

Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes (PsychThGAusbRefG)

Der Referentenentwurf eines Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes (PsychThGAusbRefG) birgt sowohl im Entwurf, wie auch in seiner Begründung eine Reihe von Unschärfen und Fehlern, die aus unserer Sicht dringend einer Änderung bedürfen, nicht zuletzt auch, um möglichen Gefährdungen der Patientensicherheit zu begegnen.

Im Nachfolgenden führen wir die von uns besonders kritisch gesehenen Punkte an, wobei wir eine chronologische Reihenfolge einhalten.

Kritisch sehen wir die Absicht der Einführung einer Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ (§ 1 (1)), insbesondere in Verbindung mit der Bestimmung in Satz 4, wonach Ärztinnen und Ärzte die Bezeichnung „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ führen „dürfen“, wenn sie den Zusatz „ärztlich“ verwenden. Scharf zurückzuweisen ist jedoch die Absicht des Gesetzgebers, dass Ärztinnen und Ärzten nur noch die Bezeichnung „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ mit dem Zusatz „ärztlich“ führen dürfen, wenn sie überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Nach bisher geltendem Recht liegt der Bezeichnung Psychotherapie als Teil des Facharztstitels oder als Zusatzweiterbildung eine erworbene Qualifikation zugrunde und bemisst sich nicht daran, ob und in welchem Umfang die/der Qualifizierte psychotherapeutisch tätig ist. Die neue Formulierung würde dazu führen, dass alle nicht überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte trotz vorliegender Qualifikation - im Gegensatz zu dem beabsichtigten Beruf des (nichtärztlichen) Psychotherapeuten, für den eine entsprechende Regelung nicht gelten soll - sich nicht mehr Psychotherapeutin oder Psychotherapeut nennen dürften.

Hierin ist ohne Zweifel nicht nur eine Entwertung sondern auch eine vom Gesetzgeber offenbar intendierte sukzessive Abschaffung der ärztlichen Psychotherapie zu sehen. Psychotherapie als Behandlung von seelischen Krankheiten und Leidenszuständen ist seit jeher Kernaufgabe und essentielles Element ärztlichen Tuns. Die Einführung einer zusätzlichen Begrifflichkeit „ärztlicher Psychotherapeut“ wäre nur dann hinnehmbar, wenn hier im Sinne der Gleichbehandlung von anderen Berufsgruppen verlangt würde, sich als „nichtärztliche Psychotherapeuten“ zu kennzeichnen.

In § 1 (2) erscheint uns die definitorische Bestimmung von „heilkundlicher Psychotherapie“ mangelhaft. Insbesondere erscheint uns nicht hinlänglich klar, unter welchen Bedingungen Psychotherapie als wissenschaftlich anerkannt und auf Evidenz geprüft würde gelten können. Aus unserer Sicht ist alleine die Bestimmung „wissenschaftlich anerkannt“ hinreichend, sofern damit festgelegt ist, dass die

Bewertung als „wissenschaftlich anerkannt“ durch ein dazu qualifiziertes Gremium, wie gegenwärtig durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, erfolgt.

Mit Sorge sehen wir, dass auch eine „gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert“ als Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie angesehen werden soll. Hier wird nach unserer Auffassung einer privatwirtschaftlichen Kommerzialisierung der Psychotherapie die Tür geöffnet. Keineswegs handelt es sich hier um eine Petitesse. Dies wird deutlich, wenn man diese Bestimmung beispielsweise kontrastiert mit der ärztlichen Muster-Berufsordnung, die in den §§ 3 und 18 deutlich die Unvereinbarkeit von ärztlicher Tätigkeit mit gewerblicher Tätigkeit klar legt. Darüber hinaus ist ja auch die definitorische Festlegung von „Psychotherapie“ als Tätigkeit zur Behandlung von Störungen „bei denen Psychotherapie indiziert ist“, im Wesentlichen zirkulär und insoweit inhaltsfrei.

Man muss sich fragen, warum der Referentenentwurf eine solche definitorische Blankoformulierung wählt, denn in der wissenschaftlichen Psychologie liegen deutlich klarere und spezifischere Definitionen dessen vor, was Psychotherapie ist. So heißt es schon bei Strotzka (1978, S. 4): „Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.“

Die „American Psychological

Association“ (<https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/psychotherapy.pdf>, Abruf 16.01.2019) beantwortet die Frage „What is Psychotherapy?“ in ebenfalls spezifischerer Weise wie folgt: „Psychotherapy involves communication between patients and therapists that is intended to help people: Find relief from emotional distress, as in becoming less anxious, fearful, or depressed. Seek solutions to problems in their lives (...). Modify ways of thinking and acting that are preventing them from working productively and enjoying personal relationships“.

Klaus Grawe, Ruth Donati und Friederike Bernauer (1994) legen sich dahingehend fest: „Psychotherapie lässt sich von anderen Behandlungsmethoden vor allem dadurch unterscheiden, dass sie sich psychologischer Mittel bedient, um ihre Behandlungsziele zu erreichen“ (S. 10).

Keine einzige dieser Definitionen, deren Zahl sich ohne Probleme vermehren ließe, ist ähnlich schwammig und zirkulär, wie die des Referentenentwurfs.

Unsere Sorge, dass mit dem PsychThGAusbRefG eine weitergehende und grundsätzliche Veränderung des Gesundheitssystems angestoßen werden soll, wird auch dadurch begründet, dass in § 7 (2) des Entwurfs auch die „Feststellung, Erhaltung, Förderung oder Wiedererlangung der (...) physischen Gesundheit von Patientinnen und Patienten aller Altersstufen“ zum Gegenstand der psychotherapeutischen Versorgung erklärt wird. Die im Begründungstext (S. 55) vorgenommene Erläuterung, der Begriff der physischen Gesundheit beziehe sich nicht auf die somatische Versorgung, ist vollkommen unglaubwürdig. Tatsächlich steht diese Erläuterung, der

noch nicht einmal der Status eines notdürftigen Feigenblatts zuzubilligen ist, im Gegensatz zu der Erläuterung auf S. 69 des Begründungstextes, wo mit Bezug auf die Modellstudiengänge gefordert wird, es sei darauf zu achten, „dass die Studiengangskonzepte neben speziellen Kenntnissen der Psychopharmakologie breite medizinische Kenntnisse vermitteln“, mit dem Ziel, „dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in gleicher Weise wie Ärztinnen und Ärzte die Arzneimitteltherapiesicherheit gewährleisten können“. Aus unserer Sicht wird hier völlig klar, dass das Ziel des PsychThGAusbRefG eben genau darin besteht, einen neuen minder qualifizierten Gesundheitsberuf zu etablieren, irgendwo zwischen „Barfußarzt“ und „Feldscher“.

Ein Mangel der wissenschaftlichen Fundierung des neu zu schaffenden Studiums wird darin deutlich, dass im Entwurf festgeschrieben wird, dass die Länder, die für die Kosten des Studiums aufkommen sollen, zumindest auf der Ebene des grundlegenden Bachelorstudiums keinen Einfluss auf die Gestaltung der Studieninhalte nehmen können. Nicht anders jedenfalls kann die Regelung verstanden werden, dass in der Akkreditierung des Bachelorstudiengangs die Landesgesundheitsbehörden lediglich durch „die Vertreterin oder den Vertreter der Berufspraxis“ Einfluss nehmen können. Es gehört wenig Phantasie dazu sich vorzustellen, dass diese Vertreter natürlich ihre jeweils eigenen (z. B. kommerziellen) Interessen in den Vordergrund stellen werden, wenn eine effektive, unmittelbare, staatliche Kontrolle fehlt.

Wenn in § 7 (3) gefordert wird, das Studium solle dazu befähigen, „Störungen mit Krankheitswert, bei denen psychotherapeutische Versorgung indiziert ist, festzustellen sowie zu behandeln oder notwendige weitere Behandlungsmaßnahmen durch Dritte zu veranlassen“, dann wird hier deutlich, dass in Verbindung mit Abs. (2) und den auf die Arzneimitteltherapie bezogenen Erläuterungen im Begründungstext durchaus ein Ersatz einer primärärztlichen Versorgung durch die zukünftigen „Psychotherapeuten“ angezielt sein könnte. Tatsächlich findet sich im Referentenentwurf an keiner Stelle eine haltbare Abgrenzungslinie gegenüber dem medizinischen Versorgungsbereich. Es bleibt auch völlig unklar, wo die Befugnisse der sogenannten „Psychotherapeuten“ enden, Behandlungsmaßnahmen durch Dritte zu veranlassen. Folgt man dem Text des Entwurfes, so wäre es durchaus denkbar, dass diesen „Psychotherapeuten“ beispielsweise zugestanden wird, eine fachärztliche, beispielsweise kardiologische Abklärung bei Patienten mit herzbezogenen Ängsten zu veranlassen, ohne dass sie über die für eine solche Indikationsstellung erforderliche medizinische Ausbildung verfügen.

Die Mängel in der wissenschaftlichen Fundierung der durch dieses Gesetz projektierten zukünftigen psychotherapeutischen Versorgung werden auch darin deutlich, dass in der Begründung zu § 8 (S. 56 im Begründungstext) lediglich vorgeschlagen wird, dass der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie in zweifelhaften Fällen gehört werden soll. Wir fordern demgegenüber, dass der Beirat in diesen Fällen gehört werden muss.

In die gleiche Richtung einer mangelhaften wissenschaftlichen Fundierung weist der Umstand, dass in § 9 (2) von den 300 ECTS Punkten lediglich 180 in der Weise als für die Berufszulassung maßgeblich angesehen werden, dass deren Lernergebnisse inhaltlich durch eine Approbationsordnung vorgegeben werden sollen. Man fragt sich natürlich: Warum soll ein Studiengang neu definiert werden, bei dem von vornherein festgelegt wird, dass nur 60 % der zu vermittelnden Inhalte für die Berufszulassung

relevant sind? Was soll mit den anderen 40 % geschehen? Auch hier schafft die Begründung des Referentenentwurf auf S. 69 Klarheit, wenn es dort heißt: „zur Vermittlung der psychopharmakologischen Inhalte und Kompetenzen werden daher die 120 ECTS Punkte (3.600 Stunden) genutzt werden müssen (...)“. Auch hier wird klar, dass der Referentenentwurf darauf zielt, eine Hochschulausbildung zu konzeptualisieren, die letztendlich einen „Schmalspurarzt“ hervorbringen soll, der in gewinnorientierten Unternehmungen gewerblich eingesetzt werden kann.

In unserer eingangs vorgenommenen Diskussion der Definition von „Psychotherapie“ haben wir bereits darauf verwiesen, dass es anerkannter Konsens ist, dass Psychotherapie in der Anwendung psychologischer Verfahren besteht. Insoweit geht auch die Forderung in § 26 in die Irre, in Modellversuchsstudiengängen solle das Studium um den Erwerb von Kompetenzen erweitert werden „die zur Feststellung, Verordnung und Überprüfung von psychopharmakologischen Maßnahmen als Bestandteil der psychotherapeutischen Versorgung erforderlich sind.“ Eine „Psychotherapie“, die im Sinne international anerkannter Definitionen diesen Namen verdient, hat mit Psychopharmakologie nichts zu tun. Psychopharmakotherapie gehört in die Hände des Arztes und muss dort verbleiben. Von diesem Grundsatz abzuweichen bedeutet, erhebliches Risiko der Gefährdung von Patientensicherheit in Kauf zu nehmen. Aus ärztlicher und fachärztlich-psychosomatischer Sicht ist es nicht hinnehmbar, wenn minder qualifizierten sogenannten „Psychotherapeuten“ eine Befähigung zugesprochen werden soll, pharmakologische Maßnahmen, die gegebenenfalls von Fachärzten getroffen wurden, zu „überprüfen“ (also auch zu verändern), ohne dass sie hierzu erforderliche adäquate Kenntnisse und Fähigkeiten erworben haben, die nach unserer Überzeugung nur in einem fundierten Medizinstudium mit nachfolgendem praktischen Jahr und (mindestens) einer Facharztweiterbildung angeeignet werden können.

Abs. (2) des § 26 legt klar, worum es bei den Modellstudiengängen geht: Es soll ein „Arzt light“ geschaffen werden, der möglichst schon im Bachelor-Studium im Rahmen berufspraktischer Einsätze in die Versorgung einbezogen wird, ohne dass die Landesgesundheitsbehörden auf diesen Einsatz wesentlich Einfluss nehmen können, denn auf nichts anderes zielt der in Abs. (2) angeführte Verweis auf § 9 (3) des Referentenentwurfs.

Zu fürchten ist weiterhin, dass hier eine weitgehende Intransparenz des Geschehens in den Modellstudiengängen angestrebt wird, wenn in § 26 (4) lediglich gefordert wird, dass Ergebnisse einer Evaluierung der Modellversuchsstudiengänge den Landesgesundheitsbehörden vorzulegen sind. Zu fordern wäre hier eine Pflicht zur Veröffentlichung solcher Evaluierung, wenn nicht die Absicht der Etablierung von Modellstudiengängen aus o. g. Gründen grundsätzlich zurückgewiesen werden muss.

In hohem Maße kritisch sehen wir in Artikel 2 des Referentenentwurfs die Absicht, eine Veränderung des § 92 (6a) des SGB V dahingehend vorzunehmen, dass der Verweis auf „die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren“ gestrichen wird und durch einen Passus ersetzt wird, demgemäß in der Psychotherapierichtlinie des G-BA das Nähere zu regeln sei, über „Art, Umfang und Durchführung der Behandlung mit den psychotherapeutischen Verfahren, die Gegenstand der Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten sind.“ Wir haben die Befürchtung, dass mit dieser Neuregelung die Kompetenz zur Beantwortung der Frage, welche Verfahren in der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung eingesetzt werden können, weg

von den Organen der ärztlichen Selbstverwaltung und hin zu den Selbstverwaltungsorganen einer psychotherapeutischen Standesvertretung verlagert wird, die über die Formulierung von Weiterbildungsordnungen die Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten regeln kann. Damit ist dann effektiv eine staatliche Aufsicht über das Behandlungsgeschehen in psychotherapeutischen Behandlungen nicht mehr möglich, und es wird genau der Wildwuchs psychotherapeutischer Behandlungen wieder einsetzen können, den zu beenden sich ursprünglich das Psychotherapeutengesetz (1998) zum Ziel gesetzt hatte.

Der Ansatz, die Gestaltung der zukünftigen psychotherapeutischen Versorgung gänzlich in die Hände psychotherapeutischer Standesvertretungen zu verlagern, wird auch darin deutlich, dass für die Eintragung von „Psychotherapeuten“ in das Arztregister nicht länger der Erwerb einer Fachkunde von durch den G-BA anerkannten Behandlungsverfahren erforderlich sein soll, sondern lediglich der „geregelter Erwerb“ von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten über deren Geeignetheit für die Durchführung von Psychotherapien dann allerdings lediglich die psychotherapeutischen Standesvertretungen entscheiden, welche die Inhalte der Weiterbildung festlegen.

Die für den § 101 SGB V vorgesehene Änderung, in dessen Absatz 1 Satz 1 Nummer 2b sehen wir als einen Schritt an, der die Etablierung – dann möglicherweise kommerziell orientierter, gewerblicher – psychotherapeutischer Versorgungseinrichtungen fördern soll. Insgesamt ist hier jedenfalls eine Schwächung der Rolle der freiberuflich tätigen Niedergelassenen in der Versorgung durch das Gesetzesvorhaben zu erwarten.

Die im Text des Referentenentwurfs zu findenden Fehler und Mängel finden sich ebenfalls in dem Begründungsteil wieder.

So verweist der Begründungstext darauf, es habe "grundsätzlich" und zwar „schnell“ (S. 34) festgestellt werden können, dass sich die Schaffung der eigenständigen Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bewährt habe. Unklar bleibt dabei, wie dies festgestellt wurde, es sei denn durch eine „grundsätzliche“ Bereitschaft der Autoren dieses Referentenentwurfs, in unkritischer Weise Auffassungen der psychologisch-psychotherapeutischen Standesvertreter zu übernehmen. Schon längst vor der Inkraftsetzung des Psychotherapeutengesetzes 1998 waren nämlich nicht-ärztliche (psychologische und sozialpädagogische) Psychotherapeuten im sogenannten Delegationsverfahren in die Versorgung der Patientinnen und Patienten einbezogen. Dieser Einbezug kam also keineswegs erst durch das Psychotherapeutengesetz zustande. Insofern geht die Begründung des Reformgesetzes an dieser Stelle an der Wirklichkeit vorbei.

Tatsächlich ist es auch so, dass mit der Etablierung des Heilberufs der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchaus Probleme verbunden waren und noch sind, die etwa darin bestehen, dass durch diese Berufsgruppe in erheblicher Zahl minder schwer erkrankte Patienten behandelt werden (bspw. mit einer „leichten depressiven Episode“), bei denen – bei Vorliegen einer solchen leichten Erkrankung – gemäß der gültigen NVL Depression zunächst einmal lediglich eine aktiv abwartende Begleitung („watchful waiting“) indiziert ist.

Der Verweis darauf, dass bestimmte Ausbildungs- und Studienbedingungen „vor allem von den Studierenden zunehmend als ungerecht und unangemessen empfunden“ wurden (S. 35) kann unseres Erachtens nicht ernsthaft als Begründung für ein solch umfassendes Gesetzgebungsvorhaben herhalten, denn natürlich wird es stets und überall Studierende geben, die ihre jeweiligen Studienbedingungen als ungerecht und unangemessen empfinden.

Auch der Hinweis (S. 35), „dass sich die Psychotherapie als solche sowohl auf wissenschaftlicher wie auf praktischer Ebene seit dem Inkrafttreten des PsychThG 1998 in hohem Maße weiter entwickelt und verändert“ habe, ist sachlich falsch und soll dazu dienen, den Parlamentariern, die sich mit diesem Gesetzentwurf zu befassen haben, einen dringlichen Reformbedarf zu suggerieren, der so jedenfalls nicht begründbar ist.

In der psychologischen Psychotherapie haben sich tatsächlich in den letzten 20 Jahren relativ wenige Veränderungen ergeben. Das im deutschen Sprachraum maßgebliche Werk von Grawe, Donati und Bernauer „Psychotherapie. Von der Konfession zu Profession“ erschien bereits 1994. Die Verfahren der sogenannten „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie, die allgemein als die neueste Entwicklung in der psychologischen Verhaltenstherapie angesehen werden, sind allesamt älter als 20 Jahre.

Zu der sogenannten "Schematherapie" nach Young wurde bereits ab 1990 veröffentlicht, Veröffentlichungen zur sogenannten „Dialektisch Behavioralen Therapie" (DBT) erfolgten spätestens seit 1987. Veröffentlichungen zum „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy" (CBASP) erfolgten seit 1984.

Mentalisierungsbasierte Therapie wurde von Fonagy und Mitarbeiter seit Beginn der 1990er Jahre entwickelt. Achtsamkeitsbasierte Verfahren wie die „Mindfulness Stress Reduction“ wurden von Kabat-Zinn und Mitarbeiter ebenfalls seit Beginn der 1990er Jahre veröffentlicht. Die sogenannte „Acceptance and Commitment Therapy“ ist spätestens seit Mitte der 1990er Jahre als eigenständiges Verfahren bekannt geworden.

Die als Begründung angeführte Veränderung der Psychotherapie „in hohem Maße“ hat insoweit jedenfalls nach 1998 nicht stattgefunden und kann so auch nicht als Begründung für das vorliegende Gesetzesvorhaben herhalten.

Bezüglich der im Begründungstext (S. 46) geforderten Fallprüfung im Rahmen eines arbeitsplatzbasierten Assessments ist festzuhalten, dass das entworfene Prüfungsvorgehen (Prüfungsfragen vor dem Hintergrund einer Patientenanamnese, die im letzten Studiensemester erhoben worden ist, einschließlich eines Therapieprotokolls) tatsächlich einem tauglichen arbeitsplatzbasierten Assessment nicht entspricht. Ein qualitativvolles arbeitsplatzbasiertes Assessment (bspw. MiniCEX <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5516345/>) beurteilt die Fähigkeiten des Prüflings in der tatsächlichen, beobachteten Arbeit und nicht anhand einer mehr oder weniger realitätsgetreuen Nacherzählung einer angeblich geleisteten Arbeit. Hier werden mithin möglichen erheblichen Qualitätsmängeln der Ausbildung Tür und Tor geöffnet.

Die Mutmaßung im Begründungstext (S. 48), bezüglich der Modellstudiengänge sei nur von geringen Studierendenzahlen auszugehen, ist unbegründet und soll nur denjenigen Sand in die Augen streuen, die zu Recht hier eine grundlegende Systemveränderung in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung befürchten. Tatsächlich muss befürchtet werden, dass entgegen der seitens der Ärzteschaft

vielfach geäußerten Notwendigkeiten, es statt einer Ausweitung der Zahl der Medizinstudienplätze (um den Ärztemangel zu beheben) zu einer weiteren Reduktion der Studienmöglichkeiten für zukünftige Ärztinnen und Ärzte kommt, wenn, wie im Begründungstext gefordert, im Studium der Psychotherapeuten „bestehende Strukturen der medizinischen Fakultäten für die Vermittlung der erweiterten Ausbildungsinhalte genutzt werden“ sollen.

Aus unserer Sicht muss der angestrebten Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin“ oder „Psychotherapeut“ (S. 48 des Begründungstextes) hier auch nochmals deshalb widersprochen werden, weil offenkundig die Entscheidung für eine solche Berufsbezeichnung eben nicht auf fachlichen Gesichtspunkten beruht. Wie in unserer Stellungnahme dargelegt, zielt das Gesetzesvorhaben darauf ab, den künftigen Studierenden zumindest 40 % Inhalte zu vermitteln (120 ECTS Punkte), die nicht mit einer psychotherapeutischen Tätigkeit in Zusammenhang stehen, wie sie durch die in unserer Stellungnahme angeführten Definitionen von Psychotherapie beispielsweise durch Strotzka oder seitens der American Psychological Association festgelegt wurden. Tatsächlich wäre eine Berufsbezeichnung wie die eines „Approbiierten Klinischen Psychologen“ der des „Psychotherapeuten“ vorzuziehen.

In hohem Maße kritisch sehen wir das Vorhaben, im Zuge der Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung auf die Notwendigkeit einer somatischen Abklärung verzichten zu wollen. Die mit der Einführung des PTG 1998 aufgestellte Forderung erfüllt nicht nur eine deklaratorische Funktion. Tatsächlich handelt es sich bei der notwendigen somatischen Abklärung um einen wesentlichen Baustein zur Gewährleistung der Patientensicherheit. Zu fordern ist eher eine verbesserte Qualität der somatischen Begleitung von Psychotherapien durch die fundierte somatische Abklärung vor Beginn einer Psychotherapie wie auch eine somatische Begleitung während des therapeutischen Prozesses, können doch immer wieder neu hinzutretende körperliche Störungen oder Verschlimmerungen der Grunderkrankung wie auch Interaktionen verordneter Pharmaka diese erforderlich machen. Bereits heute werden immer wieder Fälle bekannt, in denen aufgrund einer fehlenden somatischen Abklärung psychotherapeutische Fehlbehandlungen erfolgten mit negativen Konsequenzen für die Gesundheit der Behandelten. Die Formulierung im Begründungstext (S. 50), psychotherapeutische Behandlungen würden sicherlich nur dann durchgeführt werden, wenn sie von einer umfassenden somatischen Abklärung durch eine Ärztin oder einen Arzt begleitet seien, und dies ergebe sich aus dem Selbstverständnis jedes Heilberufs, sind nichts anderes als der Ausdruck eines naiv zu nennenden, frommen Wunsches seitens der Autoren dieses Referentenentwurfs, können doch nur bei Vorhandensein eines fundierten und nur im Medizinstudium, während der ärztlichen Praktika und in der Facharztweiterbildung (s. o) vermittelten Wissens solche Entscheidungen fach- und sachgerecht getroffen werden.

Es ist völlig falsch, dass der vorgelegte Referentenentwurf (S. 54) lediglich das Aufgabenspektrum abgreife, „das heute schon gelebte Praxis in der psychotherapeutischen Versorgung ist“, um dieses in dem Umfang weiter zu entwickeln, wie es die heilkundliche Psychotherapie erfordere. Mit den umfangreichen Befugniserweiterungen, die hier vorgesehen sind, und mit den Modellstudiengängen geht es fraglos darum, deutlich über die gelebte Praxis hinaus zu greifen.

Unübersehbar wird dies (S. 56), wenn in den Modellstudiengängen die Studierenden befähigt werden sollen, die Indikation zu „ergänzenden psychopharmakologischen,

medizinischen oder sozialen Interventionsmethoden“ zu stellen.

Als geradezu unerhörte Anmaßung muss es erscheinen (S. 69), wenn die Autoren des Referentenentwurfs für sich in Anspruch nehmen, dieser Entwurf gäbe den Ärzten die „Möglichkeit“, sich „stärker auf ihre ärztlichen Kernaufgaben zu konzentrieren“.

Hier wird unverhohlen der Ausgliederung des Psychischen aus der Medizin das Wort geredet! Die Folgen eines solchen Vorgehens werden zweifelsohne eine weitere Zunahme kostenintensiver und wenig hilfreicher technischer Leistungen in der Medizin und eine Zunahme fehlindizierter und kostenträchtiger psychischer Behandlungen körperlicher Krankheiten durch mangelhaft ausgebildete „Psychotherapeuten“ sein. Das kann nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten und der Bürgerinnen und Bürger sein!

Bezüglich der Veränderungen im SGB V §117 Weiterbildungsambulanzen schließen wir uns dem Votum der Fachgesellschaft DGPM an.

Auch in der ärztlichen Weiterbildung ist die Durchführung und Finanzierung der ambulanten Weiterbildungsfälle für die Fachgebiete Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie für die Zusatzweiterbildung Psychotherapie und Psychoanalyse ein erhebliches Problem. Um eine Gleichbehandlung der Weiterbildungsassistenten zu gewährleisten, ist im Sinne der Qualitätssicherung sicherzustellen, dass auch die ärztlichen Weiterbildungsstätten, die in diesen Gebieten weiterbilden, Weiterbildungsambulanzen einrichten können. Die spezifischen Kompetenzen dieser Facharztweiterbildungen können nur durch die Weiterbilder der jeweiligen Fachgebiete gewährleistet werden, sodass eine entsprechende Facharztweiterbildung in psychologisch geleiteten Ambulanzen nicht durchzuführen ist. Darüber hinaus müssen endlich auch im ambulanten fachärztlichen Bereich genügend finanzierte Weiterbildungsplätze zur Verfügung stehen.

Dr. Irmgard Pfaffinger

Vorsitzende



Berufsverband der Fachärzte
für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie e.V.
Meißner Weg 41, 12355 Berlin
www.bpm-ev.de | info@bpm-ev.de
T 030 28864649 | F 030 31565416