

Vortrag  
anlässlich der Verleihung des  
Diotima-Ehrenpreises  
der Deutschen Psychotherapeutenchaft  
11. Mai 2012  
Dietmar Schulte

Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Rainer, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Festversammlung

"Vortrag" heißt der nächste Programmpunkt. Ich habe – glaube ich – noch nie einen Vortrag gehalten, der mir eine solche Freiheit für die Ausgestaltung gelassen hat. Dabei ist es ganz einfach: was ich sagen möchte, ist Danke: Danke für diese Ehrung, danke an Rainer Richter für seine Worte, danke an Jürgen Markgraf für seinen Vortrag und danke an Sie alle, dass Sie zu diesem Anlass gekommen sind. Aber danke auch an all die vielen, die mich auf meinem beruflichen Weg begleitet haben, denen ich begegnet bin, mit denen ich zusammen arbeiten durfte auf dem Weg zum gemeinsamen Zielen, und die all dies erst ermöglicht haben. Einige von ihnen sind heute hier, und das freut mich besonders.

Dank zu sagen ist für einen Vortrag, für den eine halbe Stunde angesetzt ist, vielleicht doch etwas wenig. Was könnte ich anlässlich dieser Ehrung erzählen? Ein wissenschaftlicher Vortrag scheint mir nicht angemessen, und mir steht auch der Sinn nicht danach. Ich möchte lieber ein mehr persönliches Wort sagen. Wenn es denn um das Lebenswerk geht, dann würde ich gerne etwas dazu sagen, wie es

- zu Beginn meines beruflichen Lebens aussah und dem,
- was sich geändert hat. Aber ich möchte auch die Gelegenheit nutzen etwas zu sagen zu dem,
- wie es weitergehen könnte, wie es weitergehen sollte.

Dazu wäre jetzt wirklich eine gute Gelegenheit, denn wer will mir an diesem Tag schon widersprechen?

Beginnen wir mit der Praxis der Klinischen Psychologie, so wie ich sie während meines Studiums Mitte der 60er Jahre in Lehrveranstaltungen, in Praktika und dann in der Praxis kennen lernte.

#### Klinische Praxis

Das typische Tätigkeitsfeld der Klinischen Psychologie war damals die Erziehungsberatung. Wie sah diese Praxis aus? Ich möchte das veranschaulichen am Beispiel eines Kollegen aus einer EB, den ich kurz nach meinem Examen traf.

Das Besondere war: er sah jeden Tag einen neuen Patienten, ein neues Kind, und war am Ende des Tages mit dessen Behandlung fertig. Konkret sah das so aus, dass er vormittags mit der Mutter sprach und eine Anamnese durchführte, danach Tests, die er in der Mittagspause auswertete.

War der Aufwand notwendig? Es wurde sowieso in der Regel eine neurotische Entwicklung diagnostiziert und die Behandlungsempfehlungen standen sowieso fest: mehr Liebe und mehr Taschengeld!

Nach dem Mittagessen kamen Mutter und Kind wieder und er führte seine Beratung durch, und damit war die Behandlung beendet.

Faszinierend – ein höchst ökonomisches Vorgehen. Ich fragte ihn, woher er denn wisse, dass er mit diesem Vorgehen erfolgreich sei. Seine Antwort: wenn nicht, kämen die Leute ja wieder.

Wir lachen über das Erfolgskriterium des Kollegen oder wir rümpfen die Nase – aber wie sieht es heute im klinischen Alltag aus? Sind es nicht auch heute vorwiegend subjektive Kriterien, die uns sagen, ob wir bei unserer Therapie erfolgreich sind oder nicht? Verlassen wir uns nicht auch auf Aussagen oder das Verhalten unseres Patienten – wohl wissend, dass dies auch von vielen anderen Faktoren abhängig ist?

Wir haben einmal untersucht, wie gut Psychotherapeuten tatsächlich den Erfolg ihrer Therapie vorhersagen können. Dazu haben wir sie nach jeder Therapiesitzung um eine Prognose gebeten und diese dann mit dem späteren Therapieerfolg zu Therapieende, unter anderem ihrer eigenen Erfolgsbeurteilung, korreliert. Das Ergebnis war erschütternd: eine Korrelation zwischen .10 und .20. Welcher Psychologe würde sich auf einen Test mit einer Validität von .10 oder .20 verlassen? Aber dem eigenen Urteil vertrauen wir.

Diese Prognosen, die falschen Prognosen, haben erhebliche Konsequenzen, vor allem dann, wenn die Prognose negativ ausfällt, wenn der Therapeut skeptisch ist, ob die Therapie gut läuft. Dann – so haben wir gefunden – verändert er nämlich sein Vorgehen und – macht in der Regel alles noch viel schlimmer. Kein Wunder, denn ohne echten Anlass wählt er gewissermaßen die zweitbeste Strategie.

Je mehr Therapeuten wechseln und ihr Vorgehen vermeintlich an den aktuellen Therapieverlauf anpassen – so wie sie das erleben –, desto schlechter das spätere Therapieergebnis, wie unsere Daten wiederholt gezeigt haben. Ein erschreckendes, ein unbequemes Ergebnis, - das nach unseren alltäglichen Erfahrungen als Therapeutin oder Therapeut nicht stimmen kann.

Ja, das entspricht nicht unserer Erfahrung – und trotzdem ist es richtig. Was ist denn die Grundlage unserer Prognose und unserer Entscheidungen im Verlauf einer Therapie? Es ist unsere Überzeugung, dass wir ein bestimmtes Vorgehen wählen müssen zum Wohle des Patienten, und wir sind mit dieser Entscheidung allein, haben keinen, bei dem wir sie absichern können oder der sie in Frage stellen könnte. So bleibt uns nur, dass wir uns unserer Entscheidungen sicher sind, und diese Sicherheit bestätigt uns die Richtigkeit unserer Entscheidung.

Aber subjektive Sicherheit und objektive Wahrheit sind zweierlei, wie schon Plato festgestellt hat: Wir können mit absoluter Sicherheit von absolut Falschen überzeugt sein. Schon Hippokrates hat festgestellt: der größte Feind des Arztes sind seine Erfahrungen – weil er sich auf diese statt auf die Regeln der Heilkunst verlässt.

Ja, es gibt auch bei uns überprüfte Regeln, nicht nur bei den Ingenieuren oder bei somatischen Erkrankungen, Regeln die uns sagen, was wir wann tun sollten: Leitlinien und - auf spezifischerer Ebene – Therapiemanuale, mit wissenschaftlichen Methoden überprüft. Aber so sehr wir entsprechende Richtlinien, vor allem Leitlinien, in der politischen Diskussion begrüßen und hervorheben, da sie doch durchweg zeigen, wie wichtig und effektiv Psychotherapie ist, so wenig werden sie im therapeutischen Alltag berücksichtigt. Warum? Weil das, was ein Manual empfiehlt oder vorschreibt, oft genug dem widerspricht, was nach Überzeugung des Therapeuten in diesem Moment angemessen ist. Und da haben wir wieder den Konflikt zwischen subjektiver Sicherheit und überprüfter Regel.

Natürlich habe ich das Problem hier verschärft dargestellt. Auch Manuale sind noch abstrakt und bedürfen einer individuellen Ausgestaltung für den Einzelfall. Die Regeln werden zwar immer spezifischer, wie uns die ausgefeilten Manuale zeigen, aber für den letzten Schritt der individuellen Ausgestaltung wird es nie Regeln geben, kann es nicht geben, da es ja hier um Aussagen über einen Einzelfall geht. Die Anwendung von Manualen und individuelle Entscheidung im Einzelfall sind kein Gegensatz, sie müssen sich bei der konkreten Anwendung zwangsläufig ergänzen.

Klaus Grawe hatte 1994 seiner Metanalyse den Untertitel gegeben: „Von der Konfession zur Profession“. Dieser sein Aufruf ist weiterhin aktuell: Professionalität bedeutet Handeln nach überprüften Regeln; keine spontanen Wechsel aufgrund von Glaubensüberzeugungen. Hier ist noch viel zu tun, nicht zuletzt auch in der Forschung.

#### Fach und Forschung

Das bringt mich zu meinem zweiten Thema: Wechseln wir von der klinischen Praxis zum Fach Klinische Psychologie und zu seiner Forschung. Wie sah das Fach Klinische Psychologie vor knapp 50 Jahren aus?

Offiziell gab es die Klinische Psychologie noch gar nicht. Das Fach hieß Tiefenpsychologie und Psychagogik. So steht es auch noch auf meinem Diplomzeugnis.

Ich muss bekennen: Ich fand die damalige Klinische Psychologie nicht sonderlich spannend. Aber es gab da etwas Neues, Ende der 60er Jahre: die Psychologen begannen Therapie zu machen, nicht als Psychoanalytiker, sondern als Psychologen, unter dem Namen Verhaltenstherapie. Es erschienen Berichte, dass man durch Anwendung von Lernprinzipien Menschen mit psychischen Problemen helfen könne.

Das fand ich spannend: die Psychologie nutzen, die Psychologie anwenden, um praktische Veränderungen herbeizuführen! Wir begannen in der EB des Psychologischen Instituts in Münster selber mit solchen verhaltenstherapeutischen Behandlungen – und es funktionierte! Es war eine spannende Zeit, eine Zeit des Aufbruchs.

Klinische **Psychologie als Anwendung der Psychologie** - das war mein Zugang zu diesem Fach. Ich habe einige Zeit gebraucht, um zu sehen, dass zwischen der psychologischen Grundlagenforschung und der klinisch-psychologischen Praxis

noch etwas stehen muss: die Klinische Psychologie als Fach. Die Richtigkeit eines (lern-)psychologischen Gesetzes garantiert keineswegs, dass die daraus abgeleitete praktische Maßnahme wirksam ist. Es bedarf es eines Zwischenschrittes, einer Regel, einer therapeutischen Regel. Ergebnisse der Grundlagenforschung über Zusammenhänge können solche Regeln nahe legen, doch ihre tatsächliche Wirksamkeit bedarf gleichwohl der empirischen Überprüfung. Das gilt für alle therapeutischen Regeln, auch solche, die nicht durch die Grundlagenforschung angeregt wurden, sondern aus der Praxis entwickelt oder aus anderen Theorien abgeleitet wurden, so wie das für andere psychotherapeutischen Richtungen gilt.

Genau das ist Aufgabe der Klinische Psychologie als Fach: Regeln zu produzieren und Regeln zu überprüfen. Aufgabe der Klinischen Praxis hingegen ist es, Regeln anzuwenden. Klinische Psychologie als Fach und klinischen Praxis sind nicht das gleiche.

Klinische Psychologie ist demnach eine **technologische Wissenschaft** – ist das nun die ganze Klinische Psychologie?

Die Lernpsychologie und dann auch andere Theorien und Forschungsergebnisse lieferten anfangs das Verständnis dessen, was das Verhalten steuert, auch pathologisches Verhalten. Aber die Frage stellte sich, ob das nicht zu allgemein ist. Gelten für Stottern und für Schizophrenie wirklich die gleichen Bedingungen?

Damit rückte ein anderer Forschungsansatz in den Vordergrund. Es ging nicht mehr darum, ein Paradigma, z.B. das der Lernpsychologie oder das der Psychoanalyse, auf immer neue Gegenstandsbereiche (Syndrome / Störungen) anzuwenden (Herrmann, 1976, hatte das Paradigmenanwendung genannt). In den Vordergrund des Interesses trat die Domainforschung: die Erforschung des Gegenstandsbereiches, zum Beispiel einer Störung, und das kann durchaus aus Sicht unterschiedlicher Paradigmen, unterschiedlicher theoretisch-therapeutischer Ansätze geschehen.

Klinisch-psychologische Störungsforschung ist keine Technologie, sie ist **psychologische Grundlagenforschung** bezüglich eines gegenüber der Psychologie spezifischeren Gegenstandsbereichs: den psychischen oder auch somatischen Störungen. Hier wird das Wissen produziert, das letztendlich dann auch Grundlage für die Formulierung therapeutischer Regeln sein kann, **störungsspezifischer** therapeutischer Regeln.

Die Entwicklung hin zu störungsspezifischen Therapieansätzen hat sich international längst durchgesetzt. Wir haben bei Hogrefe vor 13 Jahren eine Buchreihe zur Behandlung jeweils einzelner Störungen herausgebracht, manche werden Sie kennen: Fortschritte der Psychotherapie. In diesem Jahr wird der 50. Band erscheinen – zur 50ten Störung! Und das gilt keineswegs nur für verhaltenstherapeutische Ansätze. Gerade ist bei Hogrefe eine ähnliche Reihe erschienen: „Praxis der psychodynamischen Psychotherapie – analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ heißt sie, auch hier jeweils ein Band zu einer Störung.

Von manchen werden störungsspezifische Therapien als Bedrohung erlebt. In gewisser Weise zu Recht: Therapieschulen, Verfahren, Methoden stehen im Wettbewerb, seit etwa 50 Jahren, und störungsspezifische Ansätze sind nun hinzugekommen. In keinem Wettbewerb wird man bestehen, wenn man lediglich die anderen kritisiert oder verdammt.

Wird es einen Sieger geben oder können verschiedene therapeutische Ansätze nebeneinander existieren? Ich denke ja. Aber dann brauchen wir – ob wir wollen oder nicht - Regeln oder einen Mechanismus, nach dem entschieden wird oder sich entscheidet, wann welcher Ansatz zum Zuge kommt.

Der heute vorwiegende Mechanismus ist der Zufall – in Anlehnung an den Augsburger Religionsfrieden (von 1555) nach dem Motto: **Wes der Therapeut, des die Therapie** (*wes der Fürst, des der Glaub*). Der Therapeut steht für ein Verfahren, er ist in der Regel nur in einem Verfahren ausgebildet, ein Verfahren für alle Störungen. Gegebenenfalls sollte an einen Kollegen überwiesen werden – aber das ist Theorie. Denn es gibt dafür subjektiv gesehen keinen Anlass. Man hat den Eindruck, in der Praxis gibt es weitgehend nur ein Indikationskriterium: Bei einem Patienten, der zu mir kommt, ist meine Therapie erfolgversprechend oder gar am besten: **Wer kommt bekommt**.

Viele Therapeutinnen und Therapeuten sind allerdings mit dieser Situation unzufrieden. Sie wenden durchaus unterschiedliche Methoden aus unterschiedlichen Verfahren an – methodischen Eklektizismus nennt man das. Das klingt gut – aber es stellt sich auch hier die Frage nach den Indikationskriterien. Wann macht der Therapeut was? Was veranlasst ihn zu was? Sind es empirisch gestützte Regeln, Indikationsregeln, oder ist es seine Erfahrung – und dann sind wir wieder bei der subjektiven Sicherheit.

Aber es gibt inzwischen einen Weg der Kombination von Methoden und Techniken unterschiedlicher Verfahren, der empirisch überprüft ist. Zunehmend häufig werden bei der wissenschaftlichen Entwicklung störungsspezifischer Therapiemanuale Methoden und Techniken aus unterschiedlichen Verfahren, aus unterschiedlicher theoretischer Tradition, kombiniert. Die Forscher stören sich in der Regel nicht daran; entscheidend ist, ob sich empirisch zeigt, dass die gezielte Kombination dieser Techniken bei Patienten mit dieser Störung hilft – besser hilft.

Wer genau hinsieht sieht: Wir sind schon lange im Prozess der Überwindung der Therapieschulen.

- Nicht dadurch, dass eine oder einige wenige gewinnen,
- nicht durch eine integrative, eine Einheitspsychotherapie – das ist ein Traum,
- nicht durch individuelle aber willkürliche eklektische Kombinationen,
- sondern durch Differenzierung, durch störungsspezifische und immer öfter auch verfahrenübergreifende Therapiemanuale.

Sie liefern nicht nur die therapeutischen Empfehlungen, sondern auch die Indikationskriterien – aber vielleicht andere als die, die man aufgrund seines therapeutischen Glaubensbekenntnisses bislang für unverzichtbar und richtig gehalten hat –, und sie liefern in der Regel auch die diagnostischen Methoden, um diese Kriterien zu erfassen.

Aber die Verwendung diagnostischer Verfahren in der psychotherapeutischen Praxis ist ein weiteres Feld, das im Argen liegt – ein Thema, das mir sehr am Herzen liegt, aber darauf möchte ich jetzt nicht eingehen.

Manchmal werden diese kombinierten, eklektischen Ansätze kritisiert: Da „klaut“ einer eine Methode, die mir gehört! Ja ist denn ein Therapieverfahren ein Gral, der behütet werden muss? Wer sind diese Gralshüter? Was ist deren Motivation? Ich will mich hier nicht völlig unbeliebt machen und überlasse die Antwort lieber Ihnen selbst.

Vielmehr möchte ich mich abschließend einem dritten Bereich zuwenden: der Ausbildung, der Lehre.

Lehre

Das Thema Ausbildung ist heute wieder höchst aktuell, wie Sie wissen. Soll es eine Direktausbildung geben? Vielleicht ist es auch hier hilfreich, einmal zurückzuschauen. Ich möchte auch das aus meinem persönlichen Blickwinkel machen.

Mein erstes Seminar, das ich gehalten habe, nachdem ich 1968 eine Assistentenstelle in Münster bei Lilly Kemmler am neu eingerichteten Lehrstuhl für Klinische Psychologie bekommen hatte, war zur Verhaltenstherapie, zu ihren theoretischen Grundlagen. Und dann lag es nahe, im nächsten Semester ein Seminar zu den verhaltenstherapeutischen Methoden anzubieten und danach ein erstes Fallseminar. Und damit war eine erste dreisemestrige Ausbildung in Verhaltenstherapie entstanden, ähnlich in München auch – eine Therapieausbildung während des Studiums, eine Direktausbildung. Es war ein Modell, das schnell auch an anderen Universitäten realisiert wurde. Wir veranstalteten Treffen, um über didaktische Fragen und Lehrmaterialien auszutauschen.

Die Rahmenprüfungsordnung für den Diplomstudiengang Psychologie von 1973 sah dann für den zweiten Studienabschnitt eine Spezialisierung in einem Anwendungsfach vor. Die weitaus meisten Studierenden wählten die Klinische Psychologie.

Die Nachfrage war riesig. Nicht nur Studierende, sondern in zunehmendem Maße auch bereits berufstätige Kollegen bemühten sich in großer Zahl, an Seminaren in der Universität teilnehmen zu können. Das galt anfangs auch für die Gesprächspsychotherapie. Als ich 1974 nach Bochum ging, hätten wir alle Veranstaltungen verdoppeln oder verdreifachen können, so groß war die Nachfrage der berufstätigen Kolleginnen und Kollegen. Mich riefen Kollegen an, ob ich ihnen nicht wenigstens einen Studenten für ein Praktikum schicken könnte, damit sie von diesem etwas über Verhaltenstherapie lernen könnten.

Die große Nachfrage der praktisch tätigen Kollegen veranlasste uns dann, außerhalb des Studiums Kurse anzubieten. Therapieverbände wurden gegründet, um das zu organisieren und die Ausbildung anzuerkennen. Damit entstand eine zweite Form der Ausbildung: eine Ausbildung für Praktiker durch Verbände, parallel zu der Uni-Ausbildung für Studierende.

All diese Umwälzungen führten zu einem neuen Verständnis der Klinischen Psychologie. In der Sektion Klinische Psychologie des BDP, in deren Vorstand ich 1968 oder 1969 gewählt wurde, wurde zunächst einmal definiert, was denn überhaupt ein Klinischer Psychologe ist, d.h. es wurde ein Berufsbild definiert, und es wurde die Ausbildung zum Klinischen Psychologen festgelegt, und zwar Verfahrens-übergreifend. Denn das Konzept wurde abgestimmt in einer Arbeitsgruppe, die die Sektion Klinische



Psychologie mit den damals existierenden vier Therapieverbänden gebildet hatte. Das Ausbildungskonzept enthielt bereits alle Elemente, die auch heute für die Ausbildung zum Psychotherapeuten tragend sind (1973 veröffentlicht).

Die Ärzteschaft wurde aufmerksam auf das, was da geschah. Sie richtete eine Kommission ein mit dem Namen "Randgebiete der Medizin" – Randgebiete, das waren wir. Zu einer Sitzung wurde der Vorstand des Deutschen Berufsverbandes der Verhaltenstherapeuten in die Bundesärztekammer eingeladen – für mich eine bleibende Erinnerung: Obwohl ich Vorsitzender war, durfte ich nicht mit in den Sitzungsraum, nur ein ärztlicher Vorstandskollege. Ich saß draußen vor der Tür, auf dem Flur. Gelegentlich kann der Kollege raus, um mit mir weitere Punkte zu besprechen, und ging dann wieder in die Sitzung.

Diese Positionsbestimmungen waren auch deswegen notwendig, weil wir ab 1969/1970 begonnen hatten, uns um eine gesetzliche Regelung für Klinische Psychologen (nicht für Psychotherapeuten) zu bemühen. 10 Jahre dauerte das. 1978 war es dann endlich so weit, so glaubten wir: der Referentenentwurf wurde in zwei Anhörungen der Fachöffentlichkeit vorgestellt. Der weitere Verlauf ist Ihnen bekannt: der Entwurf wurde auf den beiden Anhörungen vehement kritisiert und abgelehnt, nicht zuletzt von den Psychologen selber<sup>1</sup>, von wenigen Ausnahmen abgesehen.

Eine herbe Enttäuschung, nicht zuletzt für diejenigen im Ministerium, die den Entwurf erarbeitet hatten. Ausgerechnet die Psychologen selber lehnten den Entwurf ab! Im Anschluss sagte die damals zuständige Referatsleiterin, mit der wir lange Zeit bei der Entwicklung des Entwurfs eng zusammengearbeitet hatten, aus ihrer Enttäuschung und Verbitterung heraus: Herr Schulte, solange ich im Ministerium bin, wird es kein Psychotherapeutengesetz geben.

Übrigens: sie behielt Recht. Kurz vor Wiederaufnahme der Beratungen zu einem Psychotherapeutengesetz schied sie vorzeitig aus dem Ministerium aus.

Das Bundessozialministerium, das damals noch für den sozialrechtlichen Teil des Gesundheitswesens zuständig war und ebenfalls den Referentenentwurf abgelehnt

---

<sup>1</sup> Zu einigen der Gründe, die heute kaum mehr bekannt sind: Im BDP hatten zwischenzeitlich die Kliniker die „Macht ergriffen“ und forderten eine Zulassung aller Psychologen zur Heilkunde, nicht nur der besonders weitergebildeten Klinischen Psychologen bzw. Psychotherapeuten (die meisten Niedergelassenen hatten ja bis dato keine formalisierte Ausbildung). Die DGVT und die GwG hatten sich nach Veröffentlichung des Enquete-Berichts zur Lage der Psychiatrie mit der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zu den „Plattformverbänden“ zusammengeschlossen, die eine Gesamtreform der Psychiatrischen Versorgung und nicht ein isoliertes Berufsgesetz forderten.

hatte, fühlte sich nunmehr verpflichtet, gleichwohl die tatsächlich unbefriedigende Versorgungssituation zu verbessern. In Folge wurde das

- Delegationsverfahren auf Verhaltenstherapie ausgeweitet und
- die sozialrechtliche Seite in Gestalt der kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV ergriff die Initiative, die zu dem Zeitpunkt relativ unregelmäßige und unbefriedigende Ausbildung in Verhaltenstherapie zu organisieren.

Die Ausbildung auch der Verhaltenstherapeuten sollte danach geschehen in Form einer eingliedrigen Ausbildung durch private Ausbildungsinstitute: das Ausbildungsmodell der Psychoanalyse, ein drittes Ausbildungsmodell. Nach diesem Muster wurden nun auch private Ausbildungsinstitute für Verhaltenstherapie aufgebaut und durch die KBV anerkannt. Ihre Absolventen wurden zum Delegationsverfahren zugelassen.

Für die Klinische Psychologie war das keine Lösung. Das universitäre Ausbildungsmodell reichte allerdings auch nicht, es musste erweitert werden, denn eine vollständige Ausbildung einschließlich eigener Therapien unter Supervision war während des Studiums wegen der Numerus-clausus-Situation nicht möglich. Der praktische Teil der Ausbildung musste auf ein postgraduales Studium verlegt werden, wie das für alle akademische Berufe, die mit Menschen zu tun haben, gültig war und ist: eine an den universitären Studiengang anschließende praxisbezogene zweite Phase wie Referendariat bei Lehrern und Juristen, Vikariat oder Facharzt-Weiterbildung.

Um dies aufzubauen, schien mir ein Bund-Länder-Modellversuch, gefördert vom Bund und dem Land NRW, ein guter Weg zu sein. Eine insoweit staatlich anerkannte Ausbildung zum Klinischen Psychologen schien mir zudem auch als ein Mittel, das Thema Psychotherapeutengesetz wieder auf die Tagesordnung zu bringen.

Nach vier Jahre Verhandlungen in den Bildungs- bzw. Wissenschaftsministerien (!) des Bundes und des Landes war es soweit – aber der Antrag scheiterte, am Einspruch der besagten Referentin des Bundesgesundheitsministeriums, denn damit könnte ein Anspruch auf eine gesetzliche Regelung für so ausgebildete Psychologen geschaffen werden. Fast vier weitere Jahre hat es gedauert, bis dann der Bund-Länder-Modellversuch doch genehmigt wurde. Das BMG hatte eine schriftliche Klausel gefordert, dass damit kein Anspruch auf eine gesetzliche Regelung geschaffen würde. Das reichte mir, das Thema war auch in Form dieser Verneinung wieder aktuell.

Der Modellversuch war ein wichtiger Schritt. Dieter Vaitl hatte in Gießen ein Supervisionsmodell geschaffen, das dann auch zu einer Weiterbildung ausgebaut wurde. Nach und nach kamen weitere Universitäten hinzu, und die Deutsche

Gesellschaft für Psychologie führte zusammen mit dem BPP eine Anerkennungskommission für universitäre Weiterbildungsgänge zum Klinischen Psychologen ein.

Doch die Absolventen der universitären Weiterbildungsgänge wurden von den KVen nicht zum Delegationsverfahren zugelassen – trotz Zusagen und Absprachen mit der KBV – für mich ein besonders hartes Kapitel auf dem langen Weg zum Psychotherapeutengesetz, auf das ich aber nicht näher eingehen möchte.

Zehn Jahren nach dem Scheitern des ersten Anlaufs war es dann so weit, das Thema wurde wieder aktuell, als Helmut Kohl Frau Professor Lehr zur Gesundheitsministerin ernannte. Sie machte zumindest einen ersten Schritt und schrieb ein Gutachten zur Frage eines Therapeutengesetzes aus – gegen den Widerstand im eigenen Hause. Es sollte dann aber noch einmal wieder etwa zehn Jahre dauern, die dritte Dekade, bis dann endlich 1998 das Gesetz verabschiedet wurde – 30 Jahre nach Beginn der Bemühungen.

In der letzten Legislaturperiode beschränkten sich die Beratungen auf die sozialrechtlichen Fragen. Am Berufsrecht sollte nicht gerüttelt werden, und somit wurde für die Ausbildung gewissermaßen der status quo übernommen. Es war kein durchdachtes Konzept, sondern das, was sich aufgrund der Rahmenbedingungen entwickelt hatte – mit einer Reihe ordnungspolitischer Brüche und unbefriedigender Regelungen, wie heute das BMG selber beklagt. Die unklare Rolle von Ausbildungskandidaten ist dafür nur ein Beispiel.

Die Ausbildung entspricht nicht der eines akademischen Heilberufs, sondern der von Heilhilfsberufen oder – wie sie heute genannt werden - von nicht-akademischen Heilberufen.

Die Ausbildung zu nicht-akademischen Heilberufen findet „in Deutschland in der Regel an staatlichen Berufsfachschulen oder an staatlich genehmigten, anerkannten Ersatzschulen auf Fachschulniveau statt“ ([http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/de/Nichtakademische\\_Heilberufe/82054.ht](http://www.sm.baden-wuerttemberg.de/de/Nichtakademische_Heilberufe/82054.ht)).

Krankenschwester oder Krankenpfleger wird man nach einer dreijährigen Ausbildung an einer staatlich anerkannten Gesundheits- und Krankenpflegeschule und erfolgreichem Ablegen einer staatlichen Prüfung. - Psychotherapeutin oder Psychotherapeut wird man nach einer dreijährigen Ausbildung an einer staatlich anerkannten Ausbildungsstätte und erfolgreichem Ablegen einer staatlichen Prüfung (§ 5 und § 6 PsychThG).

Was ist der Psychotherapeut? Vor Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes zählten Klinischen Psychologen / Psychotherapeuten zu den Heilhilfsberufen. Jetzt erhalten sie eine Approbation und können in weiten Bereichen eigenverantwortlich entscheiden. Insoweit werden sie behandelt wie akademische Heilberufe. Anders sieht das konstituierende Merkmal "Ausbildung" aus. Machen wir uns nichts vor: Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung wurde von der Abteilung des BMG erarbeitet, die für nicht akademische Gesundheitsberufe zuständig ist. Sie entspricht den Ausbildungsverordnungen nichtakademischer Heilberufe – bis heute.

Formal gesehen ist der Psychotherapeut aktuell somit eher ein Lehrberuf, kein akademischer Beruf, dem allerdings gewisse Rechte zugestanden werden, die sonst nur den akademischen Heilberufen zukommen.

Da der Gesetzgeber das Psychotherapeutengesetz anpassen will, gibt es aktuell die realistische Möglichkeit, die Ausbildung zum Psychotherapeuten als einen Studiengang, vergleichbar einem konsekutiven Masterstudiengang, einzurichten. Die Ausbildung zum Psychotherapeuten erfolgte damit analog zur Ausbildung von Ärzten:

- ein Studium, das mit der Approbation abschließt, und anschließend
- eine Spezialisierung als Weiterbildung, die mit dem Erwerb der Fachkunde und der sozialrechtlichen Zulassung abschließt.

Für das Studium brauchte man kaum etwas zu ändern, und die Weiterbildung wäre fast identisch mit den heutigen Ausbildungsgängen zum Psychotherapeuten, durchgeführt durch die gleichen Ausbildungsinstitute wie heute. Da das Studium durch eine staatliche Approbationsordnung geregelt würde, könnte damit auch besser festgelegt werden, dass alle wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren berücksichtigt werden, mehr als das möglicherweise im Moment der Fall ist. Erst danach käme – wie auch im Moment – die Entscheidung für einen Therapieschwerpunkt.

Für Abiturienten, die Psychotherapeuten werden wollen, würde sich nicht mehr die Frage stellen, ob sie Psychologie oder Pädagogik studieren. Sie würden den Studiengang Psychotherapie oder wie er heißen mag studieren. Von welchen Fakultäten dieser Studiengang angeboten wird, muss nicht formal festgelegt werden. Er kann von solchen Fakultäten angeboten werden, die - lokal und international - auch Forschung in diesem Bereich machen. Wir wären dann – wie gesagt – ein

akademischer Beruf, und die Einheit von Forschung und Lehre ist für akademische Berufe selbstverständlich und unabdingbar.

Der Gesetzgeber ist nunmehr bereit und gewillt, Psychotherapeuten als eindeutig akademischen Heilberuf anzuerkennen – der krönende Abschluss einer wahrlich langen Entwicklung. Das ist keine Utopie, es ist eine realistische Möglichkeit - aber wird sie kommen. Oder werden wir selber, die Psychotherapeuten, erneut dafür sorgen, dass diese Möglichkeit scheitert, so wie beim ersten Anlauf zum Psychotherapeutengesetz?

Ich weiß, wie viele Sorgen und Befürchtungen mit der Vorstellung einer Direktausbildung verbunden sind. Die Frage ist, ob die vermuteten negativen Auswirkungen wirklich unvermeidlich sind? Ich bin überzeugt, dass das nicht der Fall ist. Es geht schließlich nicht um eine juristische Frage, was derzeit möglich ist, sondern um eine politische Frage, was man gestalten möchte.

Wir sollten uns einlassen auf eine ernsthafte Prüfung einer akademischen Ausbildung für Psychotherapeuten. Das wäre mein größter Wunsch, wenn ich mir denn an diesem Tag etwas wünschen dürfte.

Ängste und Sorgen sind ein guter Ratgeber für konstruktive Lösungen - aber nicht für Vermeidung.