. Das Masterstudium dauert drei Jahre (zwei Jahre Theorie und ein Jahr Praxis).

Der theoretische Teil hat drei Schwerpunkte:

- Forschungsmethodik
- Psychotherapiemethodik incl. Psychoanalyse
- Anwendungsbereiche (Prävention, Krankenbehandlung, Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen)

Das letzte Jahr besteht aus zwei Praxissemestern analog zum Praktischen Jahr beim Medizinstudium. Es ist eine Verlegung der praktischen Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik, die bisher Bestandteil der Psychotherapieausbildung war. Nach einer Gesetzesnovelle darf aber die Praxis nicht so spät erscheinen, dass ein Psychotherapie-Master noch kein Praxissemester hatte. Das Ziel bleibt gleich: Beteiligung an der Krankenversorgung (noch kein spezifischer Kompetenzerwerb und noch keine Anwendung von Psychotherapiekompetenzen). Die Praxissemester werden an Lehrkrankenhäusern der Universität absolviert.

Das Berufsprofil des Masters (M.Sc.) in Psychologischer Psychotherapie kann so skizziert werden: Master in Psychotherapie werden in allen medizinischen Einrichtungen, vom Akutkrankenhaus über Reha-Einrichtungen bis zur Arztpraxis für einen vielfältigen klinisch therapeutischen und diagnostischen Tätigkeitsbereich benötigt. Sie arbeiten unter Anleitung eines Psychologischen Psychotherapeuten oder Facharztes an der Behandlung und Rehabilitation mit. Sie haben das Recht auf Zulassung zur staatlichen Ausbildung zum approbierten

Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

## **Masterstudium Medizinische Psychotherapie**

Ob man das Psychotherapie-Masterstudium von der psychologischen oder von der medizinischen Seite her aufbaut, ist, wie wenn man sich überlegt, von welcher Seite des Bergs man einen Tunnel zu graben beginnt. Das Ziel ist dasselbe, der Weg jedoch verschieden. Naturgemäß wird beim einen das Psychologische mehr im Vordergrund stehen, beim anderen mehr das Psychosomatische und Psychiatrische. Die Kernkenntnisse und -fähigkeiten müssen aber identisch sein.

Wenn das Psychotherapie-Masterstudium in der Medizinischen Fakultät einer Universität angesiedelt ist, baut es auf dem Medizinstudium bis zum Physikum auf oder auf einem Medizin-Bachelor mit Schwerpunkt Psychosomatik und Psychiatrie.

## **Inhaltliche Gestaltung eines Masterstudiums**

Das Studium könnte etwa so aufgebaut werden (siehe Tabelle 1 Masterstudium):

- A. Forschungsmethodik und Evaluation
- B. Diagnostik
- C. Kommunikation von Forschung und Masterarbeit
- D. Psychologische Grundlagen und Vertiefungen  
incl. Psychoanalyse
- E. Psychotherapie Interventionen
- F. Übungen und Praktika

Es umfasst inkl. des Psychiatrie- und des Psychosomatik-Praktikums 5 Semester und baut auf dem Psychologie-Bachelor auf. Ein auf einem Medizin-Bachelor mit Schwerpunkt Psychiatrie und Psychosomatik aufbauendes Masterstudium müsste etwas anders konzipiert sein.

Damit sind optimale Bedingungen für den Beginn der postgraduierten Psychotherapieausbildung geschaffen.

Master Sc. Psychotherapie 5-semestriges Studium incl. Psychiatrie- und Psychosomatik-Praktikum		BEISPIEL		150 Kreditpunkte bei 20 SWS pro 30 ECT		Kre S dit W p u S n k t e / S e m e s t e r	
S e r	A For- me schungsme- s t hodik	B Diagnostik	C Kommuni- kation wiss. Erg. und Masterarbeit	E Psycholog. Grundlagen und Vertie- fungen	F Psychothe- rapie	G Übungen und Praktika	
1	A1 For- schungsme- thodik und Evaluation Vorlesung (4 ECT)	B1 Klinische Diagnos- tik und Testtheorie: Testen und Entscheiden Vorlesung (4 ECT)	C1 Erstellen und Kommuni- kation von Gutachten Seminar (4 ECT)	E1 Klinische Motivations- und Emoti- onspsycholo- gie Vorle- sung/ Seminar (6 ECT)	F1 Psychische Störungen Vorlesung und Kasuistik (6 ECT)	G1 Psycho- somatische Störungen/ Vorlesung/ Seminar (6 ECT)	
2	4 B2 Klinische Diagnos- tik und Testtheorie: Testen und Entscheiden Seminar (4 ECT)	4 B2 Klinische Diagnos- tik und Testtheorie: Testen und Entscheiden Seminar (4 ECT)	4 C 2 Kolloqui- um: Aktuelle Forschungs- ergebnisse (1 ECT)	6 E2 Klinische Lern- und Entwick- lungspsy- chologie Vorlesung/ Seminar (6 ECT)	6 F2 Psycho- therapeuti- sche Inter- ventionen Vorlesung und Kasuistik (6 ECT)	6 G2 Thera- peutische Interventi- onen Seminar (6 ECT)	30 20
3	4 A3 Kol- loquium: Präsentati- on eigener Forschungs- ergebnisse (2 ECT)	4 C3a Mas- terarbeit Planung und Vorbereitung - 16 KP		6 F3 Prävention und Reha- bilitation Vorlesung (6 ECT)	6 G3 Präven- tive und rehabilitative Interventi- onen Seminar (4 ECT)		30 20
4	2 A4 Kol- loquium: Präsentati- on eigener Forschungs- ergebnisse (2 ECT)	2 C3b Mas- terarbeit Durchfüh- rung - 5 KP		6 P1 Psych- iatrisches Praxissemes- ter - 25KP			28 19
5	2 C3c Master- arbeit Aus- wertung und Schreiben - 5 KP	5 C3c Master- arbeit Aus- wertung und Schreiben - 5 KP		25 P2 Psy- chosomat. Praxissemes- ter - 25 KP			32 21
		5		25			30 20

Tabelle 1: Studium Master in Psychotherapie (M. sc.)

## 14 2. Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Nachdem die bisherige praktische Tätigkeit in Psychiatrie und in Psychosomatik durch das Vorziehen auf das Studium ihrem eigentlichen Zweck zugeführt worden ist und der Master in Psychotherapie bereits die notwendigen Erfahrungen durch die Beteiligung an der Krankenversorgung in den beiden Behandlungseinrichtungen sammeln konnte, können in der Ausbildung andere, bislang vernachlässigte Ausbildungsinhalte in den Vordergrund rücken wie das Zweitverfahren. Ein weitere wichtige Verlagerung – allerdings zeitlich nach hinten – ist der Erwerb der Fachkunde für die sozialrechtliche Qualifizierung mit der Berechtigung zur Abrechnung von Psychotherapie mit den gesetzlichen Krankenkassen: Die praktische Ausbildung im Umfang von 400 selbst durchgeführten Therapiestunden dient der berufsrechtlichen Qualifizierung mit Erwerb der Approbation. Die nachfolgende von der Psychotherapeutenkammer verwaltete Weiterbildung mit den restlichen 200 Therapiestunden führt zum zweiten Qualifizierungsschritt mit der Berechtigung zur kassentherapeutischen Niederlassung und Kassenabrechnung.

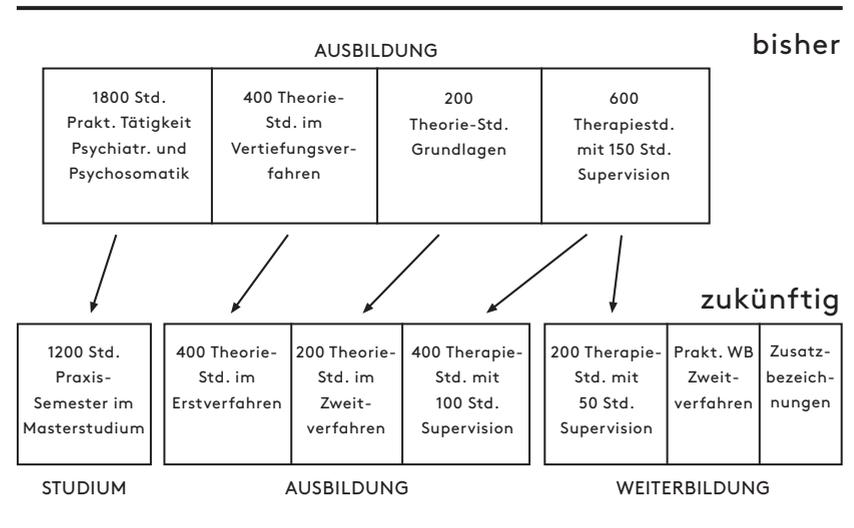


Abbildung 2: Weiterbildung in der dualen Direktausbildung

Damit ist die Ausbildung in sorgfältig abgestimmter Weise eingebettet in das vorausgehende Masterstudium, in dem die bisherige praktische Tätigkeit als psychiatrisches und psychosomatisches Praxissemester mit BAföG-Finanzierung ihren Platz gefunden hat, und in die nachfolgende praktische Weiterbildung, die bisher ein Bestandteil der praktischen Ausbildung war (200 Therapiestunden) – mit dem Ziel der Berechtigung, eine Kassenpraxis zu führen.

Die Ausbildung (sowohl in Erwachsenentherapie als auch in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) besteht somit aus:

**Theorie:**

400 Stunden im Erstverfahren (das kann jedes wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren sein, bei Psychoanalyse 800 Stunden)

200 Stunden im Zweitverfahren (das kann ebenfalls jedes wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren sein, vorzugsweise ist es eins, das mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden kann)

**Selbsterfahrung:**

120 Stunden im Erstverfahren einzeln und in der Gruppe (z. B. 40 bis 50 Stunden einzeln und 70 bis 80 Stunden in der Gruppe oder variablere Aufteilung, bei Psychoanalyse etwa 250 Stunden Einzel-Lehranalyse)

**Praktische Ausbildung (in der Institutsambulanz):**

400 Stunden selbst durchgeführte Einzeltherapien im Erstverfahren unter, bei Psychoanalyse 1000 Stunden)

100 Stunden Supervision (davon 50 Stunden einzeln, bei Psychoanalyse insgesamt 250 Std.)

**Basis-Ausbildung:**

1600 Stunden (kostenfrei, Vor- und Nachbereitung von Therapiestunden, theoretische und konzeptionelle Ausarbeitungen in Ausbildungsgruppen, Mitarbeit in der Institutsambulanz)

Inhalt	Psychotherapie Masterstudium		Psychotherapie Ausbildung			Psychotherapie Weiterbildung			
	Theorie	Praxissemester	Theorie 1	Theorie 2	Selbsterfahrung	prakt. Ausbildung	prakt. WB	Zweitverfahren	Zusatzbezeichnungen
Art und Umfang		600 Std. Psychiatrie	400 Std. Erstverfahren	200 Std. Zweitverfahren	120 Std. einzeln und in der Gruppe	400 Therapiestunden	200 Therapiestunden	ein Verfahren, das mit den Kassen abgerechnet werden kann	Gruppenth., KJ-Ther., Traumath., Schmerzth., Pth. im Alter, Psychoonk.
Veränderungen		600 Std. Psychosomatik	wie bisher	statt der bisherigen 200 Std. theoret. Grundlagen der PT	wie bisher	200 Std. weg und auf die Weiterbildung verlagert	50 Supervisions-Std.	Therapien unter Superv.	Therapien unter Superv.
Ziel	Zulassung Ausbildung	bisherige prakt. Tätigkeit in der Ausbildung	wie bisher	Approbation	wie bisher	200 Std. weg und auf die Weiterbildung verlagert	bisher Teil der Ausbildung	prakt. WB mit Therapie-Std. u. Supervision	Spezialisierungen mit Zertifizierung durch die Kammer
Zuständigkeit	wie bisher Staat		wie bisher Staat	wie bisher Staat	wie bisher Staat		Kassenzulassung	Kammern	Einnahmen für eigene Therapien
Finanzierung	Bafög	Bafög							

Tabelle 2: Aus- und Weiterbildung in der dualen Direktausbildung (aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die Besonderheiten der psychoanalytischen Ausbildung in dieser Tabelle nicht festgehalten)

Damit umfasst die Ausbildung nur noch  
400 + 200 + 120 + 400 + 100 + 1600 = 2820 Stunden,  
wovon 1220 Stunden kostenpflichtig sind (bei Psycho-  
analyse 3220 Stunden, davon 1620 kostenpflichtig).

Bei den heutigen Gebühren wären das etwa 9.000 Euro für die Theorie, 4.800 für die Einzel-Selbsterfahrung, 2.400 für die Gruppen-Selbsterfahrung, 4.000 für die Einzel-Supervision, 1.000 für die Gruppen-Supervision, insgesamt also etwa 21.000 Euro. Diesen Ausgaben stehen Einnahmen für die durchgeführten Therapien in Höhe von etwa 50 x 400 = 20.000 Euro gegenüber. Ausgaben und Einnahmen des Ausbildungsteilnehmers halten sich also etwa die Waage. Die Therapien können von 16 bis 19 Uhr durchgeführt werden, so dass der berufs begleitende Charakter der Ausbildung bewahrt bleibt.

Diese Ausbildung dauert berufs begleitend drei Jahre (bei psychoanalytischer Vertiefung 5 Jahre), als Ganztagsausbildung zwei Jahre.

Im Vergleich zur bisherigen Ausbildung ist sie

- optimal durch den Psychotherapie-Master vorbereitet
- breiter (zwei statt nur ein Verfahren)
- kürzer (drei statt fünf Jahre berufs begleitend)
- billiger (21.000 Euro statt bisher 31.000 Euro)
- durchgängig berufs begleitend (z. B. während bezahlter beruflicher Tätigkeit in Klinik oder Praxis – keine 1,5 Jahre unbezahlte praktische Tätigkeit, die ja einen weiteren Lebensunterhalt-Kostenfaktor von mindestens 10.000 Euro (mtl. BAföG-Satz) bedeutet)
- ideale Basis für die nachfolgende Weiterbildung (sozialrechtliche Qualifizierung).

Diese Ausbildung kann so mit entsprechend unterschiedlichen Inhalten sowohl für den Erwachsenen-Psychotherapeuten als auch für den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angesetzt werden. Bei psychoanalytischer Vertiefung bleiben die Kennwerte sowohl im Erwachsenen- als auch im Kinder- und Jugendbereich wie bisher.

### 3. Weiterbildung nach Ausbildung und Approbation

Der approbierte Psychologische Psychotherapeut kann nach der Psychotherapieausbildung selbständig den psychotherapeutischen Beruf ausüben, indem er Prävention, Psychotherapie und Rehabilitation bei erwachsenen Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen durchführt. Der approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist befähigt und berechtigt, diese Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen durchzuführen. Er ist in der Krankenversorgung somit auf dem Qualifikationsniveau eines Facharztes. Wenn das Psychotherapiestudium an einer medizinischen Fakultät erfolgte und die hierfür notwendigen Kenntnisse vermittelt, kann der Therapeut, eventuell in Zusammenarbeit mit einem Arzt, auch Medikamente und andere medizinische Therapien verordnen.

Die Approbation ist eine berufsrechtliche Legalisierung der psychotherapeutischen Tätigkeit als heilkundliche Tätigkeit. Die Approbation führt jedoch noch nicht zur Fachkunde, die mit Eintragung in das Arztregister zur Berechtigung führt, Therapien mit den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen, sobald eine kassentherapeutische Zulassung mit einem Kassensitz erfolgt ist. Es ist lediglich möglich, mit privaten Versicherungen abzurechnen oder Selbstzahler zu behandeln. In der Medizin wird dies analog geregelt.

Wer über die berufsrechtliche Qualifikation hinaus auch sozialrechtliche Qualifikation erwerben will, um die für die Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen notwendige Fachkunde zu erwerben, muss, auf seiner auf 400 Stunden Theorie und 400 Stunden gekürzten Ausbildung aufbauend, noch eine Weiterbildung absolvieren mit 200 Stunden Theorie und 200 Stunden Therapie unter Supervision. Diese Weiterbildung liegt in der Zuständigkeit der Landeskammern.

Falls die Kürzung des Praktikums von 1800 Stunden auf 1200 Stunden zu viel erscheint, kann nach dem Abschluss der Ausbildung eine 6-monatige Vorbereitungszeit in ganztägiger Anstellung in einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapie-Kassenpraxis, wie es sie früher im ärztlichen Bereich gab, einrichten – nur für diejenigen, die eine Kassenzulassung erwerben wollen.

## Psychotherapie-Weiterbildung

Inhalt	prakt. WB	Zweitverfahren	Zusatzbezeichnungen
Art und Umfang	200 Therapiestunden im Erstverfahren	falls das Erstverfahren (noch) nicht abrechnungsfähig ist, vorzugsweise ein Verfahren, das mit den Kassen abgerechnet werden kann	Gruppentherapie, Kinder- und Jugendl. therapie, Traumatherapie, Schmerztherapie, Alterspsychotherapie, Psychoonkologie etc.
	50 Supervisions-Std.	Therapien unter Supervision	Therapien unter Supervision
Veränderungen	bisher Teil der Ausbildung	prakt. WB mit Therapie-Std. u. Supervision	Spezialisierungen mit Zertifizierung durch die Kammer
Ziel	Kassenzulassung	Kassenzulassung	Abrechnungsberechtigung
Zuständigkeit	Kammern		

Tabelle 3: Weiterbildung in der dualen Direktausbildung

Vom hier dargelegten Modell einer dualen Direktausbildung ausgehend, ergeben sich für die Landeskammern folgende Weiterbildungsaufgaben:

**1. Sozialrechtliche Qualifikation mit dem Ziel der Berechtigung zur Abrechnung von Psychotherapie mit den gesetzlichen Krankenkassen im Erstverfahren (Eintragung im Arztregister)**

**2. Zusatzqualifikation im Zweitverfahren mit dem Ziel der Berechtigung zur Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen im Zweitverfahren (Eintrag der Fachkunde im Arztregister)**

**3. Zusatzqualifikation in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie mit dem Ziel der Berechtigung zur Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen durch Erwachsenen-Psychotherapeuten (bisher KJ-Zusatzausbildung zum Erwerb der Fachkunde mit Eintragung im Arztregister)**

**4. Zusatzqualifikation in Erwachsenen-Psychotherapie mit dem Ziel der Berechtigung zur Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen durch approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (bisher nicht möglich)**

**5. Zusatzqualifikation in Gruppentherapie mit dem Ziel der Berechtigung zur Abrechnung mit gesetzlichen Krankenkassen (Eintrag der Fachkunde im Arztregister, bisher**

Gruppentherapie-Zusatzausbildung zum Erwerb der Fachkunde mit Eintragung im Arztregister)

**6. Spezialisierung in besonderen Anwendungs- und Störungsbereichen (Psychotherapie im Alter, Forensik, Psychoonkologie, Traumatherapie, Paar- und Sexualtherapie, Schmerztherapie etc.)**

**7. Spezialisierung in besonderen Methoden (Dialektisch-Behaviorale Therapie, Emotionsfokussierte Therapie, Körpertherapie, Schematherapie, Entspannungsverfahren, Hypnose etc.)**

Es muss hervorgehoben werden, dass die hier skizzierte Weiterbildung im Gegensatz zum DVT-Konzept (Ströhm et al. 2013)

- rein berufsbegleitend ist, wodurch es keine Kliniken/Praxen benötigt, die Weiterbildungsbefugnis erhalten
- nicht zur „Facharzt“-Qualifikation führt, sondern auf dieser aufbaut
- kein Nadelöhr konstruiert, das vielen Hochschulabsolventen den Weg zu diesem Beruf verbaut
- kein Finanzierungsproblem enthält
- wenige gesetzliche Änderungen benötigt
- wenig organisatorische Umwälzungen benötigt
- eine klare und einfache Struktur aufweist.

Da die Weiterbildung nicht am Arbeitsplatz in der Klinik stattfindet, benötigt die Klinik auch keine Weiterbildungsbefugnis. Der Arbeitsplatz (Klinik, Ambulanz, Beratungsstelle, Praxis etc.) dient lediglich dazu, dort seinen Beruf als Psychologischer Psychotherapeut auszuüben und damit seinen Lebensunterhalt zu verdienen.

### Die einzelnen Weiterbildungs-Qualifikationen

#### **1. sozialrechtliche Qualifikation im Erstverfahren**

Analog zur Abstufung berufsrechtlicher und sozialrechtlicher Qualifikation in der Medizin führt die Ausbildung zur Befähigung, als Psychotherapeut tätig zu werden, sei es in eigener Privatpraxis, sei es angestellt in Klinik, Ambulanz, Medizinischem Versorgungszentrum oder Kassenpraxis.

Hierzu sind z. B.

- 200 Stunden selbständig durchgeführte Therapie unter
- Supervision nach jeder 4. bis 6. Therapiestunde erforderlich.

Dies wird nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass die Ausbildung von 600 Stunden eigene Therapien auf 400 Stunden gekürzt wurde. Weitere Theorie sollte einrichtungsintern kostenfrei vom Arbeitgeber angeboten werden (z. B. wöchentliche doppelstündige Weiterbildung). Die Ableistung dieser Weiterbildung muss in Art und Ausmaß der Kammer belegt werden, die nach Prüfung die erfolgreiche Weiterbildung anerkennt und bestätigt (bisheriger Fachkundenachweis). Bei psychoanalytischer Vertiefung ist dieses Splitting von Approbation und Berechtigung zur Kassenzulassung problematisch. Hier sollte beides innerhalb der Ausbildung bleiben).

## **2. Zusatzqualifikation Zweitverfahren**

Nach der Approbation kann in Zuständigkeit der Landeskammer eine Zusatzqualifikation im Zweitverfahren als Weiterbildung erfolgen (attraktiv, wenn dieses ein Richtlinienverfahren ist), so dass auch in diesem Verfahren Kassenzulassung möglich wird. Diese Nachqualifikation könnte beim Erstverfahren Tiefenpsychologische Psychotherapie in Verhaltenstherapie erfolgen und würde dann z. B. Folgendes beinhalten:

- 200 Stunden Theorie Verhaltenstherapie
- 200 Stunden Therapie Verhaltenstherapie
- 50 Stunden Supervision (einzeln oder in der Gruppe)
- 60 Stunden Selbsterfahrung Verhaltenstherapie (einzeln bzw. 120 Doppelstunden in der Gruppe)

Der theoretische Teil kann von einem durch die Kammer beauftragten Aus- und Weiterbildungsinstitut angeboten werden. Die Supervision erfolgt durch einen von der Kammer anerkannten Supervisor. Die Therapie findet in der Institutsambulanz oder am Arbeitsplatz (Klinik, Ambulanz, Lehrpraxis) statt und kann mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden (wie bisher).

## **3. Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für Erwachsenen-Psychotherapeuten**

Für Erwachsenen-Psychotherapeuten kann im eigenen Vertiefungsverfahren eine Zusatzqualifikation als Weiterbildung in Zuständigkeit der Landeskammer in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie erfolgen, das z. B. Folgendes enthalten könnte:

- 200 Stunden Theorie KJ-PT oder KJ-VT
- 200 Stunden Therapie KJ-PT oder KJ-VT
- 50 Stunden Supervision (einzeln oder in der Gruppe)
- Ein Praxis-Semester ist nicht notwendig.

Der theoretische Teil kann von einem durch die Kammer beauftragten Aus- und Weiterbildungsinstitut angeboten werden. Die Supervision erfolgt durch einen von der Kammer anerkannten Kinder- und Jugendlichen-Supervisor. Die Therapie findet in der Institutsambulanz oder am Arbeitsplatz (Klinik, Ambulanz, Lehrpraxis) statt und kann mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden (wie bisher). Diese Zusatzausbildung gibt es seit Jahrzehnten. Sie ist sehr beliebt bei Erwachsenentherapeuten und ist eine wertvolle Ergänzung zusätzlich zu den approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Dieses große Interesse wird auch durch eine Studie von Unger und Fydrich (2013) belegt.

## **4. Zusatzqualifikation Erwachsenen-Psychotherapie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**

Diskussionsbedürftig ist folgende Möglichkeit der Zusatzqualifikation: Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten kann im eigenen Vertiefungsverfahren eine Zusatzqualifikation als Weiterbildung in Zuständigkeit der Landeskammer in Erwachsenen-Psychotherapie erfolgen, das z. B. Folgendes enthalten könnte:

- 200 Stunden Theorie Erwachsenen-Psychotherapie
- 200 Stunden Therapie Erwachsenen-Psychotherapie
- 50 Stunden Supervision (einzeln oder in der Gruppe)
- Ein Praxis-Semester ist nicht notwendig

Der theoretische Teil kann von einem durch die Kammer beauftragten Aus- und Weiterbildungsinstitut angeboten werden. Die Supervision erfolgt durch einen von der Kammer anerkannten Supervisor. Die Therapie findet in der Institutsambulanz oder am Arbeitsplatz (Klinik, Ambulanz, Lehrpraxis) statt und kann mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden (wie bisher).

### **5. Zusatzqualifikation Gruppentherapie**

Sowohl Erwachsenen-Psychotherapeuten als auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können nach der Approbation eine Weiterbildung in Gruppentherapie absolvieren und die von der Landeskammer zertifizierten Zusatzqualifikation erwerben, nachdem z. B. folgende Bausteine erfolgreich belegt worden sind (der bisherige Umfang war nicht ausreichend qualifizierend):

- 100 Stunden Theorie Gruppentherapie
- 200 Stunden Therapie Gruppentherapie
- 50 Stunden Supervision einzeln oder in der Gruppe
- Ein Praxis-Semester ist nicht notwendig.

Der theoretische Teil kann von einem durch die Kammer beauftragten Aus- und Weiterbildungsinstitut angeboten werden. Die Supervision erfolgt durch einen von der Kammer anerkannten Gruppentherapie-Supervisor. Die Therapie findet in der Institutsambulanz oder am Arbeitsplatz (Klinik, Ambulanz, Lehrpraxis) statt und kann mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden (wie bisher).

### **6. Bereichsspezialisierung**

Wie bei den fachärztlichen Bereichen gibt es in der Psychotherapie weitergehende Spezialisierungen. In der Inneren Medizin gibt es die Kardiologie, die Psychoanalyse etc. Je nach der wissenschaftlichen Entwicklung erweitert sich das Spektrum an Spezialisierungen. In der Medizin werden die durch die Spezialisierung erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten durch eine Zusatzbezeichnung zur Facharztbezeichnung gekennzeichnet, z. B. Facharzt für Innere Medizin – Kardiologie oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – Psychoanalyse.

In der Psychotherapie können z. B. folgende Spezialisierungen zu einer entsprechenden Zusatzbezeichnung führen:

- Psychoanalyse (nur nach Vertiefung tiefenps. Psychotherapie)
- Gruppentherapie
- Alterspsychotherapie
- Forensik
- Psychoonkologie
- Traumatherapie
- Paar- und Sexualtherapie
- Schmerztherapie
- Behindertenbereich

Die Landeskammer erstellt Curricula und prüft nach deren Absolvieren die erworbene Qualifikation. Sie vergibt die Zusatzbezeichnung. Die Spezialisierung wird oft durch eine Mischung von einem Jahr angeleiteter Ganztätigkeit im Spezialisierungsbereich und berufsbegleitenden Kursen erworben, die von durch die Kammer beauftragten Instituten angeboten werden (anerkannte Ausbildungsinstitute können auf diese Weise zusätzlich zur Ausbildung auch diese Weiterbildungen anbieten).

Mit der Vergabe der Zusatzbezeichnung erteilt die Kammer das Recht, in dieser Bereichsspezialisierung heilkundig tätig zu werden.

Die Kammer prüft die Qualifikation der Weiterbilder und Weiterbildungseinrichtungen und vergibt die Berechtigung zur Weiterbildung im Spezialisierungsbereich.

Es ist davon auszugehen, dass umfangreichere Maßnahmen in der Bereichsspezialisierung von den Krankenkassen nur bezahlt werden, wenn die entsprechende Zusatzbezeichnung vorliegt.

### **7. Methoden-Spezialisierung**

Obige Zusatzbezeichnungen beziehen sich auf Anwendungsbereiche. Es ist auch möglich und in einigen Fällen notwendig, Methodenspezialisierungen zu umschreiben und Zusatzbezeichnungen zu definieren. Dies ist besonders einsichtig bei der Gruppentherapie. Die bisherige Unterscheidung von psychotherapeutischem Verfahren (Tiefenpsychologisch

orientierte Psychotherapie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Gesprächstherapie, Hypnotherapie) und psychotherapeutischer Methode (Dialektisch-Behaviorale Therapie, Schematherapie, Entspannungsverfahren, Hypnose, Katathymes Bilderleben etc.) hilft bei der Orientierung der methodischen Weiterbildungsbereiche. In Zusammenarbeit mit den jeweiligen Fachgesellschaften entwickelt die Kammer verbindliche Curricula und geht dabei so, wie oben beschrieben, vor, so dass die zu erwerbende Zusatzbezeichnung die spezialisierte Behandlungsqualität gewährleistet.

Die Weiterbildung wird damit zu einem sehr umfangreichen Tätigkeitsbereich der Landeskammern, die ihre Curricula untereinander und gemeinsam mit der Bundeskammer abgleichen und weiterentwickeln.

**Tabelle Vergleich einfache und duale Direktausbildung**  
(Gleiniger 2013, Sulz 2013)

	einfach
Prinzip	komplette Psychotherapiekompetenz mit Abschluss des Masterstudiums
Ausbildungsinhalte	Im Studium müssen zusätzlich zu den wissenschaftlichen Inhalten von Psychologie und Psychotherapie untergebracht werden: 600 Std. Theorie, 600 Std. Therapie, 150 Std. Supervision, 120 Std. Selbsterfahrung, 1800 Std. Praktikum
Zeitpunkt Approbation	sofort mit Studienabschluss,
Alter bei Approbation	22 Jahre
Praktikum	1800 Std., Gehaltszahlung nicht gesichert
Vertiefungsfach	angedacht ist, die bestehenden Therapieverfahren durch evidenzbasierte allgemeine Psychotherapie zu ersetzen
Ausbildungskapazität	wenn nur diejenigen die Approbation erhalten können, die eine bezahlte Stelle in einer Klinik bekommen, werden nur noch wenige Psychologen die Ausbildung abschließen können.
Zuständigkeit	staatlich auf Bundesebene
Pflicht-Weiterbildung	keine Pflicht-Weiterbildung nach der Approbation geplant
Zusatz-qualifikationen durch Weiterbildung	nicht vorgesehen
Zuständigkeit Weiterbildung	nicht vorgesehen
Finanzierung	Wiss. Studium durch Bafög, Praktikum soll durch bezahlte Tätigkeit in Kliniken finanziert werden, wobei noch keine Realisierungsmöglichkeit in Aussicht ist

Tabelle 4: Weiterbildung bei einfacher und dualer Direktausbildung im Vergleich

## Diskussion

Um den Stellenwert der Säulen von Aus- und Weiterbildung und ihre Gestaltungsmöglichkeiten zu verstehen, sollte man sich das Prinzip der einfachen und der dualen Direktausbildung vor Augen führen. In Tabelle 4 ist die Direktausbildung in der einfachen und der dualen Variante vergleichend dargestellt.

Dabei wird deutlich, dass die einfache Direktausbildung Gefahr läuft, etwas, was sich seit fast 14 Jahren bewährt hat, zu beseitigen und durch etwas zu ersetzen, was in seinen Auswirkungen noch niemand absehen kann. Es fällt schwer, daran zu glauben, dass kein Einbruch in der Qualität der Ausbildung erfolgt (Michelmann et al. 2013). Zu viele Mängel werden planerisch eingebaut, z. B. die fehlende Berücksichtigung der Psychoanalyse und der entstehende Engpass an Aus- und Weiterbildungsstellen. Dieser Engpass würde sehr viel größer sein als bisher vermutet: In psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken arbeiten etwa 8000 Ärzte in der Facharztweiterbildung (Ärzttestatistik der Bundesärztekammer 2012). Jährlich schließen etwa 800 ihre Weiterbildung ab. Ein Teil von ihnen verlässt danach das Krankenhaus, um sich niederzulassen oder an eine andere Klinik zu gehen. Sicher sind es nicht mehr als 600. Gehen wir trotzdem von 800 frei werdenden Stellen aus. Kliniken können maximal 50 % Arztstellen durch Psychologische Psychotherapeuten in Weiterbildung ersetzen. Die anderen 50 % müssen Ärzte bleiben. Dazu kommen Fachärzte, die die Klinik verlassen und Psychologen und Psychologische Psychotherapeuten, die ihre Arbeitsstelle wechseln und dadurch Arbeitsplätze frei geben. Es sind keine Zahlen über diese Fluktuation bekannt. Aber es ist nicht damit zu rechnen, dass jährlich 1000 Stellen für die Psychotherapeuten-Weiterbildung besetzt werden können.

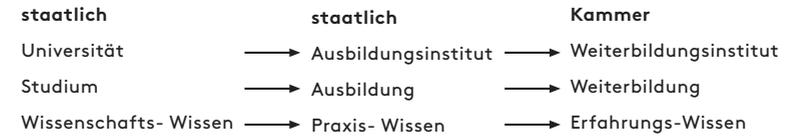
Deshalb muss denjenigen, die das Psychotherapie-Masterstudium und die einfache Direktausbildung mit dem Ziel der Approbation und späteren Niederlassung als Psychologische Psychotherapeuten beginnen wollen, aufgezeigt werden, dass nicht allen Master-Absolventen dieser Beruf zugänglich sein wird. D. h. dass die Zahl der Absolventen von derzeit etwa 2000 jährlich (Siegel, 2013) auf 500 jährlich absinken wird

und somit nur jeder vierte Bewerber die einfache Direktausbildung abschließen kann. Für die anderen wird es ein Studium ohne Zukunft. Aber auch inhaltlich ist die völlige Verlagerung der praktischen Tätigkeit nach hinten ein gravierender Fehler. Die Ausbildung bleibt zu lange theoretisch, neu erworbenes Wissen kann nicht auf konkrete klinische Begegnungen mit Patienten übertragen werden.

Die duale Direktausbildung kann diese Mängel umgehen. Sie lässt bewährtes bestehen (u. a. gibt sie der Psychoanalyse bereits im Masterstudium Raum und berücksichtigt die Besonderheiten der psychoanalytischen Ausbildung), zieht das Praktikum ins Studium vor, so dass Theorie mit Praxis verbunden werden kann, und nimmt eine berufsbegleitende (Pflicht)-Weiterbildung als wichtigen dritten Schritt der Qualifikation hinzu. Die neue Verteilung der Inhalte zwischen Studium, Ausbildung und Weiterbildung erscheinen als eine realisierbare Umsetzung notwendiger Optimierung. Einerseits wird verhindert, dass die Universität überlastet wird durch Aufgaben, die nicht in die Universität gehören. Andererseits kann die postgraduierte Ausbildung verschlankt werden, weil sie wichtige Elemente einerseits auf die Universität und andererseits auf die unter Kammerhoheit stehende Weiterbildung verlagert. Wichtig dabei ist, dass die Weiterbildung nicht als Vollzeit-Tätigkeit in einer Klinik stattfindet, sondern berufsbegleitend nach Feierabend und an Wochenenden, so dass kein Nadelöhr entsteht, das vielen die Tür zu diesem Beruf verschließt. Und auf diese Weise gibt es auch kein ungelöstes Finanzierungsproblem.

Wenn 12 Monate statt der bisherigen 18 Monate Praktikum zu kurz erscheinen, kann – wiederum auf (frühere) Regelungen im ärztlichen Bereich zurückgreifend – nach der Ausbildung eine 6-monatige Vorbereitungszeit auf die Kasentätigkeit hinzufügen, nur für diejenigen, die eine Kassenzulassung erwerben wollen. Diese Vorbereitung besteht in einer 6-monatigen ganztägigen oder 12-monatigen halbtägigen Mitarbeit in einer psychotherapeutischen Kassenpraxis bei voller Bezahlung, finanziert durch die erbrachten Kassenleistungen.

Damit sind Universität, Ausbildungsinstitut und Kammer die drei Säulen der Psychotherapie-Aus- und Weiterbildung:



Ihr Zusammenwirken garantiert höchstmögliche Qualität.

Dieser Beitrag hat versucht, aufzuzeigen, dass es Optimierungsmöglichkeiten der gegenwärtigen Psychotherapie-Ausbildung gibt, die nicht Bewährtes radikal abschaffen und dabei unlösbare Finanzierungs- und Flaschenhalsprobleme schaffen, sondern Besseres zum Guten hinzufügen. Insofern kann die hier vorgestellte duale Direktausbildung eine erfolgversprechende Alternative zum Ministeriumsplan der einfachen Direktausbildung sein.

## Literatur

Benecke C. (2012). Direktausbildung Psychotherapie mit „breitem Zugang“. Vortrag beim Hochschullehrertreffen der Psychotherapeutenkammer Hessen am 10.10.2012

Beutel M., Porsch U. & Subic-Wrana C. (2013). Modellstudiengang Psychosomatische Psychotherapie – Psychotherapeutische Direktausbildung an einer medizinischen Fakultät. Vortrag beim Symposium zur Zukunft der Ausbildung der Psychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz am 15.03.2013

Fliegel S. (2012). Direktausbildung Psychotherapie – ein Weg mit fatalen Konsequenzen. Unveröffentlichtes Manuskript

Gleiniger J.W. (2013a): Basal oder dual? – Ordnungspolitische Rechtfertigungen einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand. Vortrag auf der Fachtagung Qualität sichern – Fachliche und strukturelle Perspektiven für eine Reform der Psychotherapieausbildung. Berlin am 13.6.2013

Gleiniger J.W. (2013b): Basal oder dual? – Ordnungspolitische Rechtfertigungen einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 2013, 2, 493–517

Hagspiel S. & Sulz S. (2011). Psychotherapy in Europe. European Psychotherapy, 11 (Themenheft)

Jordan W., Adler L., Bleich S., von Einsiedel R., Falkai P., Großkopf V. et al. (2011). Definition des Kernbereichsärztlicher Tätigkeit im psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgebiet – Voraussetzung für jede Delegation. *Psychiatrische Praxis*, 38, 8–15

Lubisch B. (2012). Könnte so die Direktausbildung aussehen? Eine Skizze. *Psychotherapie Aktuell*, 3, 28–31.

Michelmann A., Ruggaber G., Timmermann H., Trautmann-Voigt S., Walz-Pawlita S., Wiesemüller B., Hoffmann F. (2013). „Qualität sichern“ – Fachgesellschaften fürchten erheblichen Qualitätsverlust der Ausbildung. *Psychotherapeutenjournal* 3/2013, 269–271.

Richter R. (2013). Das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 118–120.

Rief W., Fydrich T., Margraf J. & Schulte D. (2012). Modellvorschlag Direktausbildung Psychotherapie (Version 3). Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Kommission Psychologie und Psychotherapie, Berlin.

Siegel R.J. (2013). Absolventenzahlen der Psychotherapieausbildung. Entwicklung und mögliche Implikationen für den Berufsstand. *Psychotherapeutenjournal* 3/2013, 256–261.

Strauß B. (2013). Qualitätsverlust? Die Ausbildungsdiskussion vier Jahre nach dem Forschungsgutachten. Unveröffentlichtes Manuskript als Vorlage zum Vortrag auf der Lindauer Psychotherapiewoche 2013.

Ströhm W., Schweiger U., Tripp J. (2013): Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 3/2013, 262–268

Unger T., Fydrich T. (2013). Im Rahmen eines „Ein-Berufs-Modells“ wäre der Weiterbildungsschwerpunkt „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie“ stark gefragt. *Psychotherapeutenjournal* 3/2013, 272–274

Unveränderter Abdruck der Erstveröffentlichung in der Zeitschrift *Psychotherapie* 2013, Bd. 18-2, S. 255 – 269

# 15 Medizinische Psychotherapie als neuer medizinischer Beruf

Serge Sulz & Stephanie Backmund-Abedinpour

Eine wichtige Episode in der Geschichte der deutschen Psychotherapie geht zu Ende. In der nächsten Legislaturperiode soll laut Koalitionsvertrag eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes erfolgen. Da eine kleine Reform, die einfach nur die zwei wesentlichen Mängel beseitigt und das insgesamt sehr gute Ausbildungssystem (Strauß et al. 2009, Fliegel 2013, Ruggaber 2013, Sulz 2013) bewahrt hätte, von Seiten des Bundesgesundheitsministeriums abgelehnt wird, kommt nun eine große Reform (Bundespsychotherapeutenkammer 2013). Fydrich et al. 2013, Lubisch 2013, Ströhm et al. 2013).

Diese ermöglicht eine völlig neue Definition von nicht-ärztlicher Psychotherapie und eine neue Definition der Zugangsvoraussetzungen zur Psychotherapieausbildung. Schon der 16. Deutsche Psychotherapeutentag hatte bereits recht konkrete Aussagen dazu formuliert, die darauf hinausliefen, dass nur ein überwiegend psychologisches Studium den Zugang verschaffen darf. Er schrieb für ein Pädagogik- und für ein Sozialpädagogikstudium mindestens zu zwei Drittel psychologische Inhalte vor (Beschluss des 16. Deutschen Psychotherapeutentags vom 7. Mai 2008).

Dies ist Grund genug, sich zu besinnen und zu reflektieren, ob die Psychologie wirklich der einzig mögliche Zugang zur nicht-ärztlichen Psychotherapie sein muss. Denn so ist Psychotherapie automatisch gleich Psychologische Psychotherapie. Kann nicht die Medizin mit ebenso gewichtigen Begründungen zum Beruf des Psychotherapeuten führen – des nicht-ärztlichen Psychotherapeuten (vergl. auch Beutel et al. 2013)? Da wird es gedanklich erst mal schwierig, denn wir setzen den Mediziner automatisch mit dem Arzt gleich. So wie wir Theologen mit dem Pfarrer gleich setzen. Dabei gibt es durchaus eine große Zahl von Heilberufen, neben dem Gynäkologen gibt es die Hebamme, neben dem Orthopäden den Physiotherapeuten usw. Sie konkurrieren nicht, sondern arbeiten sehr gut zusammen.

Wer mit Psychologen spricht, die von Anfang an Psychotherapie angestrebt haben, wird zu hören bekommen, dass sie bis zum Vordiplom mit psychologischen Inhalten belästigt wurden, die sie später für den Beruf des Psychotherapeuten überhaupt nicht oder nur in geringem Maße gebraucht haben. Sie sagen, dass sie an der Universität zu Psychologie-Forschern ausgebildet wurden, aber nicht zu Psychotherapie-Klinikern. Es ist also kein Geheimnis, dass das Psychologiestudium keine ideale Basis für den späteren Beruf des Psychotherapeuten ist.

## Psychomedizin dient der Herstellung von psychischer und somatischer Gesundheit

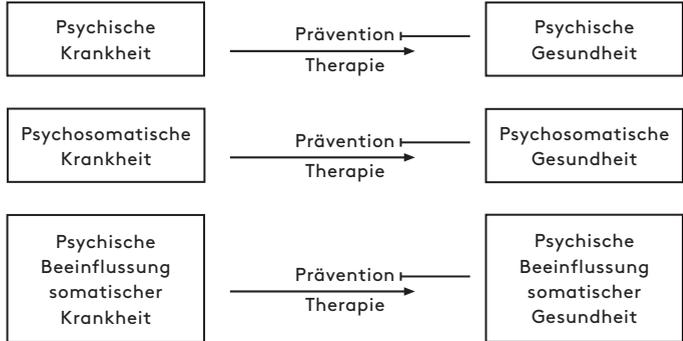


Abbildung 1: Psychomedizin dient der Herstellung psychischer und psychosomatischer Gesundheit

Die Alternative heißt Psychomedizin (Abbildung 1). Diese umfasst bisher die Psycho-Fächer und -Bereiche in der Medizin: Medizinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Stellt man den psychotherapeutisch orientierten Psychologen hypothetisch ein Psychomedizin-Studium zur Wahl, so sagen sie, dass sie dieses Studium dem Psychologie-Studium vorgezogen hätten. Gäbe es das Angebot eines Psychomedizinstudiums als Vorbereitung auf die Psychotherapie-Ausbildung, so würden künftig eventuell bis zu 50 % der heutigen Psychologen keine Psychologen sein, sondern Psychomediziner. Sie würden von Beginn an in der medizinischen Fakultät

sozialisiert werden, sich als Mediziner (Psychomediziner) fühlen und mit ihren medizinischen Kollegen – den Ärzten, eine gewisse Nähe und Verwandtschaft aufweisen – mit viel gemeinsamer Sprache und viel gemeinsamem Denken. Ihr Studium wäre kein Medizinstudium, denn nur das führt zum Beruf des Arztes. Ihr Studium würde sich auf den Teil der Medizin konzentrieren, der sich mit der Psyche, der gesunden und der kranken Psyche beschäftigt – der Erkrankung und Gesundung und der medizinischen Maßnahmen, die diese beiden Prozesse beeinflussen können. Nur wer das Ziel von Prävention und Therapie kennt, kann die richtigen Interventionen zur Zielerreichung finden und anwenden. Um diese Aufgabe wahrnehmen zu können, muss eine umfassende Kenntnis der gesunden Psyche vorhanden sein. Dieses Wissen nennt man Psychologie. Es geht also um psychologische Grundkenntnisse. Diese werden in der Medizinischen Psychologie vermittelt.

Damit liegt ein neuer medizinischer Beruf nahe, der in die Therapie und Prävention psychischer und psychosomatischer Krankheiten ein umfassendes Wissen über die gesunde Psyche mitbringt: Der Medizinische Psychotherapeut/die Medizinische Psychotherapeutin. Er/sie muss nicht die gesamte Psychologie beherrschen, aber den Teil, der für seine/ihre klinische Tätigkeit notwendig ist.

Medizinische Psychotherapeuten werden nach Studium und Psychotherapie-Ausbildung u. a. in der psychiatrischen Klinik und in der psychosomatischen Klinik Psychotherapie ausüben – auf einem Qualifikationsniveau, das dem des Psychologischen Psychotherapeuten gleicht. Psychologische und Medizinische Psychotherapeuten würden sich die nichtärztlichen Versorgungsaufgaben teilen. Auf die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten (Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte mit fachgebundener Psychotherapie) hätte dies keinen Einfluss.

Wenn dieser neue medizinische Beruf entstehen soll, für den vieles spricht, so muss dieser im kommenden Psychotherapeutengesetz gleichwertig neben der Psychologischen Psychotherapie verankert werden. Statt eines psychologischen Bachelorstudiums ist ein psychomedizinisches Bachelorstudium

Voraussetzung für ein Masterstudium der Psychomedizin und Psychotherapie. Dieses Bachelorstudium wird an der Universität von der Abteilung für Medizinische Psychologie angeboten. Das nachfolgende Masterstudium wird von Psychiatrie, von Psychosomatischer Medizin und von Medizinischer Psychologie gemeinsam angeboten. Dieses Masterstudium ist Voraussetzung für die Psychotherapie-Ausbildung, zu der auch Masterpsychologischer Provenienz zugelassen werden können. Diese Psychotherapie-Ausbildung entspricht der heutigen gesetzlichen Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz) und wird an staatlich anerkannten Instituten absolviert.

Psychotherapie-Ausbildung ist qualitativ ganz anders als die Facharzt-Weiterbildung. Sie kann nicht in und durch das Krankenhaus vermittelt werden. Denn Psychotherapie kann nicht am Krankenbett gelernt werden. Sie erfordert die enge Verschränkung von Theorie, Supervision und wohl definierten Ausbildungstherapien in einem intensiven Lernprozess, der in der Ganztagsstätigkeit ärztlicher Patientenversorgung nicht herstellbar ist. Deshalb kann und darf man die beiden Aus- bzw. Weiterbildungsgänge nicht direkt vergleichen und kann sie auch nicht vermischen.

Gleiches Ziel und verschiedene Wege: Es ist wie wenn man an ein Ziel auf zwei Wegen kommen kann, entweder auf dem Meeresweg mit dem Boot oder über eine alpine Bergüberquerung. Wirft der Bootsfahrer dem Bergsteiger vor, dass er alles falsch macht, weil er nicht wie er ein Boot dabei hat und der Bergsteiger den Kopf schüttelt, weil jener keine alpine Bergausrüstung einsetzt.

Es gibt mehrere Wege zum Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten (Abbildung 2).

### **Psychomedizin-Master-Studium**

Der Weg der Medizin: Die Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie, für Psychosomatische Medizin und für Medizinische Psychologie entwerfen den Masterstudiengang Psychomedizin und Psychotherapie, der z. B. den in Abbildung 3 gezeigten Aufbau haben kann.

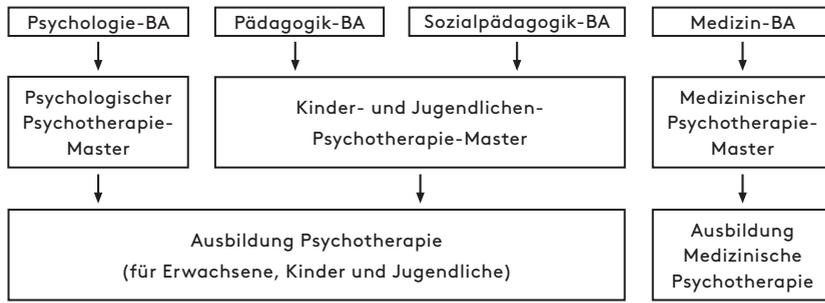


Abbildung 2: vier Bachelorstudiengänge führen über ein nachfolgendes Masterstudium zur Zulassung zur Psychotherapie-Ausbildung.

Da der Master-Studiengang im Beispiel ein Praktisches Jahr beinhaltet, dauert er nicht 2 Jahre, sondern 2,5 Jahre – eventuell 3 Jahre.

Die Ausarbeitungen werden beim Wissenschaftsministerium eingereicht incl. der Beantragung der benötigten Stellen, Räume und sonstigen Ausstattungen. Wenn eine Universität in Deutschland die ministerielle Unterstützung erhält, so ist ein Anfang gemacht, der erleichtert wird durch eine Berücksichtigung in der Reform des Psychotherapeutengesetzes. Natürlich werden die Psychologischen Institute die gleichen Eingaben an das Ministerium machen und entsprechend Stellen, Räume und Ausstattung beantragen. Es kann gut sein, dass Medizin und Psychologie sich die zur Verfügung gestellten Ressourcen teilen müssen. Trotzdem ist es ein Anfang. Stellen die Mediziner keinen Antrag, so geht der Auftrag der Umsetzung der Gesetzesnovelle ausschließlich an die psychologischen Institute und Abteilungen – mit Ambulanzen und Einrichtungen zur Intensivtherapie und Therapieforschung. Aber auch für die Medizin wäre dieser Schritt ein großer Zugewinn an Forschungsressourcen.

Das Masterstudium baut auf dem Psychomedizin-Bachelor-Studium auf.

**Master Sc. Psychotherapie**  
1.–5. Semester

Semester	Formationsmethode	Diagnostik und Testtheorie	Gutachten, Recht	Entwicklung und Emotionen	Psychotherapie Methoden und Interventionen	Projektarbeit und Masterarbeit	Kreditsumme	WS
1	Multivariate Verfahren Vorlesung (5 ECT)	Diagnostik: Testen und Entscheiden: Vorlesung (4 ECT)	Computer-unterstützte Datenerhebung Seminar (4 ECT)	Klinische Emotionspsychologie und -neurobiologie Vorlesung/Seminar (5 ECT)	Methodik Psychoherapeutischer Interventionen (8 ECT)	Kasuistik Projektarbeit (4 ECT)		
2	5 Evaluation Vorlesung (4 ECT)	4 Testtheorie Vertiefung Seminar (4 ECT)	4 Forensik und Recht Vorlesung/Seminar (4 ECT)	5 Klinische Entwicklungspsychologie und -neurobiologie Vorlesung/Seminar (5 ECT)	8 Therapie psychischer Störungen Vorlesung/Seminar (8 ECT)	4 Kasuistik Projektarbeit (4 ECT)	30	20
3	4 Kolloquium: Aktuelle Forschungsergebnisse Vorlesung (1 ECT)	4 Apparative Diagnostik (3 ECT)	4 Erstellen und Kommunikation von Gutachten Seminar (3 ECT)	5 Prävention und Rehabilitation Vorlesung/Seminar (4 ECT)	8 Therapie Psychosomatischer Störungen Vorlesung/Seminar (8 ECT)	4 Masterarbeit 2x15 KP	29	19
4	1	3	3 Kolloquium: Präsentation eigener Forschungsergebnisse (2ECT)	4	8 Praktisches Jahr Psychiatrie	15 Masterarbeit 2x15 KP	34	23
5			2		20 Praktisches Jahr Psychosomatik	15	37	25
					20		20	13
							150	86
								67

Abbildung 3: Curriculum und Lehrplan des Masterstudiums Psychomedizin und Psychotherapie (Beispiel)



Ausbildung im Institut 1. bis 6. Semester		Erstverfahren Verhaltenstherapie		Zweitverfahren: Tiefenps. PT				
S e m e s t e r	Theorie	Anamnese und Exploration	Gespräch und Diagnostik	Fallkonzeption	Psychotherapie Methoden und Interventionen	S W S	Falldiag- nostik und -therapie	Selbster- fah- rung
1	Einführung in die Verhaltens- therapie	Psychothe- rapeutische Gesprächs- führung	Das Erstge- spräch und die thera- peutische Beziehung	Verhaltens- analyse 1: Mikro- und Makro- Ebene	Störungs- spezifische Interven- tionen 1: Angst- und Zwang- störungen		eigene verhaltens- analyt. Gespräche	Selbster- fah- rung Gruppe
2	20 Störungs- und Therapie- theorie der Verhaltens- therapie	20 Anamnese der Lebens- und Krankheits- geschichte	20 Befund- erhebung, Syndrom- und ICD- Diagnose	20 Verhaltens- analyse 2: Schema- und Funkti- onsanalyse	20 Störungs- spezifische Interven- tionen 2: Depressi- onstherapie	100	16 eigene verhal- tensanalyt. Gespräche	50 Selbster- fah- rung Gruppe
3	20 Ressourcen- orientierte Interven- tionen	20 Therapiedo- kumenta- tion	20 Ver- laufs- und Outcome- Messung	20 Interven- tionen der Verhaltens- therapie (störungs- unspeci- fisch)	20 Störungs- spezifische Interven- tionen 3: Therapie so- matoformer Störungen	100	16 unter Supervision durch- geführte Therapien	50 Selbster- fah- rung Einzel
4	20 Störungs- spezifische Interven- tionen 4: Essstörungen	20 Störungs- spezifische Interven- tionen 5: Persönlich- keitsstörun- gen	20 Störungs- spezifische Interven- tionen 6: Suchter- krankungen	20 Störungs- spezifische Interven- tionen 7: Psychosen	20 Der Prü- fungsfall	100	150 unter Supervision durch- geführte Therapien	10 Selbster- fah- rung Einzel
5	20 Einführung in die Psy- chotherapie	20 Psychothe- rapeutische Gesprächs- führung	20 Das Erstge- spräch und die thera- peutische Beziehung	20 Psychody- namik	20 Praxis der Tiefenps. Psycho- therapie 2: Aufbau-, Anwen- dungs-, Abschluss- phase	100	150 unter Supervision durch- geführte Therapien	10 patienten- zentrierte Selbster- fah- rung IFA
6	20 Neuro- senlehre, Störungs- lehre der Psychoso- matik	20 Biogra- phische Anamnese	20 Diagnostik mit OPD	20 Übertra- gung und Gegenüber- tragung	20	100	150 unter Supervision durch- geführte Therapien	16 patienten- zentrierte Selbster- fah- rung IFA
	20	20	20	20		100	150 600 632	16 152

Abbildung 5: Die Ausbildung in Medizinischer Psychotherapie (Beispiel Erstverfahren Verhaltenstherapie) ist berufs begleitend. Angaben in Unterrichtsstunden.

privat) erworben – auf die gleiche Weise wie dies bisher bei Psychologischen Psychotherapeuten der Fall ist. Diese Aufgabe kann von den existierenden staatlich anerkannten Ausbildungsinstituten übernommen werden. Als Beispiel wurde in Abbildung 5 eine verhaltenstherapeutische Vertiefung gewählt (Störungs- und Therapietheorien, Gesprächsführung, Anamnese und Fallkonzeption, Interventionen und Störungsspezifika sind im Erstverfahren die Themen. Hinzu kommen die eigenen Therapien unter Supervision und Selbsterfahrung.

Im Zweitverfahren werden die grundlegenden Basisthemata vermittelt (hier Störungslehre, Gesprächsführung, Übertragung und Gegenübertragung, Diagnostik und Psychodynamik), jedoch noch keine eigenen Therapien. Diese finden erst nach der Approbation im Rahmen der Weiterbildung statt. Die Ausbildung wird mit der staatlichen Approbationsprüfung abgeschlossen.

### Weiterbildung in Medizinischer Psychotherapie

Nach der Ausbildung ist der Medizinische Psychotherapeut approbiert und berechtigt Heilkunde auszuüben. Um mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können, fehlt ihm jedoch noch supervidierte Praxis. Deshalb beginnt er seine Weiterbildung berufsbegleitend am Weiterbildungsinstitut und führt dort 200 Stunden Therapie unter 50 Stunden Supervision durch. Wenn er auch im Zweitverfahren, z. B. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie eine Abrechnungsgenehmigung haben möchte, ergänzt er seine diesbezügliche Ausbildung (200 Stunden Theorie) um die erforderlicher Praxis (200 Stunden Therapie unter Supervision, siehe Abbildung 6).

Zur Weiterbildung gehören zudem Spezialisierungen und Zusatzqualifikationen.

### Zusammenfassung

Die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes nimmt die Medizin in die Pflicht, ihre primäre Aufgabe wahrzunehmen, die Zukunft der Psychotherapie zu gestalten. Die Schaffung des neuen Studiengangs Psychomedizin (BA und MA) und die Ausbildung in Medizinischer Psychotherapie sind die konkreten Maßnahmen, um dieser Verantwortung

## Weiterbildung in Medizinischer Psychotherapie

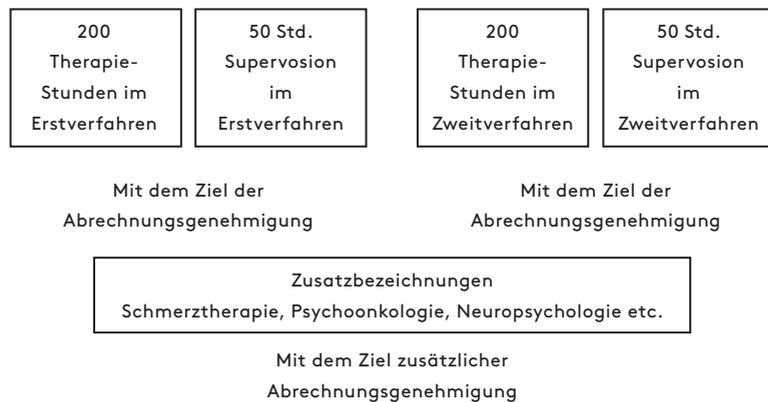


Abbildung 6: Die Weiterbildung in Medizinischer Psychotherapie ist berufsbegleitend.

gerecht zu werden. Dieser neue medizinische Beruf stellt eine Balance her zwischen den psychologischen und medizinischen Zugängen zur Psychotherapie. Die duale Ausbildung in Medizinischer Psychotherapie ist in Abbildung 5 dargestellt. Ein großer Unterschied zum Arztberuf, dessen Ausbildung Patientenversorgung und Lernen eng verknüpft, ist in der Medizinischen Psychotherapie die Institutsausbildung das Kernstück des Lernprozesses (enge Verschränkung von Theorie, Therapie, Supervision). Dieser erfolgt berufsbegleitend. In der gleichzeitigen Berufstätigkeit in Klinik oder Praxis ist der Arbeitgeber nicht Ausbilder und nicht Weiterbilder. Die in der ärztlichen Weiterbildung bestehende doppelte Abhängigkeit des Arbeitnehmers vom Arbeitgeber ist in der Medizinischen Psychotherapie-Aus- und Weiterbildung nicht gegeben. Dies hält die Kliniken frei von der Last, diese Bildungsmaßnahmen anbieten zu müssen. Der berufsbegleitende Modus ist zudem sehr familienfreundlich und flexibel. Zudem kommt die Aus- und Weiterbildung nicht mangels Klinikstellen ins Stocken. Dadurch dass das Praktikum in Psychiatrie und Psychosomatik schon als Praktisches Jahr am Ende des Masterstudiums stattfindet, wird die nachfolgende Ausbildung nicht überfrachtet (Abbildung 7).

Sie kann in 3 Jahren berufsbegleitend absolviert werden mit je 600 Stunden Theorie, 400 Stunden Therapie und 100

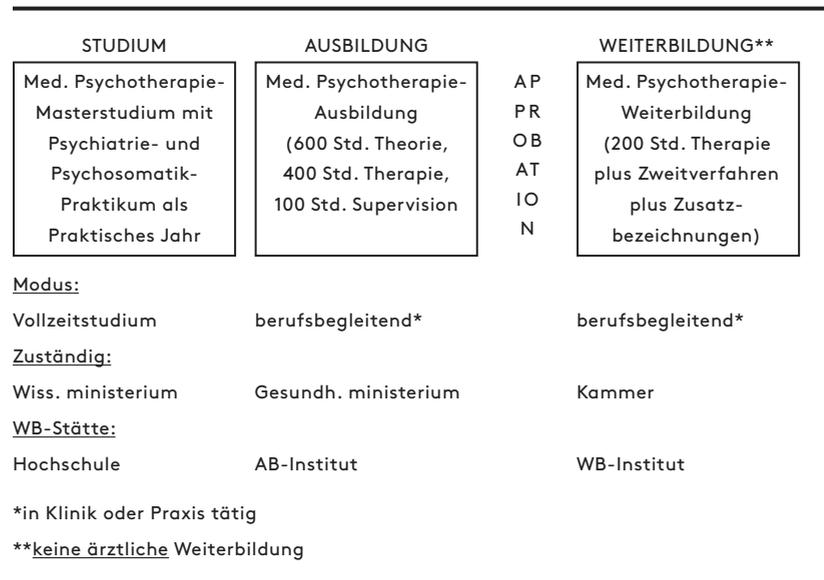


Abbildung 7: Die drei Säulen der dualen Ausbildung in Medizinischer Psychotherapie

Stunden Supervision. Nach Abschluss der Institutsausbildung und Approbation kann die Fachkunde mit Berechtigung zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen durch ebenfalls berufsbegleitende Weiterbildung erworben werden (weitere 200 Stunden Therapie unter Supervision plus Zweitverfahren). Für das Studium ist das Landes-Wissenschaftsministerium zuständig, für die Ausbildung das Bundesgesundheitsministerium und für die Weiterbildung die Kammer.

Der neue Beruf des Medizinischen Psychotherapeuten mit seinem neuen Berufsweg ist sowohl eine bedeutsame Alternative zum Psychologischen Psychotherapeuten als auch zur ärztlichen Weiterbildung in den psychomedizinischen Bereichen.

## Literatur:

Beutel M.E., Kruse J., Michal M., Herzog W. (2013): Die Zukunft der Psychotherapie in der Psychosomatischen Medizin. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 59, Seite 33–50

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2010). 16. Deutscher Psychotherapeutentag. Verfügbar unter: [www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/16-deutsche.html](http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/16-deutsche.html) (6.10.2013)

Fliegel S. (2013): Direktausbildung Psychotherapie – Ein Weg mit fatalen Konsequenzen. Unveröffentlichte Schrift. Verfügbar unter: <http://www.dgvt.de/aktuell/verein/positionen-stellungnahmen/ausbildungsreform/aktuelles/>

Fydrich T., Abele-Brehm A., Margraf J., Rief W., Schneider S., Schulte D. (2013): Universitäres Direktstudium und anschließende Weiterbildung sichern Qualität und Zukunft des Berufs. Psychotherapeutenjournal 4/2013, S. 358–359

Hillecke T. (2013): Der Psychotherapeut als Scientist-Practitioner. Psychotherapeutenjournal 4/2013, Seite 362–363

Koalitionsvertrag CDU/CSU und SPD vom 29.11.2013, unveröffentlicht

Lubisch B. (2013): Stabilität, Sicherheit und Klarheit: Approbationsstudium und Fachweiterbildung. Psychotherapeutenjournal 4/2013, S. 366–367

Musterweiterbildungsordnung der Deutschen Ärztekammer 2004 (Beschluss des 106. Deutschen Ärztetags 2003) Deutsches Ärzteblatt 2004; 101(20):

Psychotherapeutengesetz (Gültigkeit ab 1.1.1999): Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – PsychThG) (BGBl. I S. 1311)

Ruggaber G. (2013): Und was, wenn nichts passiert? – Plädoyer für eine patienten- und qualitätsorientierte Ausbildungsreform. Psychotherapeutenjournal 4/2013, Seite 376–377

Strauß B., Barnow S., Brähler E., Fegert J., Fliegel S., Freyberger H.J., Goldbeck L., Leuzinger-Bohleber M., Willutzki U. (2009): Forschungsgutachten zur Ausbildung von Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Ströhm W., Schweiger U., Tripp J. (2013): Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 12 (3), 262–268

Sulz S. (2013): Weiterbildung nach der dualen Direktausbildung in Psychotherapie – ein Konzept zur Gestaltung der Zukunft der Psychotherapie. Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie, 18. Jahrgang, Heft 2, Seite 237–254

Erstveröffentlichung: Sulz S. Weiterbildung nach der dualen Direktausbildung in Psychotherapie – ein Konzept zur Gestaltung der Zukunft der Psychotherapie. Psychotherapie 2013, 18, 237–254.

Erstveröffentlichung: Sulz S. & Backmund-Abendinpour S. Die Zukunft der Psychotherapie in Deutschland – Medizinische Psychotherapie als neuer medizinischer Beruf. Psychotherapie 2014, 19), 182–191.

## 16 Kleine Reform für eine große Zukunft der Psychotherapeutenausbildung incl. PiA-Bezahlung

Serge Sulz

Das Jahr 2014 ist durch Aktionen gekennzeichnet, die die Durchsetzung einer großen Reform des Psychotherapeutengesetzes zur Etablierung der basalen Direktausbildung (Rief et al., 2012, 2014) und der Abschaffung der Institutsausbildung propagieren:

- Veranstaltungen der Landes-Psychotherapeutenkammern
- gemeinsame Initiativen von Verbänden (z. B. DVT, unith, DPtV)
- Veröffentlichungen im Psychotherapeutenjournal und in Verbandszeitschriften
- zahlreiche Beratungen unter den Akteuren verschiedener Provenienz
- zahlreiche Kontakte mit dem Bundesministerium für Gesundheit.

Angestoßen wurde die Reformdiskussion ursprünglich durch die Bolognareform, die Diplomstudiengänge u. a. in Psychologie, Pädagogik und Sozialpädagogik durch die gleichwertigen Masterabschlüsse ersetzt hat. Der Text des Psychotherapiegesetzes müsste also dahingehend geändert werden, dass statt Diplom in Psychologie, Pädagogik bzw. Sozialpädagogik nun Masterabschluss in Psychologie, Pädagogik bzw. Sozialpädagogik stehen müsste.

Hierzu müsste genau ein Satz im Gesetzestext geändert werden.

Da das Gesetz aber eine Ungerechtigkeit beinhaltet, wurde bezüglich der Reformnotwendigkeit weiter gedacht: Diplom-Psychologen werden zur Psychotherapieausbildung nur dann zugelassen, wenn sie nachweisen können, dass sie in ihrem Studium Klinische Psychologie als Prüfungsfach hatten. Von Pädagogen und Sozialpädagogen wird dies oder vergleichbares nicht gefordert. Womit überhaupt die grundsätzliche

Frage nach der notwendigen Qualifikation für die Zulassung gestellt wurde.

Und so wurde immer mehr in die Notwendigkeiten einer Reform hineingedacht – bis in den Planungen von Kammern, Verbänden und Universitäten vom aktuellen Gesetz nichts mehr übrig blieb. Die basale Direktausbildung als Ersatz für die Institutsausbildung war das gemeinsame Ziel. Es wurde jedoch bald zum Instrument für andere Ziele.

Es ging nun um die historische Chance zur endgültigen Gleichstellung der Psychologischen Psychotherapeuten mit den Fachärzten – der 100-%ige Facharztstatus mit Berechtigung zur Krankschreibung, Klinikeinweisung, Ausstellen von Rezepten und verantwortlicher Übernahme z. B. der Klinikleitung. Der Weg zu diesem Ziel schien klar vorgegeben: Statt einer Institutsausbildung findet nach einem Psychotherapiestudium, anschließender Approbation eine Klinik-Weiterbildung analog der Facharzt-Weiterbildung statt (Ströhm et al., 2013). Die Psychotherapeutenkammern erhalten die Aufgabe als Aufsichtsorgan. Sie sind die großen Gewinner bei einer großen Reform (Richter, 2013).

Der Gesetzgeber muss den Gesetzestext ändern wegen der Bolognareform, warum nicht gleich dieses neue Gesetz?

Um sich die nötige Sachkenntnis zu verschaffen, gab die damalige Bundesregierung ein Forschungsgutachten in Auftrag, das über Art und Ausmaß der notwendigen Gesetzesänderungen Auskunft geben sollte.

Dieses Gutachten zeigte nur zwei wesentliche Mängel der gegenwärtigen gesetzlichen Ausbildung auf:

1. Die Zulassungsvoraussetzung Diplom ist veraltet und muss durch Master ersetzt werden.
2. Die praktische Tätigkeit im psychiatrischen Krankenhaus wird nicht oder fast nicht bezahlt.

Die Vermittlung der Ausbildungsinhalte durch die Institute wurde positiv beurteilt. Es wurde empfohlen, die Ausbildungsinstitute auch weiterhin mit dieser Aufgabe zu betrauen.

Dass die basale Direktausbildung genau die beiden großen Mängel nicht beheben kann, war aber denjenigen, die eine große Reform forderten, nicht mehr wichtig. Es wurde deutlich,

dass Bologna-reform und Bezahlung der praktischen Tätigkeit nur willkommene Anlässe und Erfolg versprechende Hebel waren, aber nicht das Ziel, um das die Berufsvertreter kämpften.

Deshalb können die folgenden Ausführungen auch gar nicht an sie gerichtet sein. Andere, die nichts von diesen Zielen wissen oder sie so nicht teilen, sollten aber ausreichend Information erhalten, um selbst beurteilen zu können, welche Reform notwendig ist und welche Reform ohne Not erhebliche Schäden verursacht (Fliegel, 2012; Gleiniger, 2013a,b; Michelmann et al., 2013; Strauß, 2013; Sulz, 2013a,b).

Auffällig ist, wie schnell das hohe Gut eines eigenständigen Berufs der approbierten Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn von der Profession über Bord geworfen wurde. Die meisten sagen „Da sind wir uns einig, das wollen wir nicht mehr.“ Einige: „Da haben wir keine Chance mehr.“ Endlich war 1999 die Jahrzehnte anhaltende Misere der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen beendet und ein spezialisierter hoch qualifizierter Beruf geschaffen worden. Analog zur Kinder- und JugendpsychiaterIn war dies eine längst fällige Versorgungsnotwendigkeit. Mit so einem eigenständigen Beruf bekommt außer der quantitativ und qualitativ besseren Versorgung auch die Weiterentwicklung der Therapie von Kindern und Jugendlichen Aufschwung. Forschung und Lehre in diesem Spezialgebiet nehmen zu. Das sind positive Auswirkungen, die weit in die Zukunft hinein reichen. Man denke nur, dass in der Medizin die Kinder- und JugendpsychiaterIn wieder abgeschafft werden würde und die ErwachsenenpsychiaterIn ihre Aufgabe nach Zusatzkursen übernehmen würde. Die ganze Gesellschaft würde aufschreien und sich wehren. Aber die Abschaffung der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen geschieht sang- und klanglos. Und vor allem ohne jeden stichhaltigen inhaltlichen Grund und ohne jegliche Notwendigkeit! Deshalb wurde die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Familientherapie dgkjp gegründet. Sie will diesen approbierten Beruf doch noch retten. Ob sie eine Chance haben wird, das Ruder noch herumzureißen, ist bei den derzeitigen Machtverhältnissen sehr fraglich.

Den MitarbeiterInnen des Bundesgesundheitsministeriums schwebt in ihrem jahrelangen Bemühen um die Ordnung des Gesundheitswesens vor, die Heilberufe vergleichbarer zu machen. Ein großer Wurf wäre, aus der Psychotherapie-Ausbildung eine Facharzt-Weiterbildung zu machen. Auch sie sehen eine historische Chance für ihre ordnungspolitischen Ziele und gesellen sich somit zu obigen Akteuren dazu. Ihr erster Denkfehler liegt darin, dass sie davon ausgehen, dass Medizin und Psychotherapie so ähnlich sind, dass beide in einem Universitätsstudium gelehrt werden können. Dabei baut Medizin überwiegend auf naturwissenschaftlichen Fakten auf, die überwiegend rational erfassbar sind. Dagegen beruht Psychotherapie in einem tieferen Verstehen des Menschen, das bisher nur teilweise durch Wissenschaft erfassbar ist und zudem eine ausreichende Reife der Persönlichkeit erfordert.

Aus der Ferne kann zudem im BMG nicht erkannt werden, wie schwer sich die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken tun mit dem wachsenden Versorgungsdruck, mit viel zu kurzen Klinikaufhalten der PatientInnen und mit dem akuten Ärztemangel und der fehlenden Bereitschaft der Krankenkassen, eine angemessene psychotherapeutische Weiterbildung zu finanzieren. Da fehlen sehr viele Kapazitäten für eine zusätzliche qualifizierte Ausbildung der Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen auf deren bisherigem Niveau. Ebenso wenig kann das Bundesgesundheitsministerium die hierzu notwendigen Assistentenstellen mit tariflicher Bezahlung in der Klinik schaffen.

Es muss um die Frage gehen, ob eine kleine Reform entgegen den drängenden Rufen der genannten Akteure eventuell doch die größten positiven Veränderungen und die kleinsten negativen Veränderungen herbeiführt. Zumindest als einen ersten Schritt, der das Notwendige verändert, so dass danach Zeit bleibt, das Mögliche und Wünschenswerte zu reflektieren, diskutieren und zu einer qualifizierten Planung hin zu guten Entscheidungen reifen zu lassen: der dualen (Direkt-)Ausbildung (vorbereitendes grundständiges Studium plus postgraduierte Ausbildung).

## Die kleine Reform des Psychotherapeutengesetzes

Die Zielprioritäten obiger Akteure, die nichts mit den faktischen Notwendigkeiten einer Reform des Psychotherapeutengesetzes zu tun haben, verstellen den Blick für das Reformvorhaben. Sie müssen deshalb so gut es geht, zunächst beiseite gestellt werden. Dies ist allerdings nur noch schwer möglich, da es unmöglich ist, der Aufforderung Folge zu leisten, nicht an einen weißen Elefanten zu denken. Die Besinnung auf wichtige Entscheidungskriterien kann hier helfen.

Welche Kriterien müssen für die Entscheidung der Gesetzesreform zugrunde gelegt werden? Hier hat Gleiniger (2013a, b) von juristischer Seite schon sehr wichtige Punkte

Kriterien für Reformentscheidungen	Warum dieses Kriterium?
Forschungsgutachten berücksichtigt?	Die Empfehlungen des Forschungsgutachtens sollten der Beginn der Überlegungen sein (Ausbildungsinstitute sichern die Qualität der Ausbildung)
Qualitätsgarantie durch Ausbildungsinstitute berücksichtigt?	Die empirisch gesicherte Qualität der Institutsausbildung steht gegen ungeprüfte hypothetische Vorhersagen zur Gleichwertigkeit von direktem Universitätsstudium und anschließender klinikinterner Weiterbildung
Legaldefinition des Heilberufs Psychotherapie	Diese rechtfertigte die Einführung des spezialisierten Heilberufs: die Ausübung heilkundlicher Psychotherapie ausschließlich mit wissenschaftlich anerkannten Verfahren (Legaldefinition aus §1 Abs. 3 PsychThG)
Zugang verschaffendes Studium	Nur Psychologie oder auch Pädagogik, Sozialpädagogik u. a.?
Ausbildungsinhalte d. direkten Universitätsstudiums	naturwissenschaftliche Forschungsmethodik oder auch andere Forschungsparadigmen?
Im direkten Universitätsstudium Lehre aller wiss. anerkannten Verfahren?	Alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren bzw. eines vertieft? Wenn Kenntnis

Art des Studienabschlusses	von allen gelehrt wird, fehlt Behandlungskompetenz in einem wiss. Verfahren, die Approbation rechtfertigen würde?
Art der Hochschule	Bachelor oder Master oder Staatsprüfung? Nur Universität oder auch Hochschule für Angewandte Wissenschaften (z. B. mit Promotionsrecht)?
Ausreichende Zahl von Studienplätzen	Universitäten bieten zu wenig Masterstudienplätze an, so dass ein Flaschenhals besteht?
Neue Kosten der Hochschulausbildung	Neuer Studiengang Psychotherapie erfordert neue Stellen, neue Räume, neue Ausstattung in vielfacher Millionenhöhe, die die Länder tragen.
Praktische Tätigkeit Psychiatrie	Ins Studium als Praktisches Jahrvorgezogen (BAföG finanziert) und verkürzt? Ist Voraussetzung, wenn anschließend Approbation angestrebt wird.
Approbation	Sofort nach dem Studium oder erst nach Erwerb von Behandlungskompetenz in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren?
Behandlungskompetenz nach Approbation	Approbation setzt Behandlungskompetenz in einem wissenschaftl. anerkannten Verfahren voraus statt Kenntnis mehrerer Verfahren)
Haftungsumfang	Welchen Zuwachs an persönlicher Haftung bringt Approbation?
Institutsausbildung	Sind Institute in der Zukunft vorgesehen? Werden ihre vorhandenen Kapazitäten und Qualitäten genutzt? (Auch um Kosten für die Hochschulen einzusparen)
Vergütung Praktische Tätigkeit	Als PJ am Ende des Studiums über BAföG oder als Pflichtweiterbildungsjahre nach Approbation mit tarifl. Bezahlung?
Vergütung Prakt. Ausbildung ambulant	KV-Honorare wie bisher über Institutsambulanz oder in Lehrpraxis?
Vergütung Prakt. Ausbildung stationär	Ist stationäre Prakt. Ausbildung verpflichtend, falls ja wie bezahlt?

Ausreichende Zahl von Klinikstellen	Gibt es ausreichende Klinikstellen bei gesetzl. vorgeschriebener tarifl. Bezahlung?
Aufgabe des Wissenschaftl. Beirats WBR	Keine Verfahrensvertiefung in der basalen Direktausbildung macht WBR überflüssig?
Aufgabe des B-GA	Entscheidet der G-BA, was Richtlinienverfahren sein kann?
Zweitverfahren	Kann über ein Zweitverfahren ein Richtlinienverfahren mit Kassen abgerechnet werden? Dies ist die Frage bei Approbierenden, die das systemische oder gesprächs-therapeutische Vertiefungsverfahren gewählt haben.
KJP-Approbation	Wird die KJP-Approbation abgeschafft und mit welcher Begründung?
Patientenschutz	Wie steht es in den verschiedenen Phasen der Aus- und Weiterbildung mit Patientenschutz? Ist dieser gewährleistet bei Approbation sofort nach dem Studium?
Bundeseinheitlichkeit versus Vielfalt Qualitätsstandards	Wie ist die Bundeseinheitlichkeit des Qualitätsstandards gewährleistet?
Weiterbildung	Welche Inhalte gehen in die Weiterbildung? Welches Wissen und Können kann und muss vorausgesetzt werden?
Ähnlichkeit mit ärztlicher Aus- und Weiterbildung angestrebt	Ist eine möglichst große Ähnlichkeit mit ärztlicher WBO angestrebt und wozu? Woher holt Klinik die Ausbilder und wer bezahlt sie?
Zweitklassigkeit 1: Beforschung der Wirksamkeit wissenschaftlich noch nicht anerkannter Verfahren	Dürfen zu Forschungszwecken wiss. nicht anerkannte Psychotherapien durchgeführt (und abgerechnet) werden?
Zweitklassigkeit 2: Kassenabrechnungsmöglichkeit von wissenschaftlich anerkannten Nicht-Richtlinienverfahren (a) während der Aus-/Weiterbildung, (b) nach abgeschlossener Aus-/Weiterbildung	Haben AbsolventInnen in einem wiss. anerkannten Verfahren, das kein Richtlinien-Verfahren ist (z. B. systemische Therapie, Gesprächstherapie), die Möglichkeit, Therapien mit den gesetzlichen Kassen abzurechnen? Z. B. über ein Richtlinienverfahren als Zweitverfahren?

Tabelle 1 Kriterien für Reformentscheidungen

genannt. Insgesamt können die in Tabelle 1 genannten Kriterien als Maßstab genommen werden.

Nun können wir uns also auf die kleine Reform des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG Gesetz über die Berufe der Psychologischen PsychotherapeutIn und der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn) konzentrieren:

**1.** Durch die Bologna-Reform müssen die Zugangsvoraussetzungen im Psychotherapeutengesetz neu formuliert werden. Statt „Diplom“ muss „Abschlusszeugnis des Master-Hochschulstudiums“ geschrieben werden. Das gilt für § 2:

### § 2 Approbation

(1) Eine Approbation nach § 1 Abs. 1 Satz 1 ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller

1. (weggefallen)
2. die vorgeschriebene Ausbildung abgeleistet und die staatliche Prüfung bestanden hat,
3. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich die Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des Berufs ergibt,
4. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist und
5. über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt.

(2) Die Voraussetzung des Absatzes 1 Nr. 2 gilt als erfüllt, wenn aus einem in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbenen Abschlusszeugnis des Master-Hochschul-Studiengangs hervorgeht, dass der Inhaber eine Ausbildung erworben hat, die in diesem Staat für den unmittelbaren Zugang zu einem dem Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten oder dem Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechenden Beruf erforderlich ist. Abschlusszeugnisse des Master-Hochschul-Studiengangs im Sinne dieses Gesetzes sind Ausbildungsnachweise gemäß Artikel 3 Abs. 1 Buchstabe c der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von

Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22, 2007 Nr. L 271 S. 18) in der jeweils geltenden Fassung, die dem in Artikel 11 Buchstabe d oder Buchstabe e der Richtlinie genannten Niveau entsprechen . ...

Und das gilt für § 5:

#### *§ 5 Ausbildung und staatliche Prüfung*

(1) Die Ausbildungen zum Psychologischen Psychotherapeuten sowie zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutendauern in Vollzeitform jeweils mindestens drei Jahre, in Teilzeitform jeweils mindestens fünf Jahre. Sie bestehen aus einer praktischen Tätigkeit, die von theoretischer und praktischer Ausbildung begleitet wird, und schließen mit Bestehen der staatlichen Prüfung ab.

(2) Voraussetzung für den Zugang zu einer Ausbildung nach Absatz 1 ist

1. für eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten

a) eine im Inland an einer Universität oder gleichstehenden Hochschule bestandene Abschlussprüfung im Master-Studiengang Psychologie, die das Fach Klinische Psychologie einschließt und gemäß § 15 Abs. 2 Satz 1 des Hochschulrahmengesetzes der Feststellung dient, ob der Student das Ziel des Studiums erreicht hat,

b) ein in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbenes gleichwertiges Abschlusszeugnis im Master-Hochschul-Studiengang Psychologie oder

c) ein in einem anderen Staat erfolgreich abgeschlossenes gleichwertiges Master-Hochschulstudium der Psychologie,

d) eine im Inland erworbene Approbation in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

2. für eine Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

a) eine der Voraussetzungen nach Nummer 1,

b) die im Inland an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule bestandene Abschlußprüfung in den

Master-Studiengängen Pädagogik oder Sozialpädagogik, c) ein in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erworbenes Abschlusszeugnis in den Master-Hochschul-Studiengängen Pädagogik oder Sozialpädagogik oder d) ein in einem anderen Staat erfolgreich abgeschlossenes gleichwertiges Master-Hochschulstudium.

Geht man vom Geist der Bolognareform aus, dann werden drei weitere Änderungen in obigem Text selbstverständlich. Studienabschlüsse an Hochschulen für Angewandte Wissenschaften (HAW) sollen gleichwertig behandelt werden wie Abschlüsse an Universitäten. Und nimmt man den Aspekt der Gerechtigkeit hinzu, dann darf man von den PsychologInnen nicht mehr verlangen als von PädagogInnen und SozialpädagogInnen. Beide benötigen einen Hochschulabschluss und keinen Universitätsabschluss. Die einen und die anderen benötigen im Studium kein Fach Klinische Psychologie. Oder: Beide müssen auf Universitätsniveau gehoben werden und von beiden wird das Fach Klinische Psychologie verlangt. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Familientherapie geht einen Schritt weiter: Sie fordert, dass PsychologInnen nicht Klinische Psychologie, sondern Klinische Entwicklungspsychologie nachweisen müssen, wenn sie die kinder- und jugendlichenpsychotherapeutische Approbation anstreben. Allerdings sollte ein derartiger Nachweis nach Studienabschluss nachgeholt werden können, z. B. durch eine Veranstaltung mit Prüfung, die von einem Ausbildungsinstitut gemeinsam mit einer Hochschule angeboten wird.

Ebenfalls im Geist der Bolognareform und der Durchlässigkeit ist es, wenn approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten zur Erwachsenenbildung zugelassen werden.

2. Bezüglich des zweiten Mangels (unzureichende Vergütung während der Praktischen Tätigkeit) kann § 6 wie folgt geändert werden:

## § 6 Ausbildungsstätten

(1) Die Ausbildungen nach § 5 Abs. 1 werden an Hochschulen oder an anderen Einrichtungen vermittelt, die als Ausbildungsstätten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie staatlich anerkannt sind.

(2) Einrichtungen sind als Ausbildungsstätten nach Absatz 1 anzuerkennen, wenn in ihnen

1. Patienten, die an psychischen Störungen mit Krankheitswert leiden, nach wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren stationär oder ambulant behandelt werden, wobei es sich bei einer Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten um Personen handeln muss, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
2. für die Ausbildung geeignete Patienten nach Zahl und Art in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen,
3. eine angemessene technische Ausstattung für Ausbildungszwecke und eine fachwissenschaftliche Bibliothek vorhanden ist,
4. in ausreichender Zahl geeignete Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und qualifizierte Ärzte für die Vermittlung der medizinischen Ausbildungsinhalte für das jeweilige Fach zur Verfügung stehen,
5. die Ausbildung nach Ausbildungsplänen durchgeführt wird, die auf Grund der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten oder der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstellt worden sind, und
6. die Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit angeleitet und beaufsichtigt werden sowie die begleitende theoretische und praktische Ausbildung durchgeführt wird
7. die Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit eine angemessene Unterhaltsunterstützung durch die Einrichtung erhalten. Diese orientiert sich an der Unterhaltsbeihilfe von Rechtsreferendaren des jeweiligen Bundeslandes.

(3) Kann die Einrichtung die praktische Tätigkeit oder die begleitende theoretische und praktische Ausbildung nicht vollständig durchführen, hat sie sicherzustellen, dass eine andere geeignete Einrichtung diese Aufgabe in dem erforderlichen Umfang übernimmt. Geeignet ist eine Einrichtung unter anderem dann, wenn sie eine angemessene Unterhaltsunterstützung im Sinne gemäß § 6 (2) 7. leistet.

Absatz 2 Nr. 4 gilt entsprechend.

Zur Orientierung dient die Vergütung von Rechtsreferendaren durch Unterhaltsbeihilfe. In Bayern wird diese durch das Gesetz zur Sicherung des juristischen Vorbereitungsdienstes (SiGjurVD) festgelegt – derzeit sind es 1046,52 Euro. Davon sind Krankenversicherung und Steuerzahlungen abzuziehen, so dass netto etwa 850 Euro verbleiben. Die Einrichtung wird durch diese Zahlung mit knapp 1200 Euro belastet. Da die praktische Tätigkeit nicht wie das Rechtsreferendariat im öffentlichen Dienst absolviert wird, sondern in Kliniken verschiedenster Träger, kann die genaue Höhe der Vergütung nicht festgeschrieben werden. Wenn dem Institut die Verantwortung für eine ausreichende Vergütung übertragen wird, so entsteht manchmal die Situation, dass ein Fehlbetrag vom Institut als Stipendium zugezahlt werden muss – sofern die vom Bundesgesundheitsministerium erlassene Rechtsverordnung dies vorschreibt. Diese Rechtsverordnung kann z. B. festlegen, dass sich die Vergütung an der Unterhaltsbeihilfe des jeweiligen Bundeslands für Rechtsreferendare orientieren muss und dass es Aufgabe des Instituts ist, diese Vergütungshöhe zu gewährleisten. Folge würde sein, dass die Institute ihre Ausbildungsteilnehmer nicht mehr in Kliniken zur praktischen Tätigkeit schicken, die nichts oder zu wenig bezahlen. Oder es wird festgeschrieben, dass nur solche Einrichtungen (Kliniken) eine geeignete Einrichtung nach § 6 (3) sein können, die eine angemessene Unterhaltsunterstützung bezahlen.

Mit den Gesetzesänderungen dieser beiden Paragraphen sind die im Forschungsgutachten angemahnten Mängel des Psychotherapeutengesetzes behoben.

Die Kosten der Gesetzesänderung sind verkraftbar. Die Kliniken bewegen sich ohnehin zunehmend auf diese Vergü-

tungshöhe hin. Die praktische Tätigkeit könnte zudem von 1800 Stunden auf 1200 Stunden reduziert werden, davon 600 Stunden bzw. ein halbes Jahr in einer psychiatrischen Klinik.

#### § 8 Ermächtigung zum Erlaß von Rechtsverordnungen

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, in einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten und in einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Zustimmung des Bundesrates die Mindestanforderungen an die Ausbildungen und das Nähere über die staatlichen Prüfungen (§ 5 Abs. 1) zu regeln. Die Rechtsverordnungen sollen auch Vorschriften über die für die Erteilung der Approbationen nach § 2 Abs. 1 bis 3 notwendigen Nachweise, über die Urkunden für die Approbationen nach § 1 Abs. 1 Satz 1 und über die Anforderungen nach § 2 Abs. 2 Satz 3 enthalten.

(2) Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen sind jeweils auf eine Ausbildung auszurichten, welche die Kenntnisse und Fähigkeiten in der Psychotherapie vermittelt, die für die eigenverantwortliche und selbständige Ausübung des Berufs des Psychologischen Psychotherapeuten oder des Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erforderlich sind.

(3) In den Rechtsverordnungen ist jeweils vorzuschreiben, 1. daß die Ausbildungen sich auf die Vermittlung eingehender Grundkenntnisse in wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren sowie auf eine vertiefte Ausbildung in einem dieser Verfahren zu erstrecken haben, 2. wie die Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit einzusetzen sind, insbesondere welche Patienten sie während dieser Zeit zu betreuen haben, 3. daß die praktische Tätigkeit für die Dauer von mindestens einem halben Jahr in Abschnitten von mindestens drei Monaten an einer psychiatrischen klinischen, bei der kinder- und jugendlichenpsychotherapeutischen Ausbildung bis zur Dauer von sechs Monaten an einer psychiatrischen ambulanten Einrichtung, an der jeweils psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt

werden, und für mindestens sechs Monate an einer von einem Sozialversicherungsträger anerkannten Einrichtung der psychotherapeutischen oder psychosomatischen Versorgung, in der Praxis eines Arztes, der die psychotherapeutische Behandlung durchführen darf, oder eines Psychologischen Psychotherapeuten oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abzuleisten ist und unter fachkundiger Anleitung und Aufsicht steht, 4. daß die Gesamtstundenzahl für die theoretische Ausbildung mindestens 600 Stunden beträgt und 5. daß die praktische Ausbildung mindestens 600 Stunden mit mindestens sechs Patientenbehandlungen umfaßt.

Dies würde für die Institute und Kliniken eine spürbare finanzielle Entlastung sein. Das Institut könnte durch eine Mischkalkulation für die praktische Tätigkeit in der Klinik und die praktische Ausbildung in der Ambulanz seinen Anteil an der Finanzierung aufbringen, sofern Kliniken durchschnittlich mindestens 1000 Euro monatlich bezahlen. Zahlt die Klinik 1100 Euro pro Monat, so entstehen dem Institut keine zusätzlichen Kosten. Wünschenswert wäre allerdings, dass sich die Krankenkassen nicht durch unbezahlte oder schlecht bezahlte Versorgungsleistungen der AusbildungsteilnehmerInnen in der praktischen Tätigkeit beschenken lassen, sondern diese Leistungen den Kliniken so honorieren, dass eine tarifliche Vergütung möglich ist. Auch hier sollte der Gesetzgeber unterstützend eingreifen.

## **Vergleich mit der Reform nach dem Modell der basalen/einfachen Direktausbildung und der anschließenden Weiterbildung nach dem Facharztmodell**

Diesem Entwurf sei noch einmal das Modell der basalen Direktausbildung gegenüber gestellt:

### **1. Direktstudium Psychotherapie**

Die Approbation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird abgeschafft.

Die Universitäten sollen einen Direktstudiengang Psychotherapie ganz neu einrichten, der die komplette Theorievermittlung übernimmt, die bisher von den Ausbildungsinstituten angeboten wurde. PädagogInnen und SozialpädagogInnen mit Masterabschlüssen müssen zusätzlich dieses Masterstudium absolvieren, wenn sie den psychotherapeutischen Beruf anstreben, sofern sie überhaupt zum Direktstudium zugelassen werden, weil sie nicht genügend Lehre in empirisch-wissenschaftlicher Forschungsmethodik der Psychologie aufweisen. Dieses Direktstudium soll allerdings unvereinbare Forderungen erfüllen: Es soll alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren lehren, also Psychoanalyse, tiefenpsychologische Psychotherapie, systemische Therapie, Gesprächstherapie und Verhaltenstherapie. Und zugleich soll es Behandlungskompetenz in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren vermitteln, damit unmittelbar nach der Beendigung des Studiums eine Approbation als Berechtigung zur Durchführung einer Heilbehandlung erteilt werden kann. Kurzum soll die Universität 100 % der bisherigen Theorie plus die Theorie der anderen Verfahren plus Behandlungskompetenz vermitteln, damit auch der Patientenschutz gewährleistet ist, wenn ein sofort approbierter Universitätsabsolvent psychisch und psychosomatisch kranke Menschen behandelt.

### **2. (Facharzt-)Klinik-Weiterbildung für die Dauer von 2 Jahren bei tariflicher Vergütung**

Wenn anschließend an das Universitätsstudium die Weiterbildung nach dem Facharzt-Modell beginnt, werden jährlich mindestens 2000 neue Klinikstellen benötigt (bei 2-jähriger Klinikfähigkeit), wenn man so viele psychologische

PsychotherapeutInnen aus- und weiterbilden will, dass der Nachwuchs die aus Altersgründen ausscheidenden PsychotherapeutInnen ersetzen kann. Diese Stellen gibt es nicht. Zudem können die Kliniken nicht einmal die bisherigen Stellen für die praktische Tätigkeit tariflich bezahlen. Sie werden also die Zahl der bisher 1000 Stellen auf ein Viertel reduzieren müssen, wenn sie künftig je Weiterbildungsstelle mehr als 4000 Euro aufbringen müssen.

Nur noch 10 % der StudentInnen würden eine Ausbildung anfangen können, weil es zu wenig tarifliche bezahlte Klinikplätze nach dem Facharzt-Weiterbildungsmodell geben würde. Der Kampf würde also auf dem Rücken der kommenden Generation ausgetragen. Und die Versorgung psychisch Kranker wäre nicht mehr gewährleistet.

Die Erwartungen der Befürworter der basalen Direktausbildung bezüglich der Machbarkeit, Finanzierbarkeit und eines ausreichend guten Ergebnisses dieses Bildungswegs basieren nicht auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, sondern auf reinen Spekulationen und empirisch nicht begründeten Hypothesen darüber, dass etwas, was noch nie erprobt wurde, besser sei als das, was sich seit 1999 bewährt hat – belegt durch das Forschungsgutachten.

Gleiniger (2013) und (Sulz 2013) haben darauf hingewiesen, dass ein Modell einer dualen statt einer basalen Direktausbildung diese Nachteile und Risiken nicht mit sich bringen würde. Wenn man deren Modellentwürfe für eine duale Direktausbildung (die nicht zur Abschaffung der Institutsausbildung führen würden) als Alternative nimmt, so stehen momentan

- a)** die hier vorgestellte kleine Reform des Psychotherapeutengesetzes (Erhalt der Institutsausbildung und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Approbation)
- b)** die duale Direktausbildung (Erhalt der Institutsausbildung und Möglichkeit des Erhalts der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Approbation)
- c)** die basale oder einfache Direktausbildung (Abschaffung der Institutsausbildung und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Approbation) als Alternativen für den Gesetzgeber zur Verfügung.

Notwendig laut Forschungsgutachten ist nur die kleine Reform. Vergleicht man die beiden Direktausbildungen, so lässt sich feststellen: Die bisherige Ausbildungsqualität ist nur bei der dualen Direktausbildung gewährleistet, für ausreichende Qualität der basalen Direktausbildung können dagegen keine Belege beigebracht werden. Vielmehr ist ein deutlicher Qualitätsverlust zu befürchten. Nimmt man die erhebliche Einschränkung der freien Berufswahl durch gezielte Verminderung von Ausbildungsplätzen (2 Klinik-Pflichtjahre) und den erheblichen Kostenaufwand für die Umsetzung der Reform hinzu, ganz abgesehen von der Abschaffung des in unserem Gesundheitssystem dringenden benötigten Berufs der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn, so spricht nichts mehr für die basale/einfache Direktausbildung. Am meisten spricht für die kleine Reform mit Offenhalten einer späteren großen Reform (duale Ausbildung).

Ist mit einer kleinen Reform die historische Chance zur Gleichstellung Psychologischer PsychotherapeutInnen mit den FachärztInnen endgültig verspielt? Und wäre die Nachahmung des Bildungsprozesses der Facharzt-Weiterbildung der einzige Weg dazu gewesen?

Kann nicht etwas gleich wertvoll sein ohne gleich zu sein? Oder liegt der hohe Wert nicht gerade darin, dass es nicht gleich ist?

Wenn mit dem Selbstbewusstsein absoluter Gleichwertigkeit und Ebenbürtigkeit in Gespräche und Verhandlungen gegangen wird (auch mit dem Gesetzgeber), dann erscheint die Idee ärztlicher werden zu müssen, um als Heilberuf gleich große Anerkennung zu haben, geradezu absurd. Denn genau diese Idee beinhaltet den Verkauf des eigenen Stolzes und Selbstbewusstseins als Psychologische Psychotherapeutin bzw. Psychologischer Psychotherapeut.

## Literatur

Fliegel S. (2012). Direktausbildung Psychotherapie – ein Weg mit fatalen Konsequenzen. Unveröffentlichtes Manuskript

Gleiniger J.W. (2013a): Basal oder dual? – Ordnungspolitische Rechtfertigungen einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand.

Vortrag auf der Fachtagung Qualität sichern – Fachliche und strukturelle Perspektiven für eine Reform der Psychotherapieausbildung. Berlin am 13.6.2013

Gleiniger J.W. (2013b): Basal oder dual? – Ordnungspolitische Rechtfertigungen einer Direktausbildung der Psychotherapeuten auf dem Prüfstand. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis 2013,2, 493–517

Michelmann A., Ruggaber G., Timmermann H., Trautmann-Voigt S., Walz-Pawlita S., Wiesemüller B., Hoffmann F. (2013). „Qualität sichern“ – Fachgesellschaften fürchten erheblichen Qualitätsverlust der Ausbildung. Psychotherapeutenjournal 3/2013, 269–271.

Richter R. (2013). Das Berufsbild von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Psychotherapeutenjournal, 2,118–120.

Rief W., Fydrich T., Margraf J. & Schulte D. (2012). Modellvorschlag Direktausbildung Psychotherapie (Version 3). Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Kommission Psychologie und Psychotherapie, Berlin.

Rief W., Abele-Brehm A., Fydrich T., Schneider S. & Schulte D. (2014): Praxisanteile im Direktstudium Psychotherapie – auf welchen Lehrerfahrungen kann aufgebaut werden? Welche Inhalte und Kompetenzen sollten vermittelt werden? Psychotherapeutenjournal 1, 31–36

Strauß B. (2013). Qualitätsverlust? Die Ausbildungsdiskussion vier Jahre nach dem Forschungsgutachten. Unveröffentlichtes Manuskript als Vorlage zum Vortrag auf der Lindauer Psychotherapiewoche 2013.

Ströhm W., Schweiger U., Tripp J. (2013): Konzept einer Weiterbildung nach einer Direktausbildung in Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 3/2013, 262–268

Sulz S. (2013a): Weiterbildung nach der dualen Direktausbildung in Psychotherapie – ein Konzept zur Gestaltung der Zukunft der Psychotherapie. Psychotherapie 18, 237–254

Sulz S. (2013b): Bericht und Stellungnahme zur Veranstaltung „Ideenwettbewerb: wie könnte eine Weiterbildung in Psychotherapie nach einem Direktstudium aussehen?“. Psychotherapie 18, 255–269

## **Ergänzungen nach Drucklegung und Fertigstellung des Buches**

### **– der aktuelle Stand am 10.10.2014:**

Während die Reformbetreiber weiterhin die basale Direktausbildung (Direktstudium) predigen und ein duales Ausbildungssystem nicht näher betrachten (Ideenwettbewerb III am 7.10.2014 in Berlin), hat die Arbeitsgemeinschaft des Länderrates und des Vorstands der Bundespsychotherapeutenkammer ein Kompetenzpapier fertig gestellt, das eine Zusammenstellung der Anforderungen an die Reform des Psychotherapeutengesetzes ist. Dieses Papier ist derzeit noch nicht öffentlich einsehbar, soll aber eine sehr differenzierte Analyse der drei Bildungswege

1. postgraduierte Ausbildung wie bisher
2. duale Ausbildung mit postgraduierter Ausbildung als zweitem Schritt
3. basale Direktausbildung mit universitärem Direktstudium und anschließender stationärer und ambulanter Weiterbildung enthalten.

Damit gibt es die Chance zu einer umfassenden Reform-Diskussion, die endlich das duale Ausbildungsprinzip mit einbezieht. Die darin aufgeworfenen Fragen bedürfen allerdings zur Beantwortung zeitintensiver und langwieriger Arbeiten, die sich leicht über ein halbes bis ein Jahr hinweg ziehen können.

Die zentralsten Fragen des Reformproblems, wie sie in diesem Buch aufgeworfen werden und für die zuerst eine Antwort gefunden werden muss, scheinen darin jedoch nicht gestellt worden zu sein:

a) Das Problem, dass bei einer Direktausbildung Psychotherapie-Forscher zu Psychotherapie-Lehrern gemacht werden sollen, statt die Lehre den Psychotherapeuten zu überlassen.

b) Das Problem, dass in psychiatrische Kliniken keine Psychologische Psychotherapie gelehrt werden kann, die deutschlandweit das gegenwärtige Niveau der Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz erreicht – abgesehen davon, dass sie nicht die benötigten tariflich bezahlten Stellen zur Verfügung stellen kann.

c) Das Problem der vorhersehbaren Folgen der Abschaffung der eigenständigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Approbation für die Qualität der Ausbildung und der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher.

Also bleibt die Befürchtung, dass das gegenwärtig hervorragende Expertentum Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durch die Reform gefährdet wird – weil nicht bedacht wird, dass Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft.

*Serge Sulz am 10. Oktober 2014*

## Autorenverzeichnis

**Christine Amrhein** (Dr., Diplom-Psychologin) beschäftigt sich als freie Wissenschaftsjournalistin mit Themen aus den Bereichen Gehirnforschung, Psychologie und Medizin)

**Stephanie Backmund-Abedinpour** (Dr. med., Fachärztin für Neurologie, Verhaltenstherapeutin). Ihre Schwerpunkte sind Emotionsarbeit, Persönlichkeitsentwicklung, Strategisch-Behaviorale Therapie SBT, Psychiatrische Kurzzeittherapie PKP.

**Janine Breil** ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Arbeitsschwerpunkte sind Verhaltenstherapie, Klärungsorientierte Psychotherapie. Dozentin des Instituts für Psychologische Psychotherapie (IPP), Bochum. Arbeitsschwerpunkte sind Verhaltenstherapie, Klärungsorientierte Psychotherapie. Mitautorin von Publikationen zur Klärungsorientierten Psychotherapie. Autorin des Buches Hausaufgaben in der Psychotherapie.

**Jana Fasbender** ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) und Ausbildungs Koordinatorin, Dozentin und stellvertretende Leiterin des Instituts für Psychologische Psychotherapie (IPP), Bochum. Arbeitsschwerpunkte sind Verhaltenstherapie, Klärungsorientierte Psychotherapie. Mitautorin von Publikationen zur Klärungsorientierten Psychotherapie.

**Steffen Fliegel** war nach einer leitenden Klinik Tätigkeit im Bereich Kinderpsychosomatik von 1990 bis 1997 Geschäftsführer des Zentrums für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum. Von 1975 bis 1988 war er Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Seit 1990 ist er in der Ausbildungsleitung der DGVT in Kooperation mit der Fern-Universität Hagen tätig. Er ist einer der Autoren des BMG-Forschungsgutachtens.

**Ute Gräff-Rudolph** (Dr.med. Fachärztin für Psychosomatische Medizin, Supervisorin und Selbsterfahrungsleiterin Verhaltenstherapie, beteiligt an der Entwicklung der Strategischen Kurzzeittherapie SKT, Entwicklung der SKT in Gruppen)

**Philipp Hammelstein** ist außerplanmäßiger Professor an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Leitender Psychotherapeut der Christoph-Dornier-Klinik Münster, approbierter Psychologischer Psychotherapeut mit verhaltenstherapeutischer Vertiefung. Schwerpunkte sind die Klärungsorientierte Psychotherapie (KOP), Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Sexuelle Störungen, Forschung zur Wirksamkeit von Psychotherapie.

**Annette Hoeses** (Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie) ist anerkannte Lehrtherapeutin und Supervisorin für Verhaltenstherapie, sie leitet Selbsterfahrungsgruppen und führt Coaching durch. Ihre Schwerpunkte sind Emotionsarbeit, Persönlichkeitsentwicklung, Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) und Psychiatrische Kurzzeittherapie PKP.

**Jürgen Kriz** hatte von 1974 bis 1999 Lehrstuhlinhaber für Empirische Sozialforschung, Statistik und Wissenschaftstheorie an der Universität Osnabrück. Im Fachbereich Psychologie hatte er bis 1999 die Professur für Psychotherapie und Klinische Psychologie. Er ist seit 2010 emeritiert. Gastprofessuren in Wien, Zürich, Riga, Moskau und den USA. Er war 2004 bis 2008 Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Arbeitsschwerpunkte sind Forschungsmethodik, interdisziplinäre und Personenzentrierte Systemtheorie sowie Therapieprozessforschung.

**Dirk Revenstorff** ist emeritierter Professor für Psychologie an der Universität Tübingen, approbierter Psychotherapeut, spezialisiert auf Hypnotherapie, Paartherapie. Er hat zudem Ausbildungen in Gestalttherapie, Hypnotherapie und Körpertherapie, Verhaltenstherapie. Er war im Vorstand der Milton Erickson Gesellschaft, ist Mitglied d. Landes-

u. Bundes-Psychotherapeutenkammer, Gründungsmitglied d. Deutsch-Chinesischen Akademie f. Psychotherapie. Er veröffentlichte 18 Bücher, 200 Artikel, Preise: Jean-Piaget-Award, Milton-Erickson-Gesellschaft, American Association of Bodypsychotherapie.

**Rainer Sachse** ist seit 1998 außerplanmäßiger Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Ruhr-Universität Bochum. Er ist Leiter des Instituts für Psychologische Psychotherapie (IPP), einem staatlich anerkannten Ausbildungs-, Forschungs- und Therapie-Institut. Sachse entwickelte die Klärungsorientierte Psychotherapie als eine Erweiterung der Gesprächspsychotherapie, beeinflusst von Carl Rogers, Leslie Greenberg und Klaus Grawe. Besonders bekannt sind seine Publikationen über Persönlichkeitsstörungen.

**Richter-Benedikt**, Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin für Kinder, Jugendliche, Erwachsene, VT, Supervisorin, Dozentin. KJP-VT-Ausbildungsleitung der CIP-Akademie und psychologische Leitung der Kinder- und Jugendlichenambulanz des Centrums für Integrative Psychosomatische Medizin CIPM. Schwerpunkt: Strategische Jugendlichkeitstherapie (SJT).

**Miriam Sichort-Hebing** (Dr. phil. Psychologische Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie. Ihre Schwerpunkte sind Strategisch-Behaviorale Therapie, Emotionsarbeit, Angsttherapie. Sie hat die Abteilungsleitung BAP und CIP VT-Erwachsene inne. Lit.: Hebing, M. (2012), Evaluation und Prädiktion therapeutischer Veränderung im Rahmen der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT), München: CIP-Medien sowie weitere Publikationen.

**Bernhard Strauß** hat den Lehrstuhl für Psychologische Medizin und Psychosomatische Medizin der Universität Jena inne. Er ist einer der Autoren des BMG-Forschungsgutachtens und ist sehr aktiv im Bereich der Psychotherapieforschung – mit zahlreichen Veröffentlichungen.

**Serge Sulz** ist Psychologischer Psychotherapeut, approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie – Psychoanalyse. Honorarprofessor am Lehrstuhl für Sozial- und Gesundheitspädagogik der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt für Grundlagen der Verhaltensmedizin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für pädagogische Berufe. Bis 2012 Leiter der CIP-Akademie München. Feeling-Seen Therapeut und Supervisor (Familientherapie nach PBSP).

**Benedikt Waldherr** ist approbierter Psychologischer Psychotherapeut, Mitglied der Bayerischen Psychotherapeutenkammer, Vorstandsmitglied des bvvp Bayern. Er war lange Jahre als psychologischer Vertreter Mitglied des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Psychotherapie ist mehr als Wissenschaft

– Ist hervorragendes Expertentum durch die Reform gefährdet?

Herausgeber: Serge K. D. Sulz

Gestaltung: Julian Sulz

Druck und Bindung: BoD

ISBN: 978-3-86294-026-4

© 2014, Die Autoren,

Serge K. D. Sulz ,

CIP-Medien

CIP-Medien

Nymphenburger Str. 155

80634 München

[www.cip-medien.com](http://www.cip-medien.com)

Bezugsquelle:

Herold Verlagsauslieferung, Raiffeisenallee 10, 82041 Oberhaching

[p.zerzawetzky@herold-va.de](mailto:p.zerzawetzky@herold-va.de), Tel. 0 89-61 38 71 24, Fax 0 89-61 38 71 55 24

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im

Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Dieses Buch warnt davor, wie schnell die hoch kompetente Spezialisierung der Psychotherapeuten verspielt werden kann, es zeigt auch wie diese für die Zukunft gerettet wird: Wissenschaft steht im Dienst der Psychotherapie, sie ist nicht ihr Herr und Eigentümer. Ergebnis des Forschungsgutachtens ist: Die Ausbildungsinstitute machen ihre Arbeit gut. Vor übertriebenem Reformeifer und vor zu rigorosen Umstülpungen der Psychotherapie-Ausbildung wird gewarnt. Das wissenschaftliche Procedere bei der Anerkennung von Psychotherapie-Verfahren ist kritikwürdig. Ist Evidenzbasierung ein Zauberwort oder eine leere Hülse? Und: Weshalb Psychotherapie mehr ist als Wissenschaft.**

**Der zweite Teil des Buches zeigt, dass die geplante Reform die Abschaffung des Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen mit eigener Approbation erzwingt; dass nicht bedacht wird, dass Psychotherapie sich nicht wie die Medizin in einem grundständigen Studium lehren lässt; dass Psychotherapie ein vorausgehendes möglichst gut auf die postgraduierte Ausbildung vorbereitendes Studium als akademische Basis braucht; dass klinikerne Weiterbildung zu einem Flaschenhals und zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung führt und finanziell nicht machbar ist.**

**In diesem Buch steckt viel Spannendes und Erhellendes, viel Kontroverses und zum Widerspruch Reizendes. Wenn es dazu beitragen kann, die Zukunft der Psychotherapie in Deutschland zum Wohle der PatientInnen, die Psychotherapie brauchen, besser zu machen oder eine Verschlechterung zu verhindern, dann hat es sich gelohnt.**