

Interview

Das Psychotherapeutengesetz – erhaltungswürdig? reformbedürftig? Blicke von außen.

Das PTJ im Gespräch mit Prof. Franz Caspar (Bern) und Prof. Stephan Hau (Stockholm)

Das Gesetz und die aktuellen Reformbemühungen sind im PTJ des Öfteren dargestellt und diskutiert worden. Uns interessierte jetzt die Frage: Wie werden das Gesetz und die laufenden Reformdiskussionen eigentlich aus dem Ausland gesehen? Wir haben deshalb zwei in Deutschland ausgebildete und jetzt seit längerer Zeit im Ausland tätige, namhafte Professoren für Psychologie, einen verhaltenstherapeutischen und einen psychoanalytischen Kollegen, die die Situation in Deutschland aus eigener Anschauung gut kennen, zu einem gemeinsamen Gespräch eingeladen.

Vogel: Sie beide sind in Deutschland als Psychotherapeuten ausgebildet worden und wurden dann als Psychologische Psychotherapeuten approbiert, haben also auch einige Erfahrungen mit der Psychotherapie in Deutschland im Zeitalter nach dem Psychotherapeutengesetz, leben aber inzwischen beide im Ausland. Wie bewerten Sie aus diesem Blickwinkel das Gesetz?

Hau: Aus der skandinavischen Sicht ist es mit etwas neidischen Gefühlen verbunden, wenn man als Psychotherapeut an das deutsche Psychotherapeutengesetz denkt. Denn der freie Zugang zu Psychotherapeuten, die Möglichkeit der Niederlassung, auch wenn es da natürlich Beschränkungen gibt – das ist etwas Einmaliges, was es in Skandinavien nicht gibt, und auch in anderen Ländern nicht – wenn ich das richtig sehe. Ich würde daher sagen, dass das eine gelungene Sache ist, vor allem auch für die Patienten. Ich sehe hier in Skandinavien immer wieder die Schwierigkeiten der Patienten, Zugang zu Psychotherapeuten zu bekommen. Und wenn das gelungen ist, ergibt sich noch die schwierige Frage nach der Finanzierung. Hier in Skandinavien gibt es eine große Lücke zwischen einem relativ begrenzten Kurztherapieangebot und der Klinik. Das Psychotherapeutengesetz hat in Deutschland die Möglichkeit der kassenfinanzierten Psychotherapien erbracht, auch längerfristige Psychotherapie können ambulant durchgeführt werden. Das gibt es hier nicht. Wenn ich den Studenten von den deutschen Verhältnissen berichte, kommen die aus dem Staunen gar nicht heraus.

Caspar: Ich würde dem über weite Strecken zustimmen. Die Situation ist wirklich einmalig in Deutschland, was die Bezahlung von Psychotherapie und auch den Zugang zu Psychologischen Psychotherapeuten und zu Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten betrifft. Das steht in Kontrast zu anderen Ländern. Zum Beispiel in den USA wird Psychotherapie nur sehr eingeschränkt bezahlt. Wenn es in Deutschland 5 probatorische Sitzungen gibt, ist die Psychotherapie in den USA, soweit sie überhaupt von Versicherungen finanziert wird, dann schon fast um, obwohl bis dahin eigentlich nur in wenigen Fällen eine Psychotherapie als abgeschlossen gelten kann. „Fortschritt“ kann 2 Seiten haben: Psychotherapie wurde im neuen Gesetz in China als Heilverfahren anerkannt, Psychologen ist nun aber verboten, eigenständig Psychotherapie zu machen. Die Situation in der Schweiz kenne ich natürlich besonders gut. Hier ist es so, dass Psychotherapie von Ärzten praktisch unhinterfragt bezahlt wird, auch alle Verfahren - bis hin zur Psycholyse. Dann gibt es ja das besonders unselige System der sogenannten delegierten Psychotherapie - Da können Ärzte, die ein Minimum von 60 Stunden Psychotherapieausbildung haben, Psychologen, die 1800 Stunden Psychotherapieausbildung haben, anstellen und in ihrer Praxis arbeiten lassen. Das wird auch von vielen Psychiatern kritisiert. Der ehemalige Psychiatrie-Chef in Bern, Professor Heim,

sagte mal, das ist moderne Sklavenhaltung. Also im Verhältnis dazu ist die Situation für die Psychotherapie in Deutschland sicher traumhaft, nicht nur für die Situation der Psychotherapeuten, sondern auch für die Qualität der Versorgung.

Springer: Aber wir sind uns schon einig, dass Psycholyse keine Psychotherapie ist, oder?

Caspar: Natürlich. Aber das sehen nicht alle so. Bevor es jetzt aber den Eindruck erweckt, es sei alles gut, muss man schon zwei Dinge hervorheben. Erstens mussten schon einige Kröten geschluckt werden, damit dieses Psychotherapeutengesetz 1998 beschlossen werden konnte. Ich hatte beim In-Kraft-Treten des Gesetzes gerade den Lehrstuhl in Freiburg übernommen. Das Eine war die Beschränkungen auf die Richtlinienverfahren, die auch schon auch im Interview mit Kriz/Berking (PTJ 3/2015) zu Recht kritisiert wurde. Dies schien unvermeidbar, um die Gesundheitspolitiker zu beruhigen, dass nicht zu Viele an die Brotkörbe der Kassen drängen werden. Das andere, was die Kostenneutralität des Gesetzes gewährleisten sollte, war die Verweigerung der Bezahlung von ausgebildeten Psychologen, die während der postgradualen Psychotherapieaus- oder -weiterbildung in einer Psychiatrie arbeiten – das ist nicht nur unfair, sondern für die jungen Kollegen oft auch ein wirklich existentielles Problem. Es gibt auch noch weitere negative Folgen: Grade in der DGVT, bei der ich damals in Deutschland meine Psychotherapieausbildung gemacht habe, wurde sehr davor gewarnt, dass man überhaupt Psychotherapie von Krankenkassen bezahlen lässt, weil man damit Tür und Tor öffne für das medizinische Denken. Das „medizinische Modell“ war aus Sicht der damaligen DGVT – deren Politik sich damals stark an Überlegungen der Sozialpsychiatrie oder Gemeindepsychologie orientierte – höchst problematisch. Ich finde es schon bemerkenswert, wie einfach das Geld den Geist korrumpiert – provokativ gesagt. Es wird heute kaum mehr irgendwo in Frage gestellt, dass man in diesem System mitmacht. Natürlich hat das Vorteile für den Patienten und den Psychotherapeuten, aber Nebenwirkungen, wie ein überstarkes Betonen von Diagnosen und ein verbreitetes Vernachlässigen sozialer Umstände, werden kaum noch reflektiert.

Springer: Das ist spannender Punkt, der nicht vergessen werden sollte, wenn bei den aktuellen Reformbemühungen die Parallelisierung mit dem Medizinstudium gefordert wird. Die Kritik an der Medizinalisierung gab es damals übrigens auch in den psychoanalytischen Fachgesellschaften – nicht nur bei der Einführung des Psychotherapeutengesetzes, sondern bereits als Kritik an der Richtlinienpsychotherapie. Die Psychoanalytiker haben übrigens natürlich auch „Federn lassen müssen“, spätestens bei der Einführung des Psychotherapeutengesetzes, aber auch schon damals mit der Einführung der Richtlinientherapie – womit wir bei der Diskussion um die Richtlinientherapie sind.

Hau: Ich kann vielleicht noch etwas zur Situation in Schweden nachtragen. Hierzulande zählt Psychotherapie nicht zur Krankenkassenversorgung. Es gibt zwei große Bereiche, die sind ausgenommen, die müssen alle erwachsenen Patienten privat bezahlen: Das eine ist die zahnmedizinische Behandlung und das andere sind Psychotherapien. Und das hat dazu geführt, dass Psychotherapien, wenn sie überhaupt erfolgen, oft relativ kurz sind, aber vor allem, dass psychische Störungen in erheblichem Umfang medikamentös behandelt werden. In Schweden wird viel eher und schneller und leichter zu Psychopharmaka gegriffen als dass Psychotherapie ins Spiel kommt.

Caspar: Und natürlich kommt in solch einer Konstellation die Internettherapie ins Spiel. Schweden und auch die Niederlande sind international die beiden Länder, in denen die meisten Entwicklungen und Modelle in diesem Feld stattfinden.

Hau: Ja, die fehlende Finanzierung von Psychotherapie erklärt mit Sicherheit neben den geographischen und den klimatischen Bedingungen auch den Boom der Internettherapie in Schweden. Und günstig ist natürlich auch, dass Schweden insgesamt eine sehr gute Infrastruktur im Bereich der elektronischen Medien/Vernetzung hat.

Springer: Noch einmal kurz zur Psychotherapierichtlinie, die Sie, Herr Caspar, schon angesprochen haben: Die Orientierung des SGBV an der Psychotherapierichtlinie hat zu dem Problem geführt, dass es zwei Klassen innerhalb der Verfahrenslandschaft gab. Es gab und gibt die Richtlinienverfahren und es gibt die wissenschaftlich begründeten Verfahren, die nicht abrechnungsfähig sind.

Hau: Ja, diese „Zwei-Klassengesellschaft“ gibt es hier in Skandinavien auch, allerdings hier unter der Überschrift „was ist evidenzbasiert?“ und „für welche Verfahren gibt es schon randomisiert-kontrollierte Studien?“. Da wird

auch ganz klar gesiebt und am Ende bleiben drei Verfahren übrig: Die Verhaltenstherapie, die interpersonelle Therapie und die psychodynamische Psychotherapie. Und alles andere bleibt sozusagen außen vor, weil es keine empirisch-wissenschaftliche Bestätigung gebe.

Caspar: Wobei das von einem sehr verengten Verständnis von wissenschaftlicher Begründung ausgeht.

Hau: Richtig. Dazu gibt es starke Auseinandersetzungen.

Caspar: Ich möchte kurz auf das zurückkommen, was Sie, Frau Springer, gesagt haben zur Parallelisierung, und zwar nach dem Modell der Medizin. Ich finde, man kann die Position vertreten, dass Psychotherapie eine Veränderung von psychischen oder anderen gesundheitlichen Problemen mit psychologischen Mitteln ist. Und wenn es Vereinheitlichung in der Ausbildung geben soll, müsste man primär fragen, was ist denn ein gutes Modell für das Erlernen der Beeinflussung von Patienten oder Problemen mit psychologischen Mitteln?

Springer: Das sollte die vorrangige Frage sein, aber es die Antwort wird natürlich auch von anderen Fragen beeinflusst, nämlich der Frage, was umsetzbar ist, und auch von der Frage, was bereits im System etabliert ist. Und da ist dann offensichtlich doch das Medizinstudium ein großes Vorbild, aber es sollen dennoch eigene Akzente gesetzt werden. Und es geht vielleicht auch um die Frage: Ist Psychotherapie eine Natur- oder eine Geisteswissenschaft oder ist diese Unterscheidung sowieso obsolet? Und dann kommt man in die Konkurrenz der Verfahren rein, die auch eigentlich obsolet ist. Viel wichtiger sollte – wie Sie sagen - die Frage sein, wie lehrt man eigentlich gute Psychotherapie? Das ist eine spannende Frage. Praxisorientiert, sicher praxisorientiert und sicher theoriebasiert. Aber bei „theoriebasiert“ würden viele, die sich in der Reformdiskussion engagieren, vielleicht gar nicht zustimmen.

Vogel: Wir „Älteren“ hatten lange vor dem Psychotherapeutengesetz unsere Träume, wie die Psychotherapieausbildung und die Psychotherapieversorgung nach dem Gesetz einmal werden würden. Dann kam das Gesetz, und es hat eine Ausbildung normiert, die in verschiedener Hinsicht sehr reglementiert ist. Nun haben wir seit 15 Jahren Erfahrungen mit dem Gesetz gemacht. Sie haben viel gelesen, gehört darüber, wie die Ausbildungsgänge funktionieren, und auch über die Kritik und den Ärger über die Ausbildung.

Caspar: Was ich besonders problematisch finde, ist die Verfahrenorientierung und die Behinderung der Integration und auch des Denkens in schulenübergreifenden Prinzipien. Das wird durch die ganze Anlage der Ausbildung und die Orientierung an den Richtlinienverfahren zementiert. Etwas Vergleichbares gibt es zum Beispiel in den USA nicht. Dort spielen diese Verfahren auch gar nicht so eine große Rolle. Wenn man die Ausbildung selbst näher anschaut, so gibt es auch einige sehr problematische Punkte, die aber nicht unbedingt mit dem Gesetz zusammenhängen: Das Eine ist, dass die Regulierung viel intrinsische Motivation verdrängt hat. Im Denken der Teilnehmer hat die Erfüllung der formalen Kriterien, das ist oftmals der Eindruck, einen viel höheren Stellenwert als das Interesse an den Inhalten. Die intrinsische Motivation war, so glaube ich, früher irgendwie größer und man hat auch gar nicht so viele Ressourcen verbraucht, um sich mit Regularien und so weiter zu beschäftigen. Allerdings weiß ich auch nicht, wie man dieses Problem, was ja spätestens seit dem Bologna-Prozess auch jedes Studium durchzieht, ändern sollte. Dieses Problem haben wir auch in der Schweiz, wo immerhin wenigstens die Verfahrenorientierung nicht so stark im Vordergrund steht wie in Deutschland. Das andere, was ich auch kritisiere, ist die Art, wie die Ausbildung gemacht wird. Wenn man Erkenntnisse aus der Forschung berücksichtigt, etwa zur Expertise-Entwicklung, dann müssten wir sehr viel systematischer als bislang üben, also mit Feedback-Unterstützung das üben, worauf es in der Psychotherapie wirklich ankommt, also diejenigen Fertigkeiten, die von zentraler Bedeutung für den Psychotherapieprozess und das Outcome sind. Das ist natürlich etwas anders als beim Tischler, der schon im Prozess der Entstehung eines Werkstückes sieht, ob das gut wird und ob er gerade sägt oder sauber feilt und der am Ende sieht, ob der Tisch, den er gemacht hat, gerade steht. Aber inzwischen wissen wir sehr viel genauer als vor 50 Jahren, welche Fertigkeiten der Psychotherapeut benötigt, damit der Patient sich verstanden fühlt, damit er bereit ist, eigene Entscheidungen zu hinterfragen oder Zusammenhänge zu klären usw. Aber welche Fähigkeiten und Fertigkeiten einen guten Therapeuten ausmachen, ist selten ausdrückliches Thema der klinisch-praktischen Ausbildung und sie sind auch nicht Prüfungsgegenstand. Dieser Punkt hat allerdings nicht unmittelbar etwas mit dem Gesetz zu tun, sondern mit den Aus- und Weiterbildungskonzepten und auch den Prüfungskonzepten.

Hau: Ich finde es schwierig, dass Ausbildungen zum Teil zu weit entfernt von der Universität und von dem akademischen Forschungsumfeld stattfinden. Hier in Schweden wurden eine Reihe von privaten Psychotherapie-Ausbildungsinstituten von den Behörden geschlossen, mit der Begründung, dass die Ausbildungsgänge bzw. die Curricula veraltet waren, dass sie nicht genügend qualifizierte Lehrer hatten oder dass neueste Forschungsergebnisse keinen Eingang in die Ausbildungsgänge gefunden haben. Und das hat dazu geführt, dass die postgraduale Psychotherapieausbildung inzwischen fast ausschließlich an den Universitäten stattfindet und damit eine Engführung mit neuesten Erkenntnissen im Rahmen der Psychotherapieforschung möglich wird. In Stockholm bieten wir inzwischen eine Psychotherapieausbildung mit zwei unterschiedlichen Verfahren an, nämlich kognitive Verhaltenstherapie und psychodynamische Psychotherapie, und wir haben so eine Art Zwischenmodell oder ein gemeinsames Modul entwickelt, das die Basis für eine integrative Schiene darstellen könnte. Da werden Ausbildungsinhalte gelehrt, die für beide Richtungen relevant sind. Seien es jetzt die juristischen Grundlagen, ethische Grundlagen und generelle Behandlungsprinzipien. Und diese werden dann mit spezifischen Seminaren ergänzt, die sich etwa mit diagnostischen Behandlungstechniken beschäftigen und die auf den einzelnen Verfahren beruhen und auf diese zugeschnitten sind. Das hat zu einem interessanten Diskussionsklima zwischen den Studenten aus den unterschiedlichen Richtungen geführt, aber auch zu einer größeren Diskussionsfreudigkeit unter den Lehrern beigetragen. Das würde ich, glaube ich, als großen Unterschied sehen zu dem, wie Psychotherapeutenausbildung oft in Deutschland betrieben wird, wo es ja noch viele private Institute oder Institute außerhalb der Universität sind, die eine Ausbildung anbieten.

Caspar: Mir wird dabei deutlich, dass ich sehr stark von meinen universitären Ausbildungserfahrungen ausgehe und die von Ihnen beschriebene problematische Situation in privaten, außeruniversitären Instituten weniger kenne.

Springer: Sie unterscheiden sich in der Bewertung der „Theoriebasiertheit“ und der „Verfahrensbasiertheit“, scheint mir.

Hau: Für mich steht die Frage im Vordergrund „Was ist für den einzelnen, individuellen Patienten von Nutzen?“ Aus meiner Erfahrung ist es so, dass es bestimmte Patienten gibt, die kommen sehr weit mit Verhaltenstherapie, und andere gehen den Weg über eine psychodynamische Therapie. Und ich bin mir nicht sicher, ob eine integrative, übergreifende Ausbildung am Ende mehr Vor- oder Nachteile bringt, weil auf spezifische Patienteneigenschaften oder -Eigenarten nicht mehr flexibel genug eingegangen werden kann.

Caspar: Ja, die Gefahr besteht sicher, aber es kommt halt auch darauf an, wie man Integration versteht. So wie Klaus Grawe es verstanden hat und wie es auch Berking und Kriz im Interview (PTJ 3/2015) beschreiben, geht es nicht einfach um eine Integration von verschiedenen bestehenden Verfahren, sondern es ist der Versuch, allgemeine Prinzipien, die sich aus der Forschung in den verschiedenen Bereichen herleitet, zu verwirklichen und verfahrensübergreifend eine sehr individualisierte Art von Therapie zu verwirklichen. Diese Psychotherapie soll nicht an Standardverfahren „anwenden“, sondern sich dieser Verfahren bedienen und in einem für jeden Patienten wirklich ganz individuellen Prozess etwas Neues, speziell zugeschnittenes konstruieren. Entsprechend Grawes „Allgemeiner Psychotherapie“ ist die Entwicklung von Therapieansätzen, ist dieser integrative Prozess nie fertig, weil in der Praxis, aber auch in den Grundlagenwissenschaften ständig Neues entsteht. Wir beschäftigen uns beispielsweise in einem aktuellen Projekt mit der Frage, wie emotionsfokussierte Ansätze noch gezielter trainiert und in die Therapie eingebaut werden können. Das Prozess- und Emotionsorientierte ist schwieriger zu lernen und daher muss hier mehr ins Training investiert werden, um ein vergleichbares Mass an Kompetenz und subjektiver Sicherheit zu erreichen. Wir untersuchen hier auch exemplarisch, welche Auswirkungen Psychotherapie-Integration auf Prozess und Ergebnisse hat..

Hau: Ein anderer Blickwinkel in dem Zusammenhang richtet sich auf die Person des Psychotherapeuten. Wir untersuchen zu diesem Zweck die Entwicklung psychotherapeutischer Identität in unterschiedlichen Verfahren. Da zeigt sich, dass es für diejenigen, die eine sichere und stabile Identität in dem Verfahren, das sie erlernen, entwickelt haben, leichter ist, sich anderen Ansätzen zu öffnen – als für diejenigen, bei denen noch sehr viel Unsicherheit in ihrer Identität besteht. Letzteres ist ja insbesondere zu Beginn der Ausbildung anzutreffen, wo sehr viel Unsicherheit und Orientierungsbedürfnis besteht und wo diese innere Sicherheit über das, was man kann und was man gelernt hat, noch nicht zu Verfügung steht. Also zur Frage der integrativen Therapie: Das klingt sehr interessant, wie Sie das dargelegt haben, aber ich glaube, um das durchführen zu können, muss man

schon ein Stück weit eine gesicherte eigene Identität als Psychotherapeut in einem Verfahren oder in einem Ansatz haben, um sich dem dann auch öffnen und diese Auseinandersetzungen auch führen zu können.

Caspar: Es ist sicher einfacher, sich an einer klaren Linie oder Leitidee zu orientieren und sich damit zu identifizieren, auch wenn diese in gewisser Weise begrenzt sind. Alfred Adler sprach von „Weißen Riesen“ und meinte damit charismatische Personen, die Viele zu brauchen scheinen, um im komplexen Feld der Psychotherapie Sicherheit zu gewinnen. Aber wieso soll es nicht gehen, von Anfang an eine offenere oder integrative Identität zu gewinnen? Wenn ich – als Schweizer liegt mir das vielleicht nahe – auf das Beispiel der nationalen Identität von Menschen verweisen darf. In der Schweiz wird, falsch aber einfacher, versucht, trotz Sprachenvielfalt das Bild einer Einheitlichkeit der Herkunft, Hautfarbe, Werte und Normen zu betonen. In Kanada dagegen ist die Multiethnizität Basis nationaler Identität. Das ist anspruchsvoller, aber zukunftsträchtiger und scheint mit gewissen Einschränkungen auch zu funktionieren. Für mich ist das ein gutes Modell und ich frage mich, ob das nicht ebenso für die psychotherapeutische Identitätsbildung möglich wäre anstelle einer Identitätsbildung in engen Gruppen mit Feindbildern für alles Andere.

Vogel: Die zukünftige Psychotherapieausbildung soll, so der derzeitige Diskussionsstand, ganz anders in den Qualifizierungsweg eines zukünftigen Psychotherapeuten eingebaut sein als bisher. Bisher ist es so, dass der zukünftige Psychologische Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zunächst ein Psychologiestudium oder im Falle, dass er Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut werden möchte, auch ein pädagogisches oder sozialpädagogisches Hochschulstudium absolvieren musste, und sich die eigentliche Psychotherapieausbildung daran anschließt. Nach dem aktuellen Zukunftsmodell würde es nach dem Abitur zunächst ein bundeseinheitlich geregeltes Psychotherapiestudium geben, an das sich dann eine mehrjährige Vertiefungsweiterbildung anschließt, für die die Bundesländer Rahmenvorgaben und die Kammern die Details regeln werden. Der Qualifizierungsweg wäre vergleichbar lang wie bisher, allerdings würde nun der erste Teil der Qualifizierung vom Psychotherapeutengesetz geregelt werden – ganz analog zur Medizinerausbildung. Über die Vorgaben zu den Inhalten dieses Psychotherapiestudiums wird aktuell intensiv diskutiert, sicher wird die Psychologie eine besondere Bedeutung haben, aber es werden auch noch andere Bausteine enthalten sein, z.B. aus der Medizin und auch Inhalte, die aus der Sozialpädagogik und anderen Fächern kommen, und es wird sicher sehr viele praxisbezogene Anteile geben. Im Unterschied zu früher würde der erste Qualifizierungsabschnitt durch die Vorgaben der Approbationsordnung des Bundes dann erheblich homogener gestaltet sein.

Caspar: Also wenn man bedenkt, dass Psychologen bzw. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten im Gesundheitsversorgungssystem, speziell in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken gegenwärtig durchweg schlechter gestellt sind als Ärzte, dann muss man so eine Entwicklung eigentlich gut finden, weil sie mit dieser Ausbildung dort auch einen neuen Status haben könnten, der ihrer Qualifikation entspricht. Das hätte also große Vorteile. Mich erinnert aber die Diskussion schon sehr stark auch an die die Einführung des Bachelor- und Mastersystems im Rahmen der Bologna-Reform. Damals war ich in einer Kommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, die sich lange im Voraus mit der Umstellung der Studiengänge beschäftigte, und wir fanden eigentlich, dass das gar nicht aufgehen kann, aber angesichts des massiven politischen Willens zugunsten von Bologna kaum aufzuhalten sei. Und genauso ist es gekommen. Es wurde zu viel versprochen, auch Widersprüchliches, das konnte gar nicht alles aufgehen. Wenn ich sehe, was bei den jetzigen Vorstellung der Bundespsychotherapeutenkammer in dieses Studium alles reingesteckt werden soll - mehr Praxis, dass aber auf keinen Fall die psychologischen Grundlagen eingeschränkt werden sollen, dass auch medizinische, juristische und sozialpädagogische Inhalte bzw. Kompetenzen enthalten sein sollen – das sieht alles wunderbar aus. Es stecken viele gute Gedanken darin. Ich frag mich nur, wie das insgesamt aufgehen soll.

Springer: Sie meinen, das angedachte Ausbildungskonzept ist zu vollgestopft?

Caspar: Sehr vollgestopft auf jeden Fall und ich finde – es ist etwas anderes, wenn man Überschriften macht und sagt, das soll auch noch vermittelt werden und das auch noch und das auch noch, als wenn man sich damit beschäftigt, wie die Lehrveranstaltungen dann aussehen bzw. gestaltet sein müssen, um diese Ziele zu erreichen.

Hau: Da würde ich absolut zustimmen. Ich hab mich noch darüber hinaus gewundert, auf welchem Qualifikationsniveau dann diejenigen sein werden, die die Approbation am Ende des Studiums bekommen. Ich

habe die Vermutung, dass die nicht so qualifiziert sein werden, wie es jetzt in dem alten Modell der Fall ist, dass es ein Studium als Voraussetzung gibt, sei das Psychologie oder Medizin oder ein anderes Studium – und dann eine Weiterbildung erfolgt.

Vogel: Das ist völlig richtig. Das neue Psychotherapeutengesetz soll – nach den derzeit diskutierten Vorstellungen – mit der Approbationsordnung nur den ersten Qualifizierungsabschnitt regeln. Der zweite Qualifizierungsabschnitt soll zukünftig – analog zum ärztlichen Bereich - die Fachpsychotherapeutenweiterbildung sein. Das heißt, die zukünftige Approbation ist überhaupt nicht mit der bisherigen, die quasi das Facharztniveau gewährleistet hat, zu vergleichen. Die zukünftige Approbation würde dann – wie jetzt schon im ärztlichen Bereich - die Voraussetzung zur Vertiefungsweiterbildung darstellen, nicht den Abschluss.

Hau: Aus der ganz persönlichen oder schwedischen Perspektive würde ich sagen, dass die Approbation am Ende der Zusatzausbildung oder der postgradualen Psychotherapieausbildung stehen sollte. Hier in Schweden nennt sich das Legitimation, und sie wird von den Sozialbehörden erteilt.

Springer: Das entspricht der Approbation?

Hau: Ja. Nach der Legitimation hier in Schweden, darf ein Psychotherapeut eigenständig, ohne Supervision, Patienten behandeln. Und das bedeutet, dass er oder sie ein Studium absolviert haben muss, entweder Psychologie oder Medizin. Es werden auch unter Umständen Soziologen zugelassen, aber nur in begrenztem Umfang, und Krankenschwestern, die in der Psychiatrie eine Spezialausbildung gemacht haben. Aber die alle müssen vorher studiert haben und zwei Jahre Berufserfahrung gesammelt haben, bevor sie sich dann für eine postgraduale Ausbildung bewerben. Die geht über drei Jahre, und am Ende stehen dann die Prüfung und die Erteilung der Legitimation. Das schwedische Spezifikum, was die Psychologen angeht, ist, glaube ich, dass es einen großen Unterschied im Psychologiestudium gibt im Vergleich zu Deutschland, der erhebliche Konsequenzen hat, wie hier die Psychotherapieausbildung aufgebaut ist. Im Psychologiestudium in Schweden wird ab dem 7. Semester bis zum 9. Semester klinisch gearbeitet, das heißt, die Studenten behandeln Patienten unter Supervision an der Uni. Die Unis haben Ambulanzen, und dort werden Patienten gesehen und in die entsprechenden Verfahren verteilt, und dann behandeln Studenten, die sich für kognitive Verhaltenstherapie als Vertiefungsverfahren entschieden haben, zwei bis drei Patienten innerhalb dieser drei Semester. Und die, die dynamische Psychotherapie als Vertiefung gewählt haben, die haben eine sogenannte Langzeittherapie über anderthalb Jahre und ein bis zwei Kurzzeittherapien über ein halbes Jahr. Die Supervisionen und auch die wichtige Selbsterfahrung bezahlt die Universität. Mit diesen drei Semestern kommen die dann praktisch in so eine Art Grundausbildung, die dann für die Bewerbung zum postgradualen Studiengang Psychotherapie anerkannt wird. Nach dem Studium muss man noch zwei Jahre Berufserfahrung vorweisen, bevor man das postgraduale Psychotherapiestudium beginnen kann. Ich glaube, dieser starke Praxiseinschlag, dass also Patienten bereits während des Psychologiestudiums behandelt werden, ist ein großer Unterschied zum Psychologiestudium in Deutschland. Und ein bisschen was davon, vermute ich, soll mit dem Direktstudium eingefangen werden. Ich glaube aber, das steht auf leicht hölzernen Beinen, denn die Psychologiestudenten hier, die kriegen natürlich eine gediegene Grundausbildung in allen Feldern der Psychologie – in Statistik, in Entwicklungspsychologie und so weiter. Und das ist, glaube ich, nicht im gleichen Umfang im Rahmen eines Direktstudiums zu gewährleisten.

Caspar: Ich finde das sehr spannend, das erinnert mich ganz an die alten Zeiten vor der Einführung des Psychotherapeutengesetzes in der Schweiz und auch in manchen Universitäten in Deutschland. Grawe hat damals postuliert, dass man die Praxis an die Uni holt und unsere Studenten durften damals auch Therapie machen – ganz ähnlich, wie Sie es geschildert haben. Das wurde leider, als Konsequenz des Psychotherapeutengesetzes, das die Psychotherapieausbildung auf den postgradualen Zeitraum festlegte, abgeschafft. Denn das, was die Leute vor Studienabschluss gemacht haben, hat sozusagen gar nicht mehr gezählt. Wobei man auch sagen muss, damals haben die Studenten noch nicht so stromlinienförmig studiert wie jetzt in Bachelor-/Master-System, das heißt, die Studenten waren im Durchschnitt älter. Und das möchte ich noch anmerken, ist vielleicht auch noch ein Problem dieses neuen Ausbildungskonzeptes, dass die Ausbildungsteilnehmer immer jünger werden. Wie ist das denn jetzt in Schweden bei den studentischen Psychotherapeuten?

Hau: Nein, also über das Alter der studentischen Therapeuten höre ich keine Klagen. In der postgradualen Ausbildung gibt es dann auch große Altersunterschiede. Das hängt dann mit den individuellen Berufskarrieren

und mit der Familienplanung und so weiter zusammen. Aber insgesamt kann man schon sagen, dass der Altersdurchschnitt der fertigen Psychotherapeuten erheblich niedriger ist als in Deutschland.

Vogel: Und wie bewerten Sie das?

Hau: Das bewerte ich positiv. Mit jünger meine ich so Anfang, Mitte 30. Die haben dann natürlich schon einiges an Berufserfahrung gesammelt. Aber es sind nicht so lange Ausbildungswege, die sie absolvieren müssen, wie ich sie aus meiner psychoanalytischen Ausbildung in Deutschland kenne.

Caspar: In Deutschland werden die Absolventen des Psychotherapiestudiums mit Erlangung der Approbation sicher ziemlich jung sein.

Hau: Ja. Aber der Gedanke hier ist, dass die eigentliche Möglichkeit selbständig zu arbeiten wirklich erst am Ende der postgradualen Ausbildung gegeben ist. Die Psychologen können mit dem, was sie im Psychologiestudium lernen, natürlich Patienten behandeln, aber unter Supervision oder in einem institutionellen Rahmen, wo entsprechende Supervisionsmöglichkeiten gegeben sind. Aber sie können sich nicht selbständig niederlassen und dann irgendwo – sei es privat oder in einer institutionellen Einrichtung – Patienten behandeln. Das geht nur mit der Legitimation.

Vogel: Hier muss man sicher unterscheiden: Rein formal könnte sich ein Studienabsolvent nach den jetzigen Novellierungsmodellen mit der Approbation niederlassen und selbstständig behandeln. Faktisch geht das aber nicht wirklich, denn eine Zulassung als Vertragspsychotherapeut wird eine abgeschlossene Weiterbildung voraussetzen (wie bei Ärzten) und da eine verantwortliche selbstständige und eigenverantwortliche Tätigkeit ohne Weiterbildung nicht möglich ist, würde dies auch haftungsrechtlich kaum zu kalkulierende Risiken mit sich bringen. Somit gehen Viele davon aus, dass diese theoretische Möglichkeit praktisch nicht vorkommen wird. Möglicherweise werden die Kammern durch entsprechende berufsrechtliche Vorschriften auch Eingrenzungen vornehmen.

Springer: Aber gerade dazu gibt es eine große Diskussion und die Befürchtung ist ja nicht von der Hand zu weisen, dass unzureichend weitergebildete Kollegen sich dann ohne Weiterbildung niederlassen.

Caspar: Wenn ich mir die Diskussion zur Ausbildungsreform anschau, kommt ein Argument m.E. zu kurz: Die Wahl der Richtung innerhalb der Psychologie. Viele Untersuchungen zeigen, dass die meisten Psychologiestudierenden mit der Motivation anfangen, Psychotherapeut zu werden, und dass sie dann während des Studiums sehen, es gibt ja noch ganz andere interessante Gebiete der Psychologie. Sie wählen dann andere Richtungen orientieren und gehen nicht in den klinischen Bereich, und das ist gut so. Auch die Psychotherapie braucht die ständige Weiterentwicklung der psychologischen Grundlagen. Deshalb befürchte ich, dass die zukünftigen Studierenden durch die frühe Festlegung auf Psychotherapie trotz anderslautenden Beteuerungen nicht-klinische Inhalte zu wenig kennenlernen, um sich für andere Gebiete zu entscheiden. Die Vorstellung, dass anderen Fächern der Psychologie recht bald der Nachwuchs fehlt, finde ich sehr bedrohlich und ich habe mich seit das Direktstudium diskutiert wird gewundert, dass es keinen Aufschrei bei Vertretern der Grundlagenfächer gab..

Springer: Ein interessanter Aspekt. Wie sieht das denn in Schweden aus; dort gibt es im Studium ja schon jetzt eine starke Fokussierung auf klinische Inhalte.

Hau: Das darf natürlich nicht sein, dass die Grundlagenfächer vernachlässigt werden. Es gibt durchaus Studierende, die sagen, mit dem 7. Semester, wenn dann die klinische Phase und die Möglichkeit der Behandlung beginnt, fange das Psychologiestudium erst richtig an. Es gibt aber eine ganze Reihe anderer, die in der experimentellen Psychologie landen - wir haben hier beispielsweise ein Duftlabor, wo mit Duftexperimenten gearbeitet wird - oder in der Arbeits- und Organisationspsychologie. Bei uns gibt es eine Art Zwischenstufe im Studium. In den ersten fünf Semestern findet die Grundlagen- und die Theorieausbildung statt, anschließend ein Semester Praktikum. Da müssen die Studenten raus in die Institutionen, in die Psychiatrien, in die Ambulanzen, in Firmen und so weiter. Und das wird von vielen als eine wichtige Orientierungszeit erlebt. Also eine Festlegung zu Studienbeginn auf die Psychotherapie, die dann bis zum Ende durchgezogen wird und zur Vernachlässigung der anderen Fächer führt, das kann ich bei uns nicht sehen. Aber ich kann mir sehr gut vorstellen, dass bei einem

Direktstudium, bei dem ein erweiterter Blick oder die Möglichkeit in unterschiedliche Richtungen reinzuschneppen verwehrt ist, die Gefahr besteht, dass die anderen Fächer der Psychologie quasi austrocknen.

Vogel: Welche Festlegungen hat denn das schweizerische Psychotherapeutengesetz für die Ausbildung der Kollegen gebracht?

Caspar: In der Schweiz war ja bis vor kurzem alles, was die Psychotherapie angeht, von Kanton zu Kanton unterschiedlich geregelt. Aber das ist jetzt seit zwei Jahren vereinheitlicht. In den meisten Kantonen gab es früher als in Deutschland ein Psychotherapeutengesetz, das einen Psychotherapeuten berufsrechtlich erst nach postgradualer Ausbildung zuließ. Nunmehr sind die berufsrechtlichen Regelungen in der ganzen Schweiz vereinheitlicht, allerdings gibt es – anders als in Deutschland – immer noch keine sozialrechtliche Gleichstellung der psychologischen Psychotherapeuten mit den Ärzten bzw. ihre Finanzierung durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Springer: Sie haben die Psychologischen Psychotherapeuten und die ärztlichen Psychotherapeuten erwähnt. In Deutschland gibt es ja auch noch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als dritte Berufsgruppe, die sich in der Ausbildung auf Kinder- und Jugendliche spezialisiert und bei der auch bestimmte, etwas erweiterte Zugangsregelungen gelten. Mit der aktuell angedachten Reform sollen die beiden Berufe Psychologischer Psychotherapeut und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeut zusammengelegt werden, um dann in der postgradualen Weiterbildung wieder eine Differenzierung einzubauen. Wie bewerten Sie die gegenwärtige Situation und welche Optionen können Sie sich für die Zukunft vorstellen?

Caspar: Als Psychologe bin ich da natürlich etwas voreingenommen, allerdings gibt es m.E. auch gute Gründe für diese Zusammenführung. Psychologie ist doch bei weitem die beste Grundlage ist für Psychotherapie. Es gab hier in der Schweiz eine starke Gruppierung, die sich dafür eingesetzt hat, dass auch Literaturwissenschaftler oder Historiker die Voraussetzungen zur Zulassung zur Psychotherapieausbildung haben sollten. Das hat den Prozess der Gesetzgebung erst paralyisiert, weil die Politiker sich zurückgelehnt und gesagt haben, einigt Euch erst mal. Dadurch wurde der Moment verpasst, in dem eine sozialrechtliche Zulassung auch psychologischer Psychotherapeuten noch leichter erreichbar gewesen wäre. Inzwischen ist aber die Frage der psychologischen Grundlagen geregelt, und zwar so, dass man ein psychologisches Hochschulstudium (mit Masterabschluss) haben muss, um die Psychotherapieausbildung zu beginnen. Oder man macht als Arzt eine Psychotherapieweiterbildung – die ist aber, wie erwähnt, weit weniger gründlich. Die Begründung für das obligatorische wissenschaftliche Psychologiestudium ist übrigens auch interessant: Man wollte gewährleisten, dass die Psychotherapeuten in der Lage sind, wissenschaftliche Grundlagen solide zu nutzen und Forschungsbefunde kritisch zu interpretieren, um nicht irgendwelchen Moden aufzusitzen und sich von Meinungsmachern abhängig zu machen.

Vogel: In Deutschland wird – sicher zu Recht – häufig festgestellt, dass die Etablierung des eigenen Berufs des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wesentlich dazu beigetragen hat, dass hier nicht nur das Forschungsfeld Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einen weiteren erheblichen Aufschwung genommen hat, sondern dass auch für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen über eine spezielle Quote im Zulassungsrecht eine bessere ambulante Psychotherapieversorgung gewährleistet wurde. Es wird befürchtet, dass diese positive Entwicklung mit der Zusammenführung beider Berufe wieder umgekehrt werden könnte.

Caspar: Es ist tatsächlich so, dass die Kinderpsychotherapie in der Schweiz weniger weit entwickelt ist und dass es nicht genug Psychotherapeuten gibt, obwohl es genügend Nachfrage von den Patienten gibt. Das Problem haben wir auch in der Medizin – dort sind viele Medikamente, speziell Psychopharmaka gar nicht zugelassen für Kinder und Jugendliche. Sie sind nicht speziell für diese Zielgruppe untersucht worden, weil da der Markt zu klein ist. Das ist wirklich ein Riesenproblem, was aber, glaube ich, nicht dadurch gelöst werden kann, dass andere Berufsgruppen beteiligt werden. Wichtig ist es da beispielsweise, dass Lehrstühle speziell für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geschaffen werden. Schwierig ist andererseits auch, wenn klinisch-psychologische Universitätsinstitute die Haltung vertreten, für Kinder und Jugendliche seien selbstverständlich auch zuständig und kompetent. Natürlich fehlen da oft bestimmte Kompetenzen, wie systemisches Arbeiten oder multiprofessionelle Vernetzung, die bei Kindern und Jugendlichen eine besondere Rolle spielen.

Hau: In Schweden gibt es auch eine Trennung zwischen Erwachsenenpsychotherapie-Ausbildung und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Ausbildung; das wird auch ganz strikt so gehalten. Von daher würde ich schon befürchten, dass die Unterschiede, die auch inhaltlich sehr naheliegend und begründet sind, unterzugehen drohen oder verwässert werden, wenn das alles unter einer Berufsbezeichnung abgehandelt wird. Das Andere, was den Beruf des Psychotherapeuten angeht, da deckt sich meine Position in gewissem Ausmaß mit dem, was Herr Caspar gesagt hat: Es ist ein großer Unterschied, zu sehen, ob es ein Psychotherapie-Student ist, der ein Psychologie-Studium hinter sich hat, oder ob er oder sie meinetwegen ein Theologie-Studium absolviert hat. Der Unterschied zeigt sich nämlich genau bei der Fähigkeit zur Berücksichtigung, der Bewertung, des Einarbeitens von wissenschaftlichen Erkenntnissen, von wissenschaftlichen Artikeln usw. Im Bereich der Methodenausbildung, der Statistik und der Evaluation, da gibt es bei unterschiedlichen Ausgangsberufen schon große Ausbildungsunterschiede, die man pädagogisch nur schwer unter einen Hut bringen kann.

Ich möchte noch einmal die Internet-Therapie ansprechen. Da gibt es eine andere durchaus kritische Entwicklung, nämlich dass die Manualisierung dazu geführt hat, dass aufgrund des großen Bedarfs manche Institute angefangen haben, sozusagen Kurzausbildungen in bestimmten Therapieformen anzubieten, wo man dann innerhalb von drei Monaten für ein spezifisches Psychotherapieverfahren ausgebildet wird. Die Gefahr, die darin besteht, ist, dass es zu einer Aushöhlung des Berufsfelds insgesamt führt. Und das hat u.a. dazu geführt, dass wir einen dritten Psychotherapieausbildungsgang angeboten haben, der sich großer Nachfrage erfreut, und zwar eine sogenannte Spezial-Ausbildung für Psychologen. Wir haben also die Anforderungen erhöht, was die Anzahl der Stunden und die praktische Tätigkeit angeht, aber auch die Anforderungen an die Theorieausbildung, und bauen auf dem Psychologie-Studium spezifisch auf. Das geschieht in Zusammenarbeit mit dem Schwedischen Psychologenverband, und dieser erteilt eine Anerkennung als Spezialist in Arbeitspsychologie zum Beispiel, aber auch in klinischer Psychologie/ Psychotherapie. Inzwischen bieten wir also eine zusätzliche, besonders qualifizierte Ausbildung an, auch mit dem Ziel, dass die Therapeuten, die diese Ausbildung absolviert haben, gut vorbereitet und in der Lage sind, schwierige Patienten mit komplexen Störungsbildern zu behandeln, denen oft im Rahmen von manualisierten Therapien nicht geholfen werden konnte. Und ich glaube, das war ein wichtiger Aspekt für die Weiterentwicklung und auch die Sicherung des Status und des Berufsbildes des Psychotherapeuten. Es kann m.E. nicht dahin gehen, mit Schnellausbildungen Helferberufe auf den Markt zu bringen, um manualisierte Therapien durchzuführen, sondern es muss eine Spezial-Ausbildung sein, die die Kompetenz vermittelt, Psychotherapie auch in komplexen und schwierigen Situationen mit schwierigen Patienten durchzuführen.

Springer: Die Gruppe der ärztlichen Psychotherapeuten wird in Deutschland ja immer kleiner. Herr Caspar äußerte sich ja ohnehin schon sehr skeptisch über deren spezifische Kompetenz für Psychotherapie. Wie schätzen Sie, Hr. Hau, das für Schweden ein?

Hau: Ärzte spielen in der schwedischen Psychotherapieausbildung so gut wie keine Rolle, auch wenn es durchaus gelegentlich engagierte und hochkompetente ärztliche Psychotherapeuten gibt.

Caspar: Ich will nicht falsch verstanden werden: Ich kenne hervorragende ärztliche Psychotherapeuten. Ich glaube nur, dass Psychologie die bessere Grundlage für Psychotherapie ist und dass auch die spezifische Psychotherapieausbildung bei den Psychologen deutlich besser ist als bei Medizinern.

Springer: Haben Sie Erfahrungen mit gemischten Ausbildungen?

Caspar: Wir hatten in Freiburg am Anfang meiner Zeit dort gemischte Ausbildungen, haben damit aber relativ schlechte Erfahrungen gemacht. Das Modell, welches wir für recht fortschrittlich hielten, wurde von Herrn Prof. Berger, dem Leiter der Psychiatrie, gestützt. Dabei sollten die Psychologen aus der Klinik gemeinsam mit den Ärzten ihre Psychotherapieausbildung machen können und von dem profitieren, was für Ärzte ohnehin angeboten wurde. Das war eigentlich sehr gut und psychologenfreundlich gedacht, nur hat sich dann herausgestellt, dass eigentlich beide Seiten unzufrieden waren. Für die Psychologen wurden zu viele Sachen aus dem Studium wiederholt, und die Ärzte waren unzufrieden, weil trotzdem vieles auf die Psychologen zugeschnitten war. Die Zufriedenheit war dann deutlich besser – für beide Gruppen -, nachdem wir den Studiengang wieder getrennt haben.

Springer: In der Zukunft wird die Psychotherapie durch Ärzte wahrscheinlich weiter zurückgehen. Aber darüber scheint es geteilte Meinungen zu geben.

Caspar: In der Schweiz machen Ärzte, also Psychiater, noch recht viel Psychotherapie. Viele Psychiater identifizieren sich als Psychotherapeuten und der Einsatz von Psychopharmaka steht bei ihnen nicht im Vordergrund. Ihr Anteil ist sicher deutlich größer als in den USA und wahrscheinlich auch als in Deutschland.

Springer: Es gibt viele ärztlicher Psychoanalytiker in der Schweiz.

Vogel: Sie hatten, Herr Caspar, eben schon das Interview mit Herrn Berking und Herrn Kriz im letzten Psychotherapeutenjournal erwähnt. Beide hatten dort angemahnt, die Reform des Psychotherapeutengesetzes zu nutzen, um die starke Verfahrenorientierung in der Ausbildung zurückzufahren bzw. die Ausbildung entsprechend zu öffnen. Sehen Sie - aus internationaler Sicht – diesen Bedarf genauso? Möglicherweise müssten diese Frage ja auch für den ersten Qualifizierungsabschnitt (das Psychotherapiestudium) und den zweiten Qualifizierungsabschnitt (die vertiefende Weiterbildung) getrennt diskutieren.

Caspar: Ich weiß nicht, wie die Chancen da wirklich sind, aber in meinen Augen ist die starke Fixierung auf Verfahren tatsächlich ein Grundproblem oder ein Konstruktionsfehler der derzeitigen Psychotherapieausbildung in Deutschland – das ist international sicher einmalig. In den USA gibt es keine vergleichbaren Vorgaben. Im Vordergrund müsste ja die Frage stehen, wie man sicherstellen kann, dass ein bestimmter Patient mit einer bestimmten Problemstellung die bestmögliche Therapie bekommt. Wir wissen aus empirischen Untersuchungen sehr gut, dass zwischen 8 und 15 Prozent der Psychotherapieergebnisse durch das Verfahren bestimmt wird und der Rest durch Merkmale des Therapeuten, der Therapiebeziehung zum Patienten und so weiter. Das heißt, der Anteil, der wirklich durch das Verfahren festgelegt wird, ist eigentlich sehr, sehr gering. Und die Fixierung auf diesen Anteil in der Ausbildungskonstruktion ist eigentlich wissenschaftlich nicht zu halten. Und dass das auch noch gesetzlich legitimiert ist, führt zu einer Reihe von Folgeproblemen – es verschärft den Schulenstreit und die Frage, wer kann rein und wer nicht. Was sagt denn wirklich am besten voraus, ob eine Therapie für einen bestimmten Patienten erfolgversprechend ist? Das ist nicht einfach das Verfahren, auf das ein Therapeut sich beruft und nach dem er vielleicht sogar nicht einmal wirklich therapiert. Wir wissen aus der Forschung, dass einiges zusammenwirkt: Person des Therapeuten, die Fähigkeit, das Vorgehen an die Voraussetzungen des Einzelfalls anzupassen, die Therapiebeziehung, und nur unter anderem der Ansatz. Der liefert auch einen Beitrag, ihm darf aber nicht die ganze Last der Sicherstellung einer guten Therapiequalität aufgebürdet werden. Das kann nicht gut gehen.

Ich hatte mal ein Vertrauenskreditmodell vorgeschlagen. Damit ist gemeint, dass man Psychotherapeuten, die eine vernünftige Ausbildung durchlaufen haben, erst einmal einen Vertrauensvorschuss gibt und sie zwei Jahre arbeiten lässt. Und dann schaut man mit Mitteln der Qualitätssicherung, ob die Therapien, die diese Therapeuten gemacht haben, tatsächlich dem Patienten geholfen haben. Und wenn das der Fall ist, wenn die das belegen können, dann kriegen sie einen weiteren Vertrauenskredit sozusagen und können weiter arbeiten. Es scheint vielleicht auf den ersten Blick utopisch ...

Vogel: Etwas.

Caspar: ... und mit einer Reihe von Problemen verbunden. Denn man könnte damit die „Jagd nach guten Risiken“ fördern, also die Tendenz, dass die Therapeuten Patienten bevorzugen, die auch von selber gesund werden und so weiter – es müssten also noch einige Probleme geklärt werden. Aber ich denke, weil in Deutschland das Verfahren dermaßen im Vordergrund der Diskussionen in der Psychotherapie steht, verhindert m.E. geradezu, dass man sich mit den Faktoren beschäftigt, die nach dem Stand der Forschung tatsächlich wesentlich zum Erfolg einer Therapie beitragen. Und auch die Qualitätssicherung ist dadurch erschwert, weil die Frage, ob gute Psychotherapie gemacht wird, zu sehr mit der Frage nach dem richtigen Verfahren gleich gesetzt wird.

Springer: Halten Sie, Hr. Hau, die Verfahrenorientierung der Psychotherapieausbildung für ein Hindernis, das überwunden werden muss?

Hau: Ja, ich bin auch davon überzeugt, dass das Verfahren wenig zum Therapieerfolg beiträgt. Es gibt auch Autoren, die meinen, es ginge um viel weniger als 8-15% Varianzaufklärung, die dadurch erklärt werden. Es ist ja auch so, dass kein langjährig tätiger Psychotherapeut sich noch strikt am Ausbildungsverfahren orientiert, vielmehr wird er in der klinischen Erfahrung mehr und mehr flexibel und passt sich den Anforderungen an und reagiert darauf, was vom Patienten geäußert und verlangt wird. Wie Verfahren umgesetzt werden, das ist, glaube ich, ein großes Forschungsfeld, was noch überhaupt nicht richtig im Fokus ist.

Mit dem Vertrauensvorschuss, das ist ein interessantes Modell. Ich könnte mir zum Beispiel auch Integration als eine Art Diskurs oder Zusammenführung von verschiedenen Ausbildungsinstituten vorstellen, wo man die Ansätze erweitert, die es schon gibt. Also dass Ausbildungsteilnehmer in der kognitiven Verhaltenstherapie auch etwas über psychodynamische und psychoanalytische Psychotherapie erfahren und umgekehrt. Dass man das zum Beispiel als Ausgangspunkt nimmt und über erweiterte, gemeinsame Unterrichtsmodelle nachdenkt. Aus meiner Erfahrung sind die interessantesten Unterrichtseinheiten immer die, wenn ich in der postgradualen Verhaltenstherapieausbildung tätig bin und wir dann klinisch diskutieren, wo es Probleme mit spezifischen Patienten in der Beziehungsarbeit gibt oder in der Arbeit mit Affekten, mit Träumen und so weiter. Und umgekehrt ist es, glaube ich, für psychodynamisch orientierte Psychotherapie-Studenten auch der Fall. So könnte ich mir vorstellen, dass gemeinsame Falldiskussionen oder klinisches Material aus den unterschiedlichen Perspektiven gedeutet bzw. interpretiert werden und Behandlungen konzipiert werden – das wäre sicher eine sehr bereichernde Variante für die Ausbildung.

Caspar: Finde ich sehr überzeugend. Außerhalb der Ausbildung findet das sehr stark in der Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) statt. Und ich finde auch, das sollte noch häufiger in den Ausbildungsinstituten stattfinden. Die Forschung bestätigt auch, dass die Therapeuten nach Abschluss ihrer eigenen Ausbildung sich zunehmend weitere Ansätze aneignen und diese in ihr Handeln integrieren, und dieses als praxisgerechter erleben. Wir wissen aber auch aus der Forschung, dass es Therapeuten gibt, die konsequent negative Effektstärken produzieren, d.h. dass sie ihren Patienten eher schaden als nützen. So etwas fällt im gegenwärtigen System nicht auf. Die Anpassung an den konkreten Fall in der Praxis ist in vieler Hinsicht naheliegend und wird punktuell auch empirisch gestützt. Wir wissen aber nicht wirklich, ob das großflächig zu besseren Therapien für die einzelnen Patienten führt oder eher nicht. Da, finde ich, versagt das gegenwärtige System, weil eine Qualitätssicherung – in professionell vernünftiger Weise natürlich - im eigentlich nötigen Umfang nicht realisiert ist.

Vogel: Sie beide beschreiben, dass die berufserfahrenen KollegInnen vielfach unterschiedliche Ansätze kennenlernen und in ihr Handeln integrieren. Wie passt das denn mit den durchaus rigiden Vorgaben der Psychotherapierichtlinien, die festhalten, dass man sich bitteschön an sein eigenes Verfahren halten möge?

Springer: Aber ist das eigene Verfahren nicht doch eine Vielfalt in sich?! Die Verfahren werden ja nicht als so monolithisch verstanden, sie werden auch insgesamt nicht so gelehrt und auch nicht so ausgeübt. Und andererseits: wäre es überhaupt denkbar, alle Verfahren in gleicher Weise in der Ausbildung zu vermitteln? Macht es nicht vielleicht sogar Sinn, sich erst einmal auf eines zu beschränken, um dann weiteres dazu zu lernen?

Caspar: Das Problem der Stofffülle kann man m.E. nur in den Griff kriegen, wenn man gar nicht versucht, möglichst viele Verfahren in allen Details zu vermitteln bzw. erlernen, sondern viel stärker als bisher die therapieverfahrensübergreifenden Aspekte und Prinzipien vermittelt und vertieft.

Springer: Und dann gute Weiterbildung macht auf der Grundlage?

Hau: Ja, dem könnte ich soweit zustimmen. Dass in so einer Grundausbildungsphase die relevanten übergreifenden und generellen Aspekte im Vordergrund stehen, auch abseits von den Therapieschulen. Nur bezweifle ich, ob das alleine reicht, um zum Beispiel ein Direktstudium zu begründen.

Vogel: Wie sehen Sie denn den Bedarf an Ausbildungsplätzen. Wir stellen ja seit einigen Jahren eine sukzessive Steigerung fest. Aktuell sind es 2.500 Absolventen jährlich und die Bundespsychotherapeutenkammer meint, das entspreche vermutlich auch dem Bedarf. Wie schätzen Sie den Bedarf ein? Gibt es Bereiche, wo Psychotherapie sich stärker einbringen sollte oder wie die Psychotherapeuten sich eher heraushalten sollten?

Hau: Wenn man sich die letzten Jahre anschaut, was an Forschung betrieben wurde in Bezug auf Traumatherapie zum Beispiel oder die ganze Komplexität der interkulturellen Arbeit. Da hat sich einiges getan, und da sind ja auch neue Felder entstanden. Ich glaube, dass der Bedarf insgesamt an Psychotherapie oder an Psychotherapeuten nicht nachlassen wird, wenn man das ernst nimmt, was Margraf (2009)¹ in seinem Buch zur gesundheitsökonomischen Bedeutung der Psychotherapie dargelegt hat. Da kam doch heraus, dass Psychotherapie in erheblichem Umfang Einsparungen für die Gesellschaft erbringen kann, wenn sie bedarfsgerecht gemacht wird. Das ist ein starkes Argument, auch für die weitere Ausweitung und die positive Entwicklung, was die Anzahl der Therapeuten angeht.

Caspar: Ich glaube, seriös kann hier niemand eine gute Prognose abgeben. Aber ich war in einer Expertengruppe für Behandlung Depressionen in Brüssel und dort hatten wir OECD-Ökonomen, die sagten, psychische Störungen, namentlich Depressionen, bringen nicht nur erhebliches persönliches und gesellschaftliches Leid, sondern sie sind inkl. Fehlzeiten und Störungen am Arbeitsplatz, wenn Betroffene weiter zur Arbeit gehen, so teuer, dass die EU es sich nicht leisten kann, dies zu ignorieren. Damals gab es die Diskussionen über die Kosten, die die Wirtschaftsmisere in den Südstaaten der EU verursacht, und die OECD-Experten sagten uns, die von psychischen Störungen für die EU verursachten Kosten sind sogar größer als alles Geld, was dort – bei den Südstaaten - in die Sanierung der Wirtschaft reingeht. Ob das jetzt bedeutet, dass mehr Psychotherapeuten die Lösung bringen, das ist schwer zu sagen, aber da die bestehenden Probleme massive wirtschaftliche Auswirkungen haben, muss es auch im Interesse der Gesellschaft sein, hier zügig tragfähige Lösungen zu entwickeln und zu erproben.

Vogel: Die Arbeit von Psychotherapeuten erschöpft sich ja nicht nur in Einzelpsychotherapie, oft geht es auch um die Mitwirkung im Team und die Beteiligung an Behandlungen. In somatischen Krankenhäusern gibt es beispielsweise – im optimalen Fall – einen psychotherapeutischen Konsil-/Liaisondienst, der bei den Behandlungen bedarfsweise oder regelhaft hinzugezogen wird oder werden kann. Das wird aber in Deutschland – wohlwollend gesagt – nur sehr unterschiedlich gewährleistet. Welche Modelle der Integration von psychotherapeutischen Ansätzen ins medizinische System kennen Sie aus Ihrem Erfahrungsbereich, welche wären wünschenswert?

Caspar: Richtig gute und umfassende Systeme gibt es meines Wissens nirgends. Ich glaube, dass mit der Integration ins Gesundheitssystem aber ein wichtiges Stichwort angesprochen ist. Da gibt es auch einen interessanten Artikel von Kazdin und Blase (2011)², die herleiten, dass man die psychischen Probleme der Menschheit nicht einfach mit Psychotherapie lösen kann, sondern dass es andere Ansätze braucht, die sich gegenseitig ergänzen müssen. Die nennen namentlich auch Bibliothherapien, natürlich auch Internettherapie und anderes. Sie betonen auch, dass man auch bei nicht-psychotherapeutischen Maßnahmen von Modellen und Forschungsmethodik der Psychotherapie profitieren kann.

Springer: Der Nutzen einer besseren Integration dürfte sich dann auch gesundheitsökonomisch belegen lassen.

Caspar: Richtig, ja.

Hau: Aber gilt denn diese Zahl noch, die ich in meinem Kopf hab, dass es durchschnittlich sieben Jahre dauert, bis ein Patient mit einer psychischen Störung auch eine adäquate psychologische Behandlung bekommt?

Springer: Die ist sehr kritisch untersucht worden, diese Zahl. Das ist eine Durchschnittszahl, da sind auch Ausreißer nach oben und nach unten drin. In der Tendenz wird die Feststellung des ersten Forschungsgutachtens für die Bundesregierung³ immer wieder bestätigt, dass Psychotherapie in vielen Fällen

¹ Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie: Eine kritische Literaturübersicht*. Heidelberg: Springer.

² Kazdin, A.E. & Blase, S.L. (2011). Rebooting Psychotherapie Research and Practice to Reduce the Burden of Mental Illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 21-37. DOI 10.1177/1745691610393527

³ Meyer, A.E., Richter, R., Grawe, K., Graf von der Schulenburg, J.M. & Schulte, B. (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (BMJFFG). Hamburg. Universitätskrankenhaus Eppendorf.

erst gemacht wird, wenn die Menschen schon sehr lange arbeitsunfähig sind und viele andere Untersuchungen und Behandlungsversuche vergeblich unternommen wurden. Das weist tatsächlich deutlich auf erhebliche gesundheitsökonomische Vorteile eines verbesserten Einsatzes von Psychotherapie hin.

Vogel: Wenn Sie die Themen noch einmal durchgehen: Was würden Sie als abschließende Erwartung an die Reform des Psychotherapeutengesetzes formulieren?

Hau: Aus einer schwedischen Perspektive kann ich sagen, dass die laufende Diskussion in Deutschland zur Reform des Psychotherapeutengesetzes eine Kritik auf hohem Niveau bedeutet. Hier ist die Situation wirklich eine einzigartige. Im Sport sagt man ja: Never change a winning team. Es gibt ja wirklich vieles, was, aus skandinavischer Perspektive betrachtet, gut funktioniert und mit dem Psychotherapeutengesetz gut geregelt ist. Und deshalb sollte man Reformen nur behutsam vornehmen, um das Qualitätsniveau nicht zu gefährden.

Caspar: Ich sehe es doch ein wenig anders und will auf zwei Sachen hinweisen. Das Eine ist die Ausbeutung der Ausbildungsteilnehmer in vielen Psychiatrien. Das ist wirklich änderungsbedürftig. Das Andere ist – das haben wir aber auch reichlich diskutiert – das ist diese überstarke Verfahrenorientierung, die in meinen Augen eine Korrektur braucht.

Springer: Wir danken wir Ihnen ganz herzlich für das Gespräch.