

## PLENARVORTRÄGE

---

### 10 Jahre Psychotherapeutengesetz – Rückblick und Ausblick

**Dieter Best** (*Bundesvorsitzender DPTV, Mitglied Vertreterversammlung / Beratender Fachausschuss PT*)

Vortrag am 4. Landespsychotherapeutentag der LPK-BW, am 05.07.2008 in Stuttgart

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

um dem Vergessen entgegenzuwirken, möchte ich in meinem Vortrag auch auf die 20 Jahre der Entstehungsgeschichte des Psychotherapeutengesetzes eingehen.

Über zwanzig Jahre lang haben wir gebangt, ob dieses Gesetz Wirklichkeit wird oder ob der Psychotherapeutenberuf nur eine Fußnote der Geschichte der Psychologie sein würde.

Psychotherapie als Kassenleistung gibt es schon seit 1968. Auch „Nicht-Ärzte“ konnten damals als Behandler zugelassen werden, jedoch nur in Delegation eines Arztes. Diese unbefriedigende Situation und ein zunehmender Bedarf führten Mitte der 70er-Jahre zu Überlegungen für ein Psychotherapeutengesetz.

Ein erster Referentenentwurf, 1978, scheiterte noch an der Uneinigkeit der Psychotherapeutenverbände. Nach einer langen Latenzzeit von über 12 Jahren wurde das Gesetzesvorhaben dann von der damaligen Gesundheitsministerin Ursula Lehr mit einem Forschungsgutachten wieder aufgegriffen.

Darauf folgte 1993 ein weiterer Referentenentwurf. Es gab damals massive Widerstände der Ärzteschaft. Zugute kam uns dabei aber, dass der damalige Minister Seehofer wegen einer Roten-Karte-Aktion der KBV auf die Ärzte schlecht zu sprechen war.

Jedoch: Auch dieser Entwurf scheiterte, und zwar nicht mehr an den Psychotherapeuten, die dazu gelernt hatten, sondern an der Zuzahlungsfrage. Denn die Koalition wollte Psychotherapie mit einer Zuzahlung verknüpfen, gegen die Opposition war das aber wegen ihrer Mehrheit im Bundesrat nicht durchsetzbar.

Uns schien damals, dass das Gesetz damit endgültig erledigt sei. Ein letzter Versuch des früheren Hauptgeschäftsführers der KBV, Dr. Rainer Hess, mit einem Thesenpapier zur Integration der damals so genannten „nicht-ärztlichen Psychotherapeuten“ in das System der vertragsärztlichen Versorgung, fand zunächst keine Beachtung mehr.

Nachdem wir uns von dieser Enttäuschung erholt hatten, wurde - Ende September 1994 – die Idee des Integrationsmodells auf Initiative von Herrn Hess und Hans-Jochen Weidhaas wieder aufgegriffen. Im Kern ging es darum, sozialrechtlich einheitliche Vorschriften für die Psychotherapie zu schaffen und die Psychotherapeuten in die KVen zu integrieren. Dieses Modell war neu, denn zuvor war noch von eigenen kassenpsychotherapeutischen Vereinigungen die Rede.

Diese Pläne wurden von einem Teil der Psychotherapeutenverbände kategorisch abgelehnt. Nachdem aber auch die SPD signalisierte, dass es keine kassenpsychotherapeutischen Vereinigungen geben werde, einigten sich die beiden Verbandskonstellationen AGR und AGPT auf gemeinsame Beratungen, die bis zur Verabschiedung des Gesetzes anhielten.

Ohne die Zustimmung der Ärzteschaft allerdings, d.h. der KBV, waren die Chancen gering. Es war deshalb ein glücklicher Umstand, dass weit vorausschauende Persönlichkeiten, Dr. Schorre als Vorsitzender und Dr. Hess als Hauptgeschäftsführer, damals der KBV vorstanden.

---

Allerdings lehnten die KVen das Psychotherapeutengesetz ab, so geschehen mit einem Beschluss des Länderausschusses der KBV im Dezember 1995 in Magdeburg. Dies war ein herber Rückschlag, und es war offen, ob sich die Politik weiter engagieren würde.

Kurz darauf, für den 8. Januar 1996 war ein Gespräch mit dem FDP-Gesundheitspolitiker Thomae in dessen Privathaus in der Nähe von Bonn, vereinbart. Thomae hatte als Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Bundestags großen Einfluss. Er war ein starker Befürworter des Psychotherapeutengesetzes, schon aus Gründen der Freiberuflichkeit. Er begrüßte uns, d.h. Frau Bruckmayer DGPT, Herrn Dinkelbach von einem Ausbildungsinstitut, Herrn Weidhaas und mich mit den Worten: „Tja, das war's dann wohl, die Ärzte wollen Euch nicht“. Nach einer langen Diskussion versprach er, sich *dann* weiter für das Gesetz einzusetzen, wenn es uns gelingen sollte, die Ärzte doch noch zu überzeugen. Zwei Tage später hatten Hans-Jochen Weidhaas und ich einen schon länger geplanten Termin beim KBV-Vorstand. Wir berichteten vom Gespräch mit Thomae und von seinem Versprechen. Schorre versprach uns, nochmals einen Versuch zu wagen, die Ärzte zu überzeugen. Dies wiederum teilten wir Thomae mit, der dann dafür sorgte, dass die Regierungskoalition die Arbeiten am Psychotherapeutengesetz fortsetzte.

Weitere Hindernisse waren der anhaltende Widerstand der Ärzteschaft und der Krankenkassen. So wurde versucht zu beweisen, dass das Gesetz nicht finanzierbar sei. Der damalige Vorsitzende der KV- Niedersachsen sprach von 30.000 Psychotherapeuten, die neu ins System wollten und der AOK-Bundesverband wollte wissen, dass Mehrausgaben von um die 20 Milliarden DM zu erwarten seien, eine Summe die etwa den damaligen Gesamtausgaben der gesamten ambulanten Versorgung entsprochen hätte.

Der letzte Versuch der Ärzteschaft, das Gesetz doch noch zu verhindern, war ein Beschluss einer turbulent geführten Vertreterversammlung der KBV am 20. September 1997. Damals noch als Gäste, konnten wir die Sitzung verfolgen. Ein KV-Chef äußerte sich in der Sitzung so: „Das ärztliche Selbstverständnis wird grundlegend erschüttert, indem Nicht-Ärzte den Ärzten gleichgestellt werden“ und die zweite Vorsitzende der KV Berlin, outete sich gleichfalls als konsequente Gegnerin des Integrationsmodells mit den Worten: „Nach den Psychologen wird dann auch das diplomierte Pflegepersonal in die KVen Einzug halten können.“ Schorre kämpfte bis zum Äußersten, was darin zum Ausdruck kam, dass er sagte, er könne sich eines Tages gut einen Psychologen an der Spitze der KBV vorstellen, das würde der KBV sicher gut tun. Dass diese Äußerung nicht mit Begeisterung aufgenommen wurde, kann man sich vorstellen.

Das Ergebnis der Sitzung wurde im Deutschen Ärzteblatt so dargestellt:



**POLITIK**  
LEITARTIKEL

KBV-Vertreterversammlung

## Nein zur Integration der Psychologen

Die Vertreterversammlung der KBV hat den Entwurf für ein Psychotherapeutengesetz zurückgewiesen. Zugleich lehnten die Delegierten die Einbeziehung der Psychologen nach dem Integrationsmodell ab, nachdem sie ihr im vergangenen Jahr noch zugestimmt hatten. Der Rückzieher könnte der Glaubwürdigkeit der KBV Schaden zufügen. Andererseits ignoriert der Gesetzentwurf aus Sicht der Kassenärzte wesentliche Voraussetzungen für das Integrationsmodell.

Der Beschluss bewirkte aber nichts mehr, denn die Politik war inzwischen schon einen Schritt weiter: Man wollte das Psychotherapeutengesetz, weil man die Versorgungsmängel erkannte. Das immer stärker wachsende Kostenerstattungsverfahren mit zuletzt 320 Millionen DM Ausgaben im Jahr machte den Versorgungsdruck direkt sichtbar. Zwei Jahre zuvor hatte der Deutsche Psychotherapeutenverband (DPTV) einen Vertrag außerhalb der KV-Versorgung mit den BKKen und den IKKEn abgeschlossen. Er wurde zwar am Ende als nicht rechtsgültig von den Gerichten beurteilt, jedoch machte auch dieser Vertrag deutlich, dass allein mit den bisherigen Mitteln die Versorgung nicht mehr sicher gestellt war.

Am 27. November 1997 stimmte der Bundestag in 2. und 3. Lesung zu. Eine nochmals spannungsreiche Zeit begann, als sich die Parteien über einige strittige Fragen, auch über eine Zuzahlungsregelung wieder nicht einigen konnten.

Das Gesetz kam in den Vermittlungsausschuss. Eine Arbeitsgruppe, der auch Thomae angehörte, einigte sich schließlich auf einen Kompromiss. Es war nur noch eine Formsache von wenigen Minuten, als der Bundestag am 5. und der Bundesrat am 6. Februar 1998 dem Psychotherapeutengesetz zustimmten.

Ich schließe jetzt diese historischen Betrachtungen mit einem besonderen nachträglichen Dank an die damalige KBV-Spitze, die gegen den Widerstand ihrer Ärzteschaft den Mut und die Beharrlichkeit gehabt hat, das Psychotherapeutengesetz zu unterstützen. Einen Dank auch an die Gesundheitspolitiker, die damals den Weg mitgegangen sind, allen voran der ehemalige CDU-Gesundheitsminister Seehofer, der FDP-Politiker Thomae und der SPD-Politiker Schmidbauer, der aus der Opposition heraus das Psychotherapeutengesetz unterstützt hatte.

**Was hat nun das Psychotherapeutengesetz der psychotherapeutischen Versorgung gebracht? Was hat sich an der Situation psychisch kranker Menschen verändert? Und was hat das Psychotherapeutengesetz schließlich den Psychotherapeuten selbst gebracht? Kurzum: Sind die damaligen Erwartungen erfüllt worden?**

Durch die Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die vertragsärztlichen Strukturen wurde der unwürdige und rechtsunsichere Zustand des Delegations- und des Erstattungsverfahrens beendet. Dies bedeutete auch für die Patienten eine größere Sicherheit und Planbarkeit.

So trug das Psychotherapeutengesetz zu einer wenn auch nicht flächendeckend gleichmäßigen so doch zu einer einheitlichen Versorgung in ganz Deutschland bei. Jeder Patient kann heute sicher sein, dass die Bedingungen für eine Psychotherapie gleich und verlässlich sind. Demnächst gilt das übrigens auch für die privat versicherten Patienten, wenn sie den Basistarif wählen.

Mit dem Psychotherapeutengesetz und mit dem Einbezug der damals ca. 12.000 Psychotherapeuten in die kassenärztlichen Vereinigungen wurde Psychotherapie als Behandlungsoption bei psychischen Krankheiten eine selbstverständlich akzeptierte Realität. Jeder der schon lange als Psychotherapeut arbeitet, kann bestätigen, welche große Veränderung sich im Bewusstsein der Bevölkerung vollzogen hat, psychische Krankheiten zu akzeptieren und einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Und während früher bei Ärzten oft noch Vorbehalte gegenüber Psychotherapeuten bestanden, ist der Umgang heute kollegial und unproblematisch.

Für die Psychotherapeuten selbst war das Psychotherapeutengesetz gleichbedeutend mit existentieller Absicherung. Auf der Grundlage des Delegations- oder Erstattungsverfahrens war die Zukunft nicht planbar. Dies lässt sich heute noch spüren, denn viele unserer älteren Kollegen haben keine angemessene Alterssicherung, weil sie in den Jahren vor dem Psychotherapeutengesetz kein Geld zurücklegen konnten. Mit all diesen damaligen Unsicherheiten war die Ausübung eines freien Berufes stark behindert.

Ein weiterer positiver Effekt des Gesetzes ist das Qualitätsniveau der Psychotherapie. Die sozialrechtlichen und berufsrechtlichen Regelungen haben ordnungspolitisch bereinigend gewirkt. Denn bis 1999 herrschte eine Art von „Berufsfreiheit“, die im negativen Sinn darin bestand, dass vieles möglich war, was man nicht unbedingt als qualitätsgesichert bezeichnen würde. Sozial- und berufsrechtliche Regelungen haben sich diesbezüglich segensreich ausgewirkt, v. a. die Einführung der Berufsordnung.

Ein großer Gewinn für die Qualität der Psychotherapie in Deutschland ist auch die Ausbildung nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung. Die Ausbildung ist eine hervorragende Grundlage für den Beruf. Jeder, der in einer Ausbildungseinrichtung als Dozent oder Supervisor tätig ist, kann bestätigen, dass die Ausbildungsteilnehmer sehr gut für den Beruf vorbereitet sind.

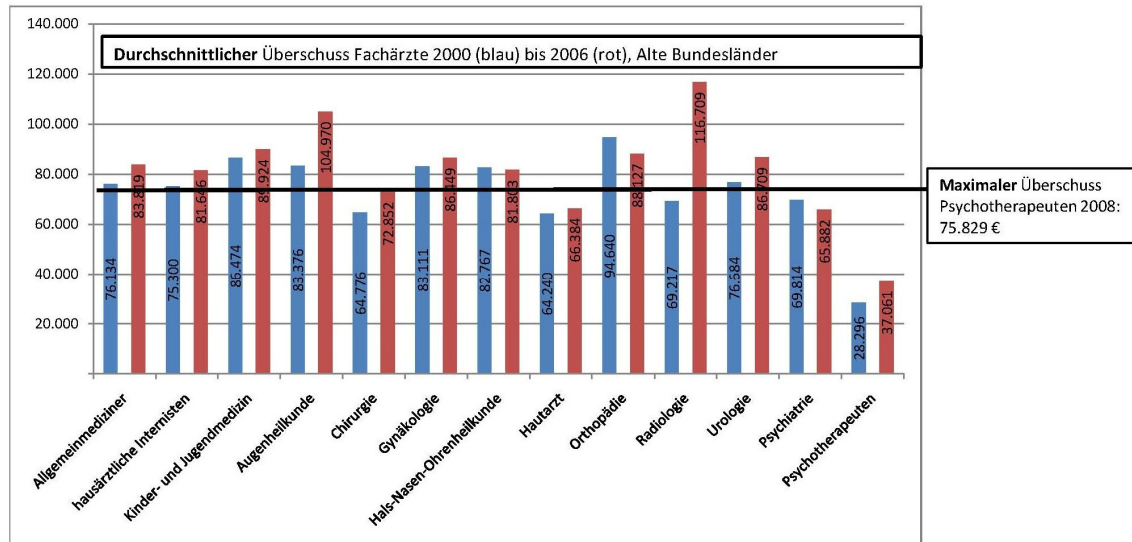
**Nach soviel Lob auf das Psychotherapeutengesetz: Wo sind denn die Mängel? Welche Erwartungen sind nicht erfüllt worden?**

Psychotherapeuten sind zwar in das medizinische System eingebunden, als Angestellte in Kliniken und als Niedergelassene in die KVen. Die Angestellten sind, obwohl psychotherapeutisch oft besser ausgebildet als ihre Vorgesetzten, immer noch und fast ausschließlich in untergeordneten Positionen tätig. Leitungen von Abteilungen sind sehr selten, Leitungen von Kliniken ganz ausgeschlossen.

Im System der KVen und der KBV hat es die Psychotherapie sehr schwer, sich neben der somatischen Medizin zu behaupten und die Fürsprecher der Psychotherapie sind oft genug allein die Psychotherapeuten selbst. Die Anliegen der Psychotherapeuten, auch die der ärztlichen Psychotherapeuten, gehen neben denen der somatischen Medizin oft unter.

Einige Beispiele:

- Die Ansprüche auf ein Mindesthonorar mußten in vielen Prozessen vor dem Bundessozialgericht eingeklagt werden. Müßte es nicht **selbstverständlich** sein, dass unsere KVen, deren Mitglieder wir sind, von sich aus für ein gerechtes Honorar sorgen? Jeweils nur mit Widerständen und großen Verzögerungen wurden die BSG-Urteile umgesetzt und immer nur so, dass Psychotherapeuten mit maximalem Einsatz höchstens das Durchschnittseinkommen eines somatisch tätigen Arztes verdienen können. Das nachfolgende Schaubild zeigt, wo die Grenzen der Einkommen der Psychotherapeuten liegen, gemessen am Durchschnittseinkommen der Fachärzte:



Welchen Stellenwert Psychotherapie in der ambulanten Versorgung hat, zeigt sich auch daran, dass für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland nur ca. 4% aller Ausgaben aufgewendet werden.

- Ein weiteres Beispiel: Alle notwendigen diagnostischen Leistungen, die einer Psychotherapie vorausgehen, v.a. die probatorischen Sitzungen, waren bisher durch unsinnige Mengensteuerungsregelungen so eingeschränkt, dass eine gründliche Diagnostik und Indikationsstellung wirtschaftlich nicht möglich war. Auch hier musste das BSG jüngst einen Riegel verschieben, indem es festgelegt hat, dass ein Mindesthonorar von 45 € je probatorischer Sitzung gelten muss. Aber: 45 € Umsatz für 70 Minuten Arbeit?
- Noch ein Beispiel: Obwohl es starke Mängel in der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher gibt und die Einführung einer Mindestquote von 20% der Kassensitze für Psychotherapeuten und Ärzte, die ausschließlich psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, sinnvoll wäre, ist weiterhin geplant, lediglich eine Quote von 10% einzuführen. Sie liegt noch unter dem derzeitigen Versorgungsgrad.

Psychische Krankheiten nehmen zu und die Krankschreibungen aus psychischen Gründen dauern viel länger als aus somatischen Gründen. Psychische Krankheiten sind nicht nur schlimm für die Betroffenen, sondern sie verursachen auch einen großen volkswirtschaftlichen Schaden. Dies ist die Kernaussage aller Krankenkassenreports der letzten Jahre. Was müsste getan werden, die Behandlung psychisch kranker Patienten zu verbessern?

Unabhängig von der unbefriedigenden Vergütungssituation gibt es eine ganze Reihe von kostenneutralen Vorschlägen, wie die Versorgung verbessert werden könnte:

- Z.B. flexiblere und erweiterte Möglichkeiten, vor Beginn einer Psychotherapie eine vernünftige Diagnostik durchführen zu können.
- Z.B. mehr Möglichkeiten für Leistungen außerhalb der Richtlinienpsychotherapie. Denn das Leistungsspektrum ist zu sehr eingegrenzt. Zum Beispiel gibt es für Patienten, die in einer Krise sind und bei denen eine Richtlinienpsychotherapie nicht notwendig ist, kaum Möglichkeiten kurzfristiger genehmigungsfreier Interventionen. Das gleiche gilt für konsiliarische Abklärungen auf Anforderung von Hausärzten.
- Oder: Patienten mit schweren oder chronischen psychischen Störungen, bei denen eine abgegrenzte Psychotherapie nach den Psychotherapierichtlinien ebenfalls nicht indiziert ist,

könnten langfristig und niederfrequent, auch in Gruppen, behandelt werden, wenn es diese Möglichkeit gäbe.

- Oder: die Einführung der erwähnten 20%-Mindestquote für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.

Dies wären einige Maßnahmen, deren Umsetzung die ambulante psychotherapeutische Versorgung deutlich verbessern könnte.

Ich bin allerdings skeptisch, ob die Selbstverwaltung, d.h. die KBV und die Krankenkassen bereit sind, uns hier zu unterstützen.

So werden wir auf den Gesetzgeber angewiesen sein, wie schon oft in der Vergangenheit. Dies ist kein Plädoyer für mehr Staatsmedizin sondern die nüchterne Erkenntnis, dass wir in der Politik meist offenere Ohren gefunden und mehr erreicht haben.

### **Welche Hausaufgaben haben wir aber selbst zu erledigen, wenn Psychotherapie zukünftig eine wichtigere Rolle im Gesundheitswesen spielen soll?**

- **Erstens:** Der Umbruch des Gesundheitswesens erfordert unsere Positionsbestimmung. Trotz der Mängel des kollektivvertraglichen Systems sollten wir uns zu diesem System bekennen. Denn es sichert nicht nur einen hohen und einheitlichen Standard der psychotherapeutischen Versorgung, sondern auch – derzeit noch – 99% der wirtschaftlichen Grundlage der niedergelassenen Psychotherapeuten. Was unsere Erwartungen an eine Behebung der Versorgungsmängel angeht, so sind diese klar formuliert.
- **Zweitens:** Neue Vertragsformen bieten grundsätzlich die Möglichkeit, die Versorgung psychisch kranker Patienten zu verbessern und zwar dort, wo das kollektivvertragliche System seine Grenzen hat. Ein flexiblerer Einsatz unserer beruflichen Fähigkeiten kann in Verträgen umgesetzt werden. Allerdings muss uns bewusst sein, dass an Verträgen, die meist spezifische Qualifikationen voraussetzen, nicht jeder teilhaben können. Und wir werden sehr darauf zu achten haben, auch dies zeigt die Erfahrung, dass in Verträgen, die eine interdisziplinäre Arbeit vorsehen, jede Behandlergruppe gleichrangig teilnehmen kann, jeder mit seinem eigenen Leistungsspektrum, aber eben gleichrangig.
- **Drittens:** Wir müssen die Versorgungsforschung stärker mitgestalten. Dadurch, dass die Krankenkassen seit 2004 versichertenbezogene Daten haben, sind sie in der Lage, Behandlungsverläufe im Längsschnitt zu untersuchen. Was dabei herauskommen kann, hat uns der GEK-Report gelehrt, der aufgrund unzulässiger Schlussfolgerungen zum Fazit kam, dass Psychotherapie die Gesundheit der psychisch Kranken nicht nennenswert verbessert.
- **Schließlich** steht derzeit die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf dem Prüfstand und je nachdem wie das Ergebnis ausfällt, wird eine Novellierung des Psychotherapeutengesetzes folgen. Wir haben jetzt 10 Jahre Erfahrungen mit dem Psychotherapeutengesetz. Die Gelegenheit sollte genutzt werden, diese Erfahrungen, spätestens bei einer Gesetzesnovellierung, zusammenzufassen. Wenn wir dem zunehmenden Bedarf an Psychotherapie gerecht werden wollen, müssen nicht gerechtfertigte Beschränkungen unserer Leistungsmöglichkeiten im Sozialrecht aufgehoben werden.

Durch die Globalisierung ausgelöst vollzieht sich ein gesellschaftlicher Wandel. Die Lebensbezüge werden unsicherer. Es ist kein Wunder, wenn immer mehr Menschen auf diese Veränderungen mit psychischen Krankheiten reagieren. Die Antworten der Gesundheitspolitik und erst recht die der Selbstverwaltung kommen aber nur sehr verzögert oder überhaupt nicht. Es ist deshalb **unsere** Verantwortung als Psychotherapeuten, auf die psychischen Folgen des Wandels hinzuweisen und Konzepte anzubieten, mit denen den betroffenen Menschen geholfen werden kann.

Dabei ist es wichtig, dass die Rahmenbedingung der Psychotherapie verlässlich und planbar bleiben. Eine der wichtigsten Rahmenbedingung – und dies gilt für die anderen zuwendungsorientierten Fächer ebenfalls – ist die Zeit, die Psychotherapeut und Patient miteinander arbeiten können. Gegen ökonomische Zwänge ist nichts einzuwenden, sie sind in unserer Gesellschaft normal. Wenn sie aber zu Zeitdruck und Leistungsdruck in der Psychotherapie führen, müssen wir uns dagegen wehren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

---