

Psychotherapeutengesetz ist überfällig

Ulrich Clement

Psychotherapeutisch arbeitende Psychologen haben bei der gegenwärtigen Rechtslage die Wahl, entweder illegal zu arbeiten oder ihre berufliche Selbstachtung aufzugeben. So will es das Bundesverwaltungsgericht mit seinem Urteil vom 10.2.1983 (1). Danach müssen psychotherapeutisch tätige Psychologen eine Genehmigung nach dem Heilpraktikergesetz einholen. Dieses Urteil brilliert durch die Konsequenz, mit der eine berufsrechtliche Binnenlogik so zu Ende gedacht wird, daß erstens den betroffenen Berufsgruppen, nämlich Diplom-Psychologen und Heilpraktikern, nur Nachteile entstehen und zweitens die psychotherapeutische Arbeit selbst, der das Urteil gilt, qualitativ leiden muß.

Wie ist die Rechtslage? Das Grundgesetz (Art. 74) unterscheidet im Prinzip, die Reichsversicherungsordnung (§ 122) im Detail zwischen ärztlichen und anderen Heilberufen. Als solche Berufe zählt die RVO auf „Bader, Hebammen, Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter, Masseure u. dg.“ (RVO § 122, 1), qualifiziert ihre Tätigkeit aber als „Hilfsleistungen“, die nur auf Anweisung von Ärzten erbracht werden dürfen. Daneben sieht das Gesetz eine eigenständige heilkundliche Tätigkeit nur für die Heilpraktiker vor, für die das Heilpraktikergesetz von 1939 gilt. Darauf bezieht sich das BVG-Urteil, indem es argumentiert, daß Psychotherapie eine heilkundliche Tätigkeit ist, die - da sie, anders als die weisungsgebundenen Hilfeleistungen, selbständig ausgeübt wird - für Nicht-Ärzte nur durch das HPG rechtlich kontrollierbar ist. Das BVG hat damit den rechtsunsicheren Raum nichtärztlicher Psychotherapie teilegalisiert, indem psychotherapeutisch arbeitenden Berufsgruppen die Zulassung zur selbständigen Ausübung von Psychotherapie erteilt wird. Insgesamt hat das Urteil psychiatriepolitisch aber einen restaurativen Effekt.

Der Etikettenschwindel, der aus gelernten Diplom-Psychologen ungelernete Heilpraktiker macht, verschleiern die Notwendigkeit eines seit langem überfälligen Psychotherapeutengesetzes, in dem das Berufsrecht der nichtärztlichen Therapeuten formal geregelt wird. So hat der Gesetzgeber weiter die Möglichkeit, die dringend regelungsbedürftige Situation zu vertagen. Zumindest auf der berufsrechtlichen Ebene entfällt damit die Notwendigkeit, irgendetwas in Bewegung zu bringen, das den rechtlichen Rahmen der in den letzten Jahren stark gewandelten Psychiatrie angemessen gestaltet. Die rechtliche Neuregelung ist vor allem für den ambulanten Bereich der Psychiatrie fällig, insbesondere um die neu entwickelten und mittlerweile bewährten Versorgungseinrichtungen (Sozialpsychiatrische Dienste, Psychosoziale Kontaktstellen, Tagesstätten usw.) auch rechtlich zu organisieren. Auch wenn der Referenten-

Entwurf des Psychotherapeutengesetzes von 1978 (2) noch deutlich die Etablierung der Psychologen als Psycho-Ärzte intendiert und damit zu sehr standespolitisch und zu wenig versorgungspolitisch angelegt ist, hätte ein neu gefaßtes Psychotherapeutengesetz doch die Chance, den verwurmden Psycho-Markt zu rekultivieren und vor allem für Patienten durchsichtiger zu machen. Der Umweg über den Heilpraktiker-Psychotherapeuten blendet nun die Qualifikationsfrage der Therapeuten zum Nachteil der Patienten offiziell aus, filtert aber auf der untergesetzlichen Ebene der jeweiligen Landeserlasse zum Vollzug des HPG. So legt der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen die Heilpraktiker-Regelung extensiv aus und fordert, neben einigen formalen Nachweisen, eine postgraduierte Weiterbildung über „mindestens 700 Stunden berufsbegleitenden Unterricht, davon 150 Stunden theoretisch-wissenschaftliche Weiterbildung, 150 Stunden Eigenanalyse (Selbsterfahrung), 200 Stunden psychotherapeutische Praxis und 200 Stunden Supervision der therapeutischen Praxis“ (3). Das sind ähnliche Kriterien, wie sie der Psychotherapiegesetz-Entwurf vorsah. Auf diese Weise installiert das Land Nordrhein-Westfalen ein Landespsychotherapeutengesetz auf der Basis der Heilpraktiker-Regelung, fordert also ausgiebige Berufsqualifikation für minimales Berufsrecht. So billig gab es Psychologen noch nie.

Zur Zeit ist eine Revision oder ein ernster standes- oder gesundheitspolitischer Widerstand gegen die Heilpraktiker-Regelung nicht abzusehen. Der Berufsverband Deutscher Psychologen empfiehlt seinen Mitgliedern die berufsrechtliche Unterwerfungsgeste, verbunden mit einer Vorbehaltsformulierung (4), eine Defensivstrategie, die in anderen Berufszweigen schwer vorstellbar wäre. Man stelle sich nur die Reaktion des Berufsverbandes Deutscher Ingenieure vor, wenn für für Diplom-Ingenieure die Zulassung zum Scherenschleifer gefordert würde!

Zusätzlich erschwert ist die Situation durch die erstarrte psychiatriepolitische Diskussion um die Finanzierung psychotherapeutischer Arbeit zwischen dem Berufsverband auf der einen Seite und dem Verbund von DGSP, DGVT und GwG auf der anderen. Sie hat beim zuständigen Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit und auch bei den Kassen das Bild eines unklaren, unentschlossenen Gegenübers entstehen lassen. Zu diesem Bild haben die Psychologen ihr gutes Teil beigetragen, es kommt aber dem zum psychiatriepolitischen Nicht-Handeln fest entschlossenen BMJFG durchaus zupass. Die im Ministerium gern gehörten ärztlichen Standesvertreter haben kein Interesse an der rechtlichen Stärkung eines konkurrierenden Berufsstandes, dies umso weniger, als sie sich von selbst von dem bedroht sehen, was sie „Ärztenschwemme“ zu

nennen für richtig halten, also dem verschärften Wettbewerb um die Patienten und um das Geld der Sozialversicherungsträger.

Die berufsrechtliche Diskussion ist also eng mit dem Leistungsrecht verbunden, oder genauer: Das Berufsrecht ist die juristische Eingangstür in die Finanzierung von Psychotherapie durch die Sozialversicherungsträger, von denen in diesem Zusammenhang die Krankenkassen am bedeutsamsten sind. Ein - genau deshalb verschlepptes - Psychotherapeutengesetz würde implizieren, daß Nicht-ärzte mit den Kassen abrechnen können, die rechtskräftige Heilpraktiker-Regelung schließt dies ebenso gewiß aus. Als erste hat jüngst die Kassenärztliche Vereinigung Berlin die standespolitische Falle geschlossen, indem sie das schon vordem bestehende Kooperationsverbot zwischen Kassenärzten und Heilpraktikern ausdrücklich auch auf die als Heilpraktiker zugelassenen Diplompsychologen anwendet. Damit ist die häufig praktizierte und für alle Beteiligten sinnvolle Praxis, daß z.B. Allgemeinmediziner oder Gynäkologen solche Patienten, für die eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, zu niedergelassenen Psychologen überweisen, illegalisiert. Es ist abzusehen, daß die anderen Länder-KVen folgen werden.

Nicht an diesem Vorgang allein wird deutlich, daß in der Psychotherapeuten-Diskussion die Prioritäten verdreht sind. Die von der Sache her zentrale Frage, welche rechtliche Regelung bedarf adäquat ist, also wie behandlungsbedürftigen Patienten sinnvoll und zügig geholfen werden kann, verschwindet völlig hinter der rein standesmachtpolitisch und ökonomisch motivierten Auseinandersetzung der Berufsstände um das ärztliche Behandlungsmonopol. Das Bundessozialgericht begründet in seinen bisherigen Psychotherapieentscheidungen, eine selbständige ambulante Heilbehandlung durch nichtärztliche Psychotherapeuten aus den Leistungen der GKV völlig auszuschließen, damit, daß nur die ärztliche Ausbildung und das kassenärztliche Kontrollsystem eine qualifizierte medizinische Versorgung garantieren können (5). In seiner Auseinandersetzung mit den rechtlichen Grundlagen der nichtärztlichen Psychotherapie unterscheidet Bieback (1984) ein kassenärztliches *Behandlungsmonopol* für „genuin ärztliche und wissenschaftliche Kenntnisse und Tätigkeiten“ (6), für dessen Veränderung er auch nach Art. 3 und 12 GG keine Rechtsgrundlage sieht, vom kassenärztlichen *Verordnungsmonopol*, das er für flexibel genug hält, hier die Psychotherapie ins Leistungssystem einzubringen, da sie nicht als genuin ärztliche Tätigkeit anzusehen ist. Praktisch liefe das auf ein Delegationsverfahren hinaus, in dem der Arzt eine behandlungsbedürftige „Krankheit“ diagnostiziert und die Behandlung gegebenenfalls an einen nichtärztlichen Psychotherapeuten delegiert, der dann die ambulante Behandlung selbständig durchführt. Rechtlich unklar blieben freilich auch hier die Grenzen der Selbständigkeit, etwa wenn der delegierende Kassenarzt eine andere psychotherapeutische Behandlung für angezeigt hält als der behandelnde Therapeut. Das Delegationsverfahren wäre eine versicherungsrechtliche Regelung analog zu der vertragsrechtlichen Lösung, die der 1980

abgeschlossene Arzt-Ersatzkassen-Vertrag vorsieht, wonach Verhaltenstherapie als ärztliche Leistung an Nichtärzte delegiert werden kann und abrechenbar ist.

Ein Delegationsverfahren im Rahmen des ärztlichen Verordnungsmonopols ist aber standespolitisch wie allgemein psychiatriepolitisch unbefriedigend. Die Begründung des Verordnungsmonopols damit, daß nur Ärzte eine Krankheit diagnostizieren können, ist angesichts des wissenschaftstheoretisch längst obsolet gewordenen (somatisch analogisierten) Krankheitsbegriffs in der Psychiatrie gar nicht mehr zu halten. Sie verschleiert lediglich die standesmachtpolitische Konsequenz des Verordnungsmonopols, das bei einem enger werdenden Psycho-Markt darauf hinauslaufen muß, daß Ärzte nicht mehr delegieren. Die Delegationen nach dem Arzt-Ersatzkassen-Vertrag funktionieren für die Existenzsicherung der zugelassenen Verhaltenstherapeuten im Moment noch, weil die delegierenden Nervenärzte selbst noch genügend Patienten haben. Die zunehmende Zahl niedergelassener Nervenärzte und ärztlicher Psychotherapeuten wird auf Dauer die Delegationsbereitschaft senken mit dem Ergebnis, daß eine ursprünglich psychologische Behandlungsform wie die Verhaltenstherapie dann ausschließlich von Ärzten praktiziert wird.

Hier ergibt sich die Frage, ob es überhaupt spezifisch psychologische Behandlungsformen gibt, die von Ärzten mangels Kompetenz nicht durchgeführt werden können. Nur in diesem Fall kann aus dem Verordnungsmonopol für eine Delegationspflicht für Kassenärzte argumentiert werden. Die kürzliche Entscheidung der Betriebs- und Ortskrankenkassen, dem Beispiel der Ersatzkassen nicht zu folgen, also Verhaltenstherapie nicht als ärztliche Tätigkeit anzuerkennen und abrechenbar bzw. delegierbar zu machen, läßt sich standespolitisch von beiden Seiten her lesen, als Anerkennung der Verhaltenstherapie als psychologischer, damit nichtärztlicher Behandlungsform, aber gleichzeitig als Weigerung, sie - wenn auch über den Umweg der Delegation - den Psychologen zu finanzieren. Auf lange Sicht wird sich berufsrechtstrategisch für die Psychologen die Notwendigkeit ergeben, für Kostenträger plausibel zu machen, daß bestimmte Behandlungen rein psychologisch sind, also von Ärzten nicht durchgeführt werden können, gleichwohl aber in die Leistungspflicht der GKV gehören. Die Verhaltenstherapie wäre hier ein Prototyp, die zusätzlich gerade aus Kostengründen für die Argumentation gegenüber den Kassen bedeutsam ist. Für die ohnehin strapazierten Kassen kann eine nichtärztliche Behandlung nur dann akzeptabel sein, wenn sie eine ärztliche Behandlungsform ersetzt, wenn sie also mindestens kostenneutral, möglichst sogar kostengünstiger ist (7).

Spätestens hier zeigt es sich, daß der rein standespolitische Weg für die Psychologen ins Leere laufen muß: Eine psychotherapeutische Behandlung durch einen Arzt und die durch einen Psychologen unterscheiden sich im Prinzip nicht. Ein spezifisch ärztliches und ein spezifisch psychologisches Vorgehen, wenn erst einmal Psychotherapie gemacht wird, gibt es nicht. Es gibt keine psychotherapeutische Behand-

lungsform oder Schule, die aus berufsrechtlichen Gründen oder solchen inhaltlicher Kompetenz Ärzte ausschließt. Dagegen gibt es ein ganzes Spektrum psychiatrischer Behandlungsformen, das Psychologen ausschließt. Genau diese Situation macht das Delegationsverfahren zu einem Akt gewählender Herablassung nach Bedarf - der Psychologe kriegt Patienten ab, wenn der Arzt genug davon hat -, der jederzeit revidierbar ist und revidiert werden wird, sobald der Psychotherapiemarkt enger wird.

Standespolitisch kann für die Psychologen die Folgerung nur sein, auf eine Wiederaufnahme des Psychotherapeutengesetzes zu drängen, das ihnen nicht nur Qualifikationspflichten, sondern auch Berufsrechte bringt, die auch Finanzierungsregelungen beinhalten. Dabei sind Schildbürger-Urteile wie das des BVerwG schon aus Gründen der beruflichen Selbstachtung auch nicht als Zwischenlösungen diskutabel.

Psychiatriepolitisch freilich darf man nicht vergessen, daß die Psychologenrechtsfrage ein sekundäres Problem ist. Im stationären Bereich ist sie praktisch bedeutungslos, im ambulanten Bereich würde die Kassenzulassung für klinische Psychologen, der ein entsprechendes Berufsrecht vorangehen müßte, die Versorgung nur partiell verbessern. Psychotherapie ist nur *eine* Interventionsform ambulanter psychiatrischer Arbeit. Noch immer kommt Psychotherapie vorwiegend relativ stabilen, überdurchschnittlich gebildeten Patienten zugute. Das gilt in besonderem Maße für die psychoanalytische Behandlung, die - neben der quantitativ kaum relevanten Verhaltenstherapie über den Ersatzkassen-Vertrag - noch mehr als andere Psychotherapieformen dazu neigt, sozial privilegierte und prognostisch besonders günstige Patienten zu bevorzugen. Wenn die fälligen Veränderungen im Leistungsrecht zu psychotherapie-lastig werden, benachteiligt das schwergestörte Patienten mit ungünstiger Prognose, für die in der Regel eine Art der Betreuung erforderlich ist, die ambulant am besten von multiprofessionellen Teams in sozialrechtlichen Diensten oder psychosozialen Kontaktstellen geleistet werden könnte, deren hilfreiche Arbeitsweise seit 1976 im Auftrag des BMJFG mit positivem Ergebnis validiert worden sind (8).

Bei der finanzierungsrechtlichen Neuregelung im ambulanten Bereich sollten sich die Krankenkassen sinnvollerweise nicht über Einzelabrechnungen betätigen, sondern über eine anteilige Pauschale bei bewährten Diensten. Die Einzelleistungsabrechnung führt, gewollt oder nicht, zu

einer betriebswirtschaftlichen Denkweise in der psychosozialen Arbeit. Eine Kostenpauschale hat demgegenüber gerade für die Kostenträger den Vorteil besserer Kalkulierbarkeit. Wie eine Berechnung einer solchen Pauschale aussehen kann, haben von Hagen u.a. (1984) gezeigt (9).

Die psychiatriepolitische Diskussion um die Finanzierung des ambulanten Bereichs leidet unter dem Patt zwischen BDP, der die Kassenzulassung für klinische Psychologen ohne eigentliches Interesse an einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung betreibt, und der Fraktion von DGVT, DGSP und GwG, die dem sozialpsychiatrischen Anspruch die berechtigten Erwartungen der Psychologen an klare berufsrechtliche Verhältnisse opfern. Für die relevanten Verhandlungspartner bleibt in dieser unentschiedenen Situation eigentlich nur die Konsequenz, keiner der beiden Fraktionen zu folgen. Solange die beiden Fraktionen nicht einmal einen Minimalkonsens in punktuellen Fragen zustande kriegen, können die klinischen Psychologen weiterhin damit rechnen, daß an ihnen und nicht mit ihnen gehandelt wird.

Ulrich Clement
Isestr. 29
2000 Hamburg

Literatur

- 1) BVerwG in R & P 1983, 77 mit Leitsätzen von Marschner; Gründe in diesem Heft.
- 2) Psychologie Heute 1978, 54
- 3) Runderlaß des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales, NRW, AZ. V C 2 - 0401.1 - vom 20.2.1985
- 4) Mitgliederinformation 4/1984 der Landesgruppe Hamburg des Bund Deutscher Psychologen (BDP) vom 5.11.1984
- 5) Bieback, K.-J.: Behandlung durch nicht-ärztliche Therapeuten als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Krankenpflege und Krankenhauspflege? Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung, Oktober 1984, S. 289 - 301
- 6) Bieback a.a.O., S. 293
- 7) Naendrup, P.-H.: Psychiatrie im Wandel - aber Beharrung im Leistungsrecht? Referat auf der Fachtagung „Psychiatrische Versorgung zwischen medizinischer Behandlung und sozialer Hilfe“ in der Evang. Akademie Baden, Bad Herrenalb, 22. - 24. Mai 1985
- 8) Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.) Modellverbund „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung“, Schriftenreihe, Band 160 - 165
- 9) v. Hagen, M. Hutter, A., Melchinger, H.: Zum Problem der Finanzierung Sozialpsychiatrischer Dienste. GwG-Info 56, September 1984, S. 16 - 29.

Die berufliche Stellung der Psychologen in der Psychiatrie

Adelheid Kühne

Zur Aus- und Fortbildung der Psychologen in der Psychiatrie

Die Ausbildung der Psychologen in der Bundesrepublik Deutschland wird durch die Rahmenprüfungsordnung (RPO) geregelt, die einen einheitlichen ersten Studienabschnitt vorsieht; der zweite Studienabschnitt (nach der Vordiplomprüfung) ist im „Baustein-System“ gegliedert. Die Tätigkeit der Psychologen in der Psychiatrie teilt sich in klinisch-psychologische und organisatorisch-administrative Tätigkeiten. Dementsprechend läßt sich im sog. Bausteinsystem eine spezielle Fächerkombination zusammenstellen, die folgendermaßen aussehen könnte:

Klinisch-psycholog. Tätigkeit *organisatorisch-administrative Tätigkeiten*
Methodik:

klinische Psychodiagnostik Eignungsdiagnostik
klinisch-psychologische Behandlungsmethoden Unterrichtstechnologie

Anwendung:

klinische Psychologie Arbeitspsychologie
forensische Psychologie Berufspsychologie
Pharmakopsychologie Organisationspsychologie

Grundlagenvertiefung:

Neuropsychologie Sozialpsychologie
Gerontologie

Nebenfach:

Psychopathologie/Psychiatrie Erziehungswissenschaften
Betriebswirtschaft (1)

Einem solchen „Bausteinsystem“ steht entgegen, daß nicht an allen Universitäten alle Fächerkombinationen vertreten sind. Der Schwerpunkt Klinische Psychologie ist an 25 Ausbildungseinrichtungen vertreten, die Arbeits-, Wirtschafts-, Betriebs- und Organisationspsychologie an 16, Rehabilitationspsychologie an 2 und Forensische Psychologie ebenfalls an 2 Einrichtungen (2). Während des Universitätsstudiums werden nur theoretische und methodische Grundlagen vermittelt, die durch Fort- und Weiterbildung für die klinisch-psychologische Berufspraxis in der Psychiatrie in psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Methoden ergänzt werden muß. Eine Weiterbildung in einer psychotherapeutischen Technik setzt eine 2 - 3jährige fallbezogene Tätigkeit unter Supervision voraus (3).

Tätigkeitsbereiche der Psychologen in der Psychiatrie

Mit der Etablierung psychologisch fundierter Therapiemethoden wie der Gesprächs- und Verhaltenstherapie wurden zunehmend Psychologen in Psychiatrischen Kliniken und Landeskrankenhäusern mit dem Ziel der Prävention, Therapie und Rehabilitation eingestellt. Nach Schätzungen von Wittchen, Fichter und Dvorak (1980, 4), waren 35,9% der Psychologen in der medizinischen Versorgung in psychiatrischen und/oder neurologischen Kliniken tätig (N = 618). Ein tradiertes Berufsbild des Psychologen in der Psychiatrie fehlt bis heute. Den geringsten Anteil nehmen administrativ-organisatorische Tätigkeiten ein; die psychodiagnostischen Aufgaben nehmen immer mehr zugunsten psychotherapeutischer Interventionen ab. Da im therapeutischen Bereich verschiedene Berufsgruppen zusammentreffen, kommt es immer wieder zu Rollenkonflikten zwischen Psychologen und anderen therapeutisch Tätigen (5).

Eine ausführliche Darstellung der psychologischen Tätigkeiten in der Psychiatrie findet sich bei Lorenzen (6). Hier soll nur auf psychologische Diagnostik und psychotherapeutische Interventionen eingegangen werden, da sie die meisten Rechtsprobleme aufwerfen.

Psychologische Diagnostik findet Anwendung in den Bereichen der Intelligenzdiagnostik, der Diagnose hirnorganisch bedingter Leistungsminderungen, der Persönlichkeitsdiagnostik und bei der Effektivitätskontrolle psychotherapeutischer Verfahren. Der Schwerpunkt der psychologischen Diagnostik sollte nicht nur bei der Durchführung der Testverfahren liegen, sondern das ganze Spektrum von der Auswahl der Verfahren bis zur Auswertung und der Möglichkeit der Einflußnahme auf die Formulierung der Therapieziele und den Einsatz spezifischer therapeutischer Methoden umfassen.

Ergänzend hinzu kommt zur psychodiagnostischen Tätigkeit in der Psychiatrie für den Psychologen die *Forensische Gutachtertätigkeit*, die im Auftrag von Gerichten und Staatsanwaltschaften ausgeführt wird. Fragestellungen an den Psychologen können sein: Beurteilung der Glaubwürdigkeit von Zeugen, Sorge- und Umgangsrecht bei Kindern aus getrennt lebenden oder geschiedenen Ehen, Reifebeurteilung Heranwachsender (§ 3 JGG), Begutachtung schädlicher Neigungen (§ 17 Abs. 2 JGG), Beurteilung des Entwicklungsstandes (§ 43 Abs. 1 JGG), Begutachtung Heranwachsender (§ 105 JGG), Begutachtung der Schuldfähigkeit und verminderten Schuldfähigkeit (§§ 20, 21 StGB), Begutachtung subjektiver Tatbestandselemente, Begutachtung der Zumutbarkeit normgerechten Verhaltens (Putativnotstand nach § 35 Abs. 2 StGB), Begutachtung zur Unterbringung im psychiatrischen