

## **Entschließungsantrag**

**der Abgeordneten Monika Knoche, Marieluise Beck (Bremen), Andrea Fischer (Berlin), Kerstin Müller (Köln), Irmingard Schewe-Gerigk und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.  
– Drucksachen 13/8035, 13/9212 –**

**Entwurf eines Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze**

**b) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.  
– Drucksachen 13/8039, 13/9212 –**

**Entwurf eines Neunten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Neuntes SGB V-Änderungsgesetz – 9. SGB V-ÄndG)**

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf:

- dem Grundsatz der World Health-Organisation (WHO) gemäß, daß zur Gesundheit in gleichem Maße das körperliche und das seelische Wohlbefinden gehört, Voraussetzungen zu schaffen, die Personen mit psychischen Erkrankungen eine adäquate psychotherapeutische und psychosomatische Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellt;
- psychisch Kranke umfassend somatisch Kranken gleichzustellen. Demnach müssen Versicherte ohne Umwege einen direkten Zugang zur Psychotherapeutin oder zum Psychotherapeuten erhalten. Die Ausformungen der Kooperation von Ärztinnen und Ärzten und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten ist zwischen den Berufsständen eigenständig zu regeln;
- die psychotherapeutische Krankenbehandlung von Selbstkostenbeteiligung freizuhalten, um eine Diskriminierung

psychisch Kranker gegenüber somatisch erkrankten Personen zu verhindern. Psychotherapeutische Behandlung muß allen Versicherten ohne Einschränkungen zugänglich sein;

- sozial- und berufsrechtlich psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten prinzipiell gleichzustellen sowie Rahmenbedingungen für eine umfassende eigenverantwortliche psychotherapeutische Tätigkeit der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten im Sinne eines eigenständigen Heilberufes zu schaffen;
- zur umfassenden qualitativen Strukturierung der Therapieangebote und zur berufsrechtlichen Absicherung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die Bildung von eigenen Kammern auf Länderebene zu ermöglichen. Durch die Verkammerung wird die Unabhängigkeit als berufsständische Körperschaft hergestellt, die für die wissenschaftliche Anerkennung von psychotherapeutischen Verfahren notwendig ist;
- den Kammern der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten die Möglichkeit einzuräumen, sozialrechtlich tätig zu werden und mit den Krankenkassen die finanziellen Transaktionen zu vollziehen. Künftige Konflikte in den Kassenärztlichen Vereinigungen, die durch eine zwanghaft herbeigeführte Integration der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in die KV entstehen, sind durch diese Struktur zu vermeiden;
- einer eigenen Bundesvereinigung der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten die Möglichkeit einzuräumen, im Rahmen eines Bundesausschusses eigenständig mit den Krankenkassen über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten und den dazu erforderlichen Verfahren (Zulassung als Richtlinienverfahren) zu verhandeln;
- rechtliche Rahmen-, Ausbildungs- und Übergangsbedingungen zu schaffen, daß den Kassenpatientinnen und Kassenpatienten ein qualifiziertes und breites Methodenspektrum und Methodenelemente (z.B. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Familientherapie) in der ambulanten psychologischen Psychotherapie zur Verfügung stehen. Das Anrecht auf Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten muß gewahrt und das Angebot der für sie richtigen Therapie muß gewährt bleiben. Damit ist sicherzustellen, daß in der Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Personen die jeweilige Leistungsfähigkeit der Therapie bezogen auf die unterschiedlichen Krankheitsbilder zum tragen kommt, die Versorgung an die wissenschaftliche Entwicklung angeschlossen bleibt und die Schulbegrenzungen überwunden wird. Supervision und

Evaluation sind dabei geeignete Instrumente, um die Qualität der Behandlungen zu sichern und fortzuentwickeln;

- die Neueinsetzung eines eigenen Bundesausschusses Psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und Krankenkassen zu veranlassen und gleichzeitig dafür Sorge zu tragen, daß die Richtlinien möglichst umgehend dem Stand der psychologisch-wissenschaftlichen Forschung und den Erkenntnissen aus der psychologischen Praxis angeglichen werden;
- die Übergangsregelungen und Nachqualifikation so zu gestalten, daß sie eine integrative Ausrichtung haben und Rechtssicherheit entsteht. Sie müssen dem Ziel der Sicherung eines qualifizierten und breiten Therapiespektrums verpflichtet sein. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und andere akademische Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die jahrelang auf Kostenerstattungsbasis gearbeitet bzw. gegenüber den Krankenkassen abgerechnet haben, dürfen nicht benachteiligt werden;
- die Behandlung von jungen Erwachsenen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie im Bedarfsfall auch für bis zu 21jährige junge Erwachsene zugänglich zu machen;
- sich für den Auf- und Ausbau einer frauengemäßen Psychotherapie einzusetzen. Psychische Störungen von Frauen sind oft auf ihre frauenspezifischen Lebenszusammenhänge, ihre gesellschaftliche Diskriminierung zurückzuführen oder haben sexistische Ursachen. Daher ist eine frauengerechte Psychotherapie zu garantieren. Sie muß die Wirkungszusammenhänge innerkultureller Diskriminierung und Gewalt reflektieren und die wissenschaftlich anzuerkennenden und in den Regelleistungskatalog zu überführenden Therapieverfahren auf ihre Gültigkeit für Frauen prüfen und ein geeignetes Spektrum von geschlechterdifferenzierten Verfahren für Frauen sichern. Diese Geschlechterspezifität ist angemessen in der Bedarfsplanung miteinzubeziehen;
- den bisherigen Benachteiligungen von z. B. Ertaubten in der Psychotherapie und in bestimmten Verfahren entgegenzuwirken. Gleiches gilt für Migrantinnen und Migranten. Ihnen ist eine an ihren Sprach- und Artikulationsmöglichkeiten ausgerichtete Therapien anzubieten und in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen.

## II. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Nachdem die Bundesregierung schon zwei Drittel dieser Legislaturperiode hat verstreichen lassen und endlich nach wiederholten Aufforderungen einen Gesetzentwurf über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten vorgelegt hat, möchte sie ohne angemessene Beratung und in übereilter Hast ihren Gesetzentwurf im Deutschen Bundestag verabschieden. Damit wird sie der Ernsthaftigkeit und der Bedeutung dieser Regelung für die ambu-

lante psychotherapeutische und der Gesundheitsversorgung insgesamt nicht gerecht.

Mit der großen Psychiatriereform vor 25 Jahren sollten die Defizite in der psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten angegangen und beseitigt werden. Damals wurde die Stigmatisierung und Unterversorgung von psychisch Kranken ins öffentliche Bewußtsein gerückt. Der Weg in die gemeindenähe Sozialpsychiatrie wurde geöffnet. Bei der Gleichstellung von psychisch Kranken mit den körperlich Kranken wurden im stationären Bereich Fortschritte erzielt. Interdisziplinäre Therapieformen im stationären Bereich, die alle Heil- und Sozialberufe umfassen, waren gewollt.

Im ambulanten Bereich konnte bisher eine gleichgeartete Versorgung nicht erreicht werden. Ebenso gibt es Defizite in der Verzahnung von ambulanter oder stationärer Psychotherapie mit ambulanter und stationärer somatischer Medizin. Zahlreiche Patientinnen und Patienten bräuchten eine psychotherapeutische-psychosomatische Kompetenz im stationären und ambulanten Bereich der somatischen Medizin. Die Psychotherapie im allgemeinen Gesundheitsangebot zu verankern, ist bis heute nicht erreicht und erfordert kontinuierliche Reformanstrengungen.

Nach den Grundsätzen der Weltgesundheitsorganisation besteht Gesundheit aus sozialem, seelischem und körperlichem Wohlbefinden. Dennoch werden in der bisherigen medizinischen Versorgung die psychosozialen und psychotherapeutischen Aspekte in der Gesundheitsversorgung nicht ausreichend berücksichtigt. Psychotherapie wird oft als Luxusleistung verkannt oder ist mit Schwellenängsten belegt. Fast 30 % aller Patientinnen und Patienten, die Allgemeinärzte und -ärztinnen aufsuchen, leiden unter behandlungsbedürftigen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Aber nur etwa 3 bis 4 % werden als solche diagnostiziert. Patientinnen und Patienten mit diesen Krankheitsbildern werden häufig erst nach Ablauf von 7 Jahren adäquat diagnostiziert und behandelt. Die hohe Anzahl von etwa 1,5 Millionen medikamentenabhängiger Personen weist ebenso auf große Defizite in der psychotherapeutischen Gesundheitsversorgung hin. Diese Defizite unterstreichen die Förderungswürdigkeit der Psychotherapie und die Notwendigkeit, Psychotherapie als Regelleistung in den Leistungskatalog der Krankenkassen einzuführen.

Qualifizierte Psychotherapie ist in der Lage, die Lebensqualität psychisch Erkrankter positiv zu verändern und die Krankheit zu überwinden. Ebenso bildet sie oftmals die Voraussetzung dafür, die Arbeitsfähigkeit psychisch kranker Menschen zu erhalten bzw. wiederherzustellen und ihr Verbleiben im eigenen sozialen Umfeld zu ermöglichen. Sie trägt positiv zur Verringerung von Krankenhausaufenthalten bei. Eine nicht sach- und personengemäße Behandlung von psychotherapiebedürftigen Personen im Gesundheitssystem verschlechtert die Gesundheitschancen psychisch Erkrankter. Falsche Medikamentisierung, und die dadurch hervorgerufenen somatischen und psychischen Schäden stellen eine unverträgliche Gesundheitsbelastung der Patientinnen und Patienten dar.

Die Fehlbehandlungen bzw. die Versorgungslücken belasten unmittelbar den Etat der Krankenkassen. Zudem verursachen sie beachtliche volkswirtschaftliche Folgekosten.

Die Vergütungen ambulanter psychotherapeutischer Leistungen haben aus den Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung für ambulante Versorgung zu erfolgen. Die Ausgaben für Psychotherapie stehen in einem unmittelbaren Zusammenhang mit Aufwendungen für medizinisch-medikamentöse Leistungen. Die Etablierung der Psychotherapie als Regelleistung müßte sich daher auf die Ausgaben der medizinisch-medikamentösen Leistungen reduzierend auswirken.

Das jetzt zu beschließende Psychotherapeuten- und Psychotherapeutengesetz ist eine zwingende und überfällige Konsequenz der Psychiatrie-Enquete von 1975. Zwei Anläufe zur berufsrechtlichen und sozialrechtlichen Regelung der Berufe scheiterten 1978 und 1994. In der 12. Legislaturperiode war die Bundesregierung nicht bereit, den Bundesratsentwurf, der von den Ländern Hessen und Nordrhein-Westfalen eingebracht worden war, zu übernehmen. Der Bundesratsentwurf stellt den weitestgehenden Kompromiß zwischen den Bundesländern dar. In Fragen der Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken sowie in der Gleichstellung der Berufsstände formulierte der Bundesratsentwurf wichtige Grundlagen. Insbesondere durch ihr Beharren auf Selbstbeteiligung blockierte die Bundesregierung damals eine Lösung.

Das Verständnis für seelische Erkrankungen und das Verlangen nach einer psychotherapeutischen Behandlung ist in der Bevölkerung gewachsen. Vielfach ist der Wunsch seelisch erkrankter Menschen zu beobachten, den direkten Zugang zur Psychotherapie als Mittel und freie Wahl der Heilbehandlung zu sehen.

In den letzten Jahrzehnten entwickelte sich eine unregelmäßige Vielfalt auf dem „freien Psychomarkt“, die Anlaß gibt, seelisch Kranke vor den Gefahren zweifelhafter „Psychoangebote“ zu schützen. Sie unterstreicht die Notwendigkeit einer qualitativen Strukturierung der Psychotherapieangebote durch gesetzliche Anforderungen und Rahmenbedingungen.

Es sind im Interesse der Patientinnen und Patienten verbindliche Kriterien zur Qualitätssicherung unterschiedlicher Therapierichtungen zu finden.

Für die Herausbildung eines positiven Berufsbildes und einer hochwertigen und qualifizierten Psychotherapie ist das Modell einer eigenständigen Kammer der Berufe der Psychologischen Psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichentherapie auf Länderebene sachgerecht. Sie ermöglicht den „grauen“ Psychotherapiemarkt qualitativ zu strukturieren sowie die Entwicklung und Einhaltung berufsethischer und berufsrechtlicher Grundsätze zu fördern.

Einer aus den Länderkammern entstehenden Bundeskammer oder einem Beirat ist die Aufgabe zu übertragen, die Angebotsvielfalt zu strukturieren und notwendige Orientierungshilfen für psychotherapiebedürftige Personen im Angebotsspektrum zu gewährlei-

sten. Den Kammern fällt ebenso die Aufgabe zu, die Qualität der anzuwendenden Verfahren nach Stand der Wissenschaft zu bewerten.

Insgesamt wird mit der Kammerbildung die Kontrolle der Berufsausübung auf die Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts übertragen und die Staatsverwaltung entlastet sowie die Eigenständigkeit und die gesellschaftliche Verantwortung des Berufsstandes gefördert.

Die von der Bundesregierung vorgenommene Verengung auf zwei Richtlinienverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie) ignoriert, daß in der Realität im stationären und ambulanten Sektor schon ein breites und hochwertiges Therapiespektrum vorhanden ist, und verpaßt den Anschluß an die wissenschaftliche Entwicklung. Für eine adäquate psychotherapeutische Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten ist ein breites und qualifiziertes Methodenspektrum und Methodenelemente (z. B. tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Familientherapie) erforderlich. Kassenpatientinnen und -patienten müssen die Möglichkeit haben, Therapeutinnen und Therapeuten ihrer Wahl aufzusuchen und zwischen verschiedenen Therapierichtungen und -elementen wählen zu können.

Die durch die Bundesregierung forcierte Integration der Psychologischen Psychotherapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen stellt keine sachgerechte Lösung dar. Es ist absehbar, daß durch das Beharren der Bundesregierung auf die zwanghafte Integration der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in die Kassenärztliche Vereinigung, nachdem diese von der Vollversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen im September noch abgelehnt worden ist, Konflikte zwischen Ärztinnen/Ärzten und Psychologinnen/Psychologen in den Kassenärztlichen Vereinigungen vorprogrammiert sind. Der Versuch der Bundesregierung, durch Nachbesserungen rein zugunsten der Kassenärzte ihr gescheitertes Integrationsmodell zu retten, geht zu Lasten der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die bisher auf Kostenerstattungsbasis gearbeitet haben. Ein eigenes Gremium aus ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Kammern aus Landesebene) ist geeigneter, um mit den Krankenkassen zu verhandeln.

Gerade daß die Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der Kostenerstattung unter restriktiven Bedingungen am Markt entstehen und bleiben konnten, weist daraufhin, daß die Qualität ihrer Arbeit von ihren Klientinnen und Klienten anerkannt worden ist und daß die bestehende psychotherapeutische Grundversorgung völlig unzureichend war.

Die Bundesregierung schafft durch ihre Verengung auf die Richtlinienverfahren, den geplanten Übergangsregelungen bzw. Nachqualifikationshürden erhebliche Rechtsunsicherheit. Es ist nicht ausgeschlossen, daß einem großen Teil der bisher auf Kostenerstattung arbeitenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die fast die Hälfte der Versorgung ausmachen, die Kassenermächtigung versagt bleibt und für sie das berufliche Aus bedeutet. Eine

Reduzierung auf die bestehenden Richtlinienverfahren würde die psychotherapeutische Versorgung im ambulanten Bereich quantitativ und qualitativ beeinträchtigen. Die Leidtragenden werden die Patientinnen und Patienten sein.

Den Erfahrungen langjähriger hochwertiger Berufspraxis ist Rechnung zu tragen. Die Übergangsregelungen (Nachqualifikation) müssen daher integrativ gestaltet sein, damit diejenigen, die z. T. jahrelang psychotherapeutisch tätig waren, nicht aus Pfründeinteressen anderer ihrer beruflichen Existenz beraubt werden.

Die Etablierung eines eigenen Bundesausschusses für psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Krankenkassen bietet die besten Voraussetzungen für die Unabhängigkeit von Einzel- oder Gruppeninteressen.

Insbesondere besteht die Notwendigkeit, möglichst umgehend die Richtlinien dem Stand der psychologisch-wissenschaftlichen Forschung und den Kenntnisstand der psychologischen Praxis anzupassen.

Die Einführung einer Selbstbeteiligung durch die Bundesregierung widerspricht der Gleichstellung aller Kranken im Gesundheitswesen. Mit der Selbstkostenbeteiligung diskriminiert die Bundesregierung seelisch Kranke gegenüber somatisch Kranken. Die Einführung der Selbstbeteiligung bei ärztlicher und psychologischer Psychotherapie stellt einen Systembruch dar. Erstmals würde für medizinische Leistung ein Eintrittsgeld erhoben.

Das jetzige Festhalten der Bundesregierung an der Selbstbeteiligung widerspricht heute allen Erkenntnissen der Expertinnen und Experten. Selbst diejenigen, die damals in Forschungsgutachten eine 10 bis 15 %ige Selbstbeteiligung befürworteten, gehen heute davon aus, daß eine 10 bis 15 %ige Zuzahlung nur Nachteile mit sich bringt, die dadurch entstehen, daß Patientinnen und Patienten, die dringend einer Behandlung bedürfen, nicht zur Therapie kommen. Selbstkostenbeteiligung würde die stärksten Unterversorgten zuerst aus dieser Heilbehandlung drängen. Das sind Ärmere, wirtschaftlich abhängige Frauen, kinderreiche Familien und Ausländerinnen und Ausländer.

Die Vorstellung, mit der Zuzahlung an die Eigenverantwortlichkeit zu appellieren, greift gerade bei denen nicht, die schwer bzw. chronisch psychisch krank sind, an Suchterkrankungen leiden oder suizidgefährdet sind. Je kränker jemand ist, desto mehr ist gerade die Herstellung der Eigenverantwortlichkeit ein Ziel der Behandlung, die aber erst einmal das Eingehen einer Psychotherapie zur Voraussetzung hat.

Den Zugang zur Psychotherapie durch die Bundesregierung gesetzlich unter einen gewissen Arztvorbehalt (konsiliarische Abklärung) zu stellen, ist gegenüber dem verbindlichen Reformziel, die Gesundheitsversorgung psychisch Erkrankter qualitativ zu verbessern, nicht sachgerecht. Ein uneingeschränktes Direktzugsrecht für alle Patientinnen und Patienten und der Verzicht der Unterordnung eines akademischen Heilberufes unter einen anderen muß Grundlage des Gesetzes sein. Die Ausformungen der

gegenseitigen Konsultation der ärztlichen und psychologischen Profession muß von den Berufsständen selbst vereinbart werden.

Die Bundesregierung erkennt, daß für die Gesundheitsbedürfnisse von Frauen die psychologische Psychotherapie eine besonders wichtige Leistung darstellt. Zwei Drittel aller Patienten in psychosomatischen und psychotherapeutischen Einrichtungen sind weiblich. Laut Verschreibungsstatistik werden Frauen doppelt so häufig Psychopharmaka verordnet. Die psychischen Folgewirkungen der geschlechtsspezifischen Sozialisation, die noch immer bestehenden Benachteiligungen, Einengungen und Einschränkungen gesellschaftlich bestimmter Rollen und Rollenerwartungen, Mehrfachbelastungen durch Familie und Beruf, Kränkungen und Gewalterfahrungen führen zu vielfachen seelischen Beeinträchtigungen.

Psychische Erkrankungen von Frauen stehen z. T. in anderen Verursachungszusammenhängen als die von Männern. Belastungen und Traumatisierungen führen auch zu anderen, frauenspezifischen Erkrankungsformen, z. B. im Bereich der Eßstörungen. Diagnostisch und therapeutisch wird damit häufig nicht adäquat umgegangen. Von einer frauengemäßen Psychotherapie ist vor allem zu fordern, daß sie sich an den realen Erfahrungen von Frauen und frauenspezifischen Lebenszusammenhängen orientiert. Frauengemäße Psychotherapie versteht und diagnostiziert das Leiden nicht nur als individuelle Störung, sondern auch als Ausdruck gesellschaftlicher Verhältnisse. Von den Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist u. a. durch die Ausbildung ein hinreichendes Maß an eigener Aufgeklärtheit in Hinblick auf Werte, Normen, geschlechtsspezifischen Sichtweisen und Sozialisation zu fordern.

Ebenso mangelt es der Bundesregierung an Bereitschaft, die Benachteiligungen in der psychotherapeutischen Versorgung von z. B. Migrantinnen und Migranten, Ertaubten, Gehörlosen etc. z. B. durch Auflagen für die Richtlinien zu beseitigen. Für Migrantinnen und Migranten z. B. bedeutet Psychotherapie in einer fremden Sprache eine große Belastung.

Bonn, den 25. November 1997

**Monika Knoche**

**Marieluise Beck (Bremen)**

**Andrea Fischer (Berlin)**

**Irmingard Schewe-Gerigk**

**Joseph Fischer (Frankfurt), Kerstin Müller (Köln) und Fraktion**