

Probleme und Risiken der „Basalen Direktausbildung“ - eines Gesetzesvorhabens zur Novellierung des Psychotherapeutengesetzes

Überblick

Ein unmittelbar zur Approbation führendes Erststudium - die „Basale Direktausbildung“ - , ergänzt durch eine fakultative Weiterbildung, soll das heutige Modell der postgradualen Psychotherapeutenausbildung ersetzen. Den Delegierten des 25. Psychotherapeutentages (DPT 2014), die die Eckpunkte dieses Modells beschlossen haben, wurden hochattraktive berufspolitische Vorteile einer Approbation sofort nach einem „Psychotherapiestudium“ nahegebracht: Bessere Berufschancen und Bezahlung gleich nach einem qualitativ mit der Mediziner Ausbildung vergleichbaren Studium, Erhalt ärztlicher Befugnisse und nicht zuletzt die Sicherheit, auf einer bezahlten Weiterbildungsstelle die Fachkunde in einem wissenschaftlichen Verfahren zu erwerben.

Solche Vorstellungen verdienen unser aller Unterstützung, wenn diese Projektionen in die Zukunft mit ausreichend hoher Wahrscheinlichkeit in die Realität umgesetzt werden könnten. Die Delegierten des 25. DPT, die einer Approbation gleich nach dem Studium mit erheblichen Zweifeln begegneten (40 % Gegenstimmen in einer diesbezüglichen Abstimmung), wurden mit dem Hinweis umgestimmt, die Berufserlaubnis könne auf unselbständige und nicht eigenständige psychotherapeutische Leistungen in der Weiterbildung begrenzt werden, was allerdings nicht zu realisieren ist¹.

Die offenkundigen Risiken des Modells werden bisher von den Vertretern des Modells beschwichtigend verharmlost². So ist einerseits das „Basale Direktstudium“ nicht einmal im Ansatz hinsichtlich Machbarkeit und Zielerreichung erprobt. Andererseits sind schon heute die offenkundigen Nachteile einer psychotherapeutischen Weiterbildung an bereits vorhandenen ärztlichen Weiterbildungsmodellen zu besichtigen³.

Gesundheitspolitische Verwerfungen⁴, erhebliche investive Ausgaben⁵ und gravierende qualitative und quantitative Versorgungsprobleme⁶ sind mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten und werden Landesregierungen und Selbstverwaltungen vor erhebliche und zum Teil kaum lösbare Probleme stellen.

Insofern müssen konkrete Bedingungen formuliert werden, ohne deren garantierte Realisierung durch den Gesetzgeber ein Ausstieg aus dem Modell erfolgen müsste.

Die Debatte muss jetzt, und nicht erst nach Novellierung des Bundesgesetzes, geführt werden, damit einerseits die Risiken des Bundesgesetzes für die Länder und Kammern bewusst wahrgenommen und andererseits gegebenenfalls Ausstiegs- und Umstiegsszenarien rechtzeitig entworfen werden können.

Im Folgenden werden Probleme und Risiken des Modells erörtert und

Mindestanforderungen an eine Novellierung in Form von Ausstiegskriterien formuliert.

¹ Diese Vorstellung drückt sich auch im Beschlusstext aus, in dem eine äußerst eingeschränkte Berufserlaubnis gefordert wird.

² Insbesondere die für den Erfolg des Modells notwendigen Verordnungen und Gesetzesänderungen auf Landesebene müssten in das Novellierungskonzept einbezogen werden. Die bisherigen Aussagen der Akteure auf Bundesebene („Das, was in den Ländern stattfindet, wird dann dort gemacht!“ und „Das richten dann die Psychotherapeutenkammern in den Ländern!“) übergehen die hier angelegten, kaum lösbaren Probleme.

³ Gegenwärtig ist z.B. Ärzten die Weiterbildung in einem wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren nur im Rahmen des Kontingentes möglich, das für die postgraduale Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten, nicht jedoch für die Weiterbildung gesetzlich vorgesehen ist und im Falle der Umwandlung der Ausbildung in eine Weiterbildung weder für Ärzte noch für Psychologen zugänglich sein wird! (s. Pkt. 2.2!)

⁴ Die gesundheitspolitisch fragwürdige Verlagerung der ambulanten in die stationäre Versorgung (s. Pkt.1.3).

⁵ Man denke nur an die Einrichtung von mindestens 3.000 bis 4.000 neuen Studienplätzen, die eine Absolventenzahl von jährlich 2.500 weiterbildungswilligen approbierten Psychotherapeuten garantieren müssten und die heute unvorstellbare Neufinanzierung von mehreren tausend Weiterbildungsstellen im stationären Versorgungsbereich, die nach dem jetzigen Modell nicht gebraucht werden! (s. Pkt. 2.1 und 2.4!)

⁶ Die Einrichtung eines völlig neuen Studienganges, für das entsprechendes Personal erst qualifiziert werden muss, dauert erfahrungsgemäß in Deutschland mehr als zehn Jahre.

1. Direktausbildung zum Approbierten Psychologischen Psychotherapeuten – Verwirrspiele mit Patienten und Öffentlichkeit

1.1 Ursprüngliche Ziele einer Novellierung des Psychotherapeutengesetzes

10 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (v. 16. Juni 1998B; GBl. I S. 1311) hatte die Bundesregierung ein Forschungsgutachten über die bisherigen Ergebnisse der Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz in Auftrag gegeben.

Dieses 2009 übergebene Gutachten hat die bisherige Form der Ausbildung insgesamt als Erfolgsmodell eingeschätzt, dass durch hohe Qualität und Effektivität gekennzeichnet ist sowie der Gesellschaft praktisch keine Kosten verursacht.

Das Forschungsgutachten kommt zu der Feststellung, dass lediglich zwei Probleme des Psychotherapeutengesetzes durch eine Novellierung zu lösen seien:

- Die Regelung der Zugangsvoraussetzungen für die postgraduale Ausbildung, die durch den Bolognaprozess notwendig geworden ist (was inzwischen durch Absprache auf Länderebene weitgehend geschehen ist!), sowie
- eine Veränderung der Praktischen Tätigkeit, die als zu aufwändiges und unbezahltes Praktikum die Ausbildungsteilnehmer belastet.

Beides würde sich durch eine Novellierung mit Erhalt der wesentlichen Teile des bisherigen erfolgreichen Ausbildungsmodelles regeln lassen. Alle Diskussionen, die in dieser Richtung geführt worden sind und bereits 2010 zu einer entsprechenden Willensbildung des Deutschen Psychotherapeutentages geführt haben, sind vom BMG aus „ordnungspolitischen“ Motiven ignoriert worden.

1.2 Der fundamentale Irrtum in der ordnungspolitischen Argumentation des BMG

Das BMG plant ein Direktstudium, das formal dem Medizinstudium entspricht, also nach einem sechsjährigen Studium mit Staatsexamen und Approbation abschließt⁷.

Das BMG begründet sein Vorhaben mit der ordnungspolitischen Erwägung, die Ausbildung zum approbierten Psychologischen Psychotherapeuten müsse analog der des Medizinstudiums erfolgen, da ja beides zu einem Heilberuf führen würden. Diese Begründung beruht auf einem fatalen Irrtum, weil beide Berufe ein kategorialer Unterschied trennt:

- Der Medizinstudent wird im Medizinstudium zum Generalisten ausgebildet und dies ist auch an der Bezeichnung „Arzt“ erkennbar. (Er ist nach der Approbation ein Arzt, aber kein Facharzt und erhält erst durch die Facharztweiterbildung eine Spezialisierung.) Niemand könnte die Berufserlaubnis eines approbierten Arztes nach dem Studium dahingehend verstehen, dass er etwa Kardiologe oder Augenarzt wäre, es sei denn, er würde sich betrügerisch Kardiologe oder Augenarzt nennen.
- Der bereits nach dem Erststudium approbierte Psychologische Psychotherapeut ist jedoch ein Spezialist, vergleichbar dem Zahnarzt. Wie beim Zahnarzt gibt es außerhalb seiner psychotherapeutischen Kernkompetenz (der Beherrschung eines wissenschaftlichen Psychotherapieverfahrens) nichts, was es rechtfertigen könnte, eine Approbation zu erteilen. Er würde auch, anders als der Arzt, den niemand für einen Spezialisten, z.B. einen Gynäkologen hielte, von jedermann als Spezialist für Psychotherapie wahrgenommen, obwohl er erst nach einer 5-jährigen Weiterbildung analog der Facharztweiterbildung ein dem Facharzt analoger Spezialist mit der sozialrechtlichen Genehmigung zur Ausübung eines wissenschaftlichen Psychotherapieverfahrens wäre⁸. Das wäre so, als ob in Zukunft Studenten der Zahnmedizin nach dem dritten Studienjahr approbiert würden und Ärzte sich direkt nach dem Studium Augenärzte oder Kardiologen nennen

⁷ Ob sich die Länder neben Medizin- und Jurastudium ein weiteres – vom Bolognaprozess abweichendes - Studienmodell leisten wollen, müsste sorgfältig erwogen werden, erscheint jedoch angesichts der eklatanten Nachteile des Modells weder wünschens- noch empfehlenswert. Die Kultusministerkonferenz (KMK) hat sich bislang eher ablehnend gegenüber den Plänen des BMG geäußert, ohne dass dieses beeindruckt wäre.

⁸ Da der approbierte Psychologische Psychotherapeut nach dem Erststudium berufsrechtlich zur Ausübung der Psychotherapie berechtigt wäre und die dann schwer zugängliche, teure und aufwändige Weiterbildung freiwillig ist, liegt es nahe, dass viele Approbierte ohne Weiterbildungsstelle sich trotzdem an der Versorgung beteiligen werden, auch wenn sie dazu nicht qualifiziert sind. Diese Frage wird sich spätestens dann in aller Schärfe stellen, wenn als Folge der Pläne des BMG ein Versorgungsnotstand eintritt (siehe Pkt. 2!).

dürften, weil sie Grundkenntnisse dieser Fächer im Studium erworben haben – ein ordnungspolitischer Unfug.

- Die Tatsache, dass zukünftig der bisherige psychotherapeutische Spezialist durch eine Approbation vor Erwerb der Fachkunde zum zweiten medizinischen Generalisten neben dem Arzt würde, wirft enorme ordnungspolitische Probleme auf, die den Beruf des Arztes direkt tangieren (siehe Anlage IV!).

1.3 Die sukzessive Verschiebung psychotherapeutischer Versorgung vom ambulanten in den stationären Bereich

Ein wesentlicher Bestandteil der jetzigen Novellierungspläne ist die gesundheitspolitisch fragwürdige Verschiebung der in Deutschland bislang zu 90 % im ambulanten Setting durchgeführten Ausbildung in den stationären Weiterbildungssektor (analog der ärztlichen Weiterbildung). Dies wäre eine kategoriale Neuausrichtung der gesamten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Diese Konsequenz des BMG-Konzeptes wird bislang nicht diskutiert. Wenn die psychotherapeutische Ausbildung jedoch als Weiterbildung mit mehreren Tausend Stellen in den stationären Bereich verlagert wird, werden unabsehbare Mehrkosten gegenüber der jetzigen Versorgungssituation entstehen. Ob diese Schwerpunktverschiebung der Versorgung in den stationären Bereich gesundheits- und finanzpolitisch und von den betroffenen Patienten gewollt ist, wird bezweifelt.

1.4 Die Ausdünnung des Berufes des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Das Direktstudium, sei es in der Form eines 5-jährigen medizinähnlichen oder eines 2-jährigen Masterstudiengangs soll nach der Approbation sowohl eine Weiterbildung im Erwachsenen- als auch im Kinder- und Jugendlichenbereich ermöglichen. Damit werden bewährte Zugangswege zum Erwerb der Fachkunde ausgeschlossen. Ein für die Kinder- und Jugendlichen- wie Erwachsenenpsychotherapie gemeinsamer Zugangsstudiengang schließt nicht nur die Wissensbestände der pädagogischen Disziplinen aus, sie führt auch nach allen Erfahrungen zum allmählichen Verschwinden des fachkundigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, da ein einheitlicher Zugangsstudiengang zur Weiterbildung eine Interessenselektion zugunsten der Erwachsenenpsychotherapie einschließt. Die Statistik der Befürworter der Direktausbildung⁹, nach der sich ein Drittel der Studenten der Psychologie im Studium vorstellen können, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zu werden, steht in direktem Kontrast zur gegenwärtigen Versorgungspraxis. Beweisend dafür ist die Tatsache, dass gegenwärtig Psychologische Psychotherapeuten, die auch die sozialrechtliche Erlaubnis zur Durchführung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besitzen, gar nicht oder lediglich mit sehr geringen Leistungen für die Psychotherapie von Kindern- und Jugendlichen zur Verfügung stehen, die nicht ihrem Versorgungsauftrag entsprechen (d.h. sie werden im Rahmen der Sicherstellung der Versorgung mit ihrem Anteil in die Berechnung einbezogen und nehmen entsprechende Niederlassungskontingente in Anspruch, ohne entsprechende kinder- und jugendpsychotherapeutische Leistungen zu erbringen). Es gibt keinen vernünftigen Grund, warum sich dies zukünftig ändern soll, wenn Absolventen die Wahl der Spezialisierung haben! Dieser Umstand ist mitverantwortlich für derzeitige Versorgungsprobleme im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und genau diese Konstellation wird durch das Novellierungsmodell des BMG hergestellt.

2. Absehbare Versorgungsprobleme und Notlagen

Das Novellierungskonzept des BMG schafft insofern eine völlig veränderte rechtliche Situation, indem es Studium und anschließende Approbation bundesgesetzlich regelt und die eigentliche psychotherapeutische Ausbildung nun als Weiterbildung Sache der Länder bzw. der Länderkammern wird. Die Gefahr besteht, dass die Spezifika psychotherapeutischer Ausbildung,

⁹ Quelle: http://www.unith.de/fileadmin/documents/Struktur_Direktstudium_Version_2-2014-10-07.pdf ; aufgerufen 20.08.2015, 14.00 Uhr

die bislang in einem Bundesgesetz vorzüglich berücksichtigt worden sind, auf Länderebene nur defizitär und keineswegs einheitlich zu regeln sind.

Insofern darf das Bundesgesetz nicht ohne Bezug auf notwendige Regelungen in den Ländern gemacht werden. Wird dieser Zusammenhang ignoriert, werden auch die mit dem Modell verbundenen Versorgungsprobleme von vornherein ausgeblendet. So werden sämtliche Versorgungsrisiken auf Länder und Länderkammern abgewälzt.

2.1 Versorgungsprobleme durch nicht vorhandene Weiterbildungsstellen

Konsequenz Nr. 1 des BMG-Konzeptes:

Sollte das BMG-Modell nach dem jetzigen Diskussionsstand Realität werden, entsteht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ein Nadelöhr, dass dazu führt, dass nach dem Aufbau des Direktstudiums eine große Zahl „approbierter Psychotherapeuten“ keine Weiterbildungsstellen finden werden. Es würde voraussichtlich eine erhebliche Absenkung der Zahl von Psychotherapeuten, die in der Versorgung tätig werden können, stattfinden.

Faktenlage:

- Gegenwärtig befinden sich insgesamt ca. 12.500 Ausbildungsteilnehmer in einer durchschnittlich fünfjährigen postgradualen Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten¹⁰.
- Das Konzept des BMG sieht vor, den Status eines approbierten Psychologischen Psychotherapeuten in Weiterbildung zu schaffen, der allerdings, um überhaupt die Weiterbildung absolvieren zu können, ebenso wie ein in Facharztweiterbildung befindlicher Arzt an einer Weiterbildungsstätte eine Anstellung benötigt. Solche Weiterbildungsstätten sollten Psychosomatische und Psychiatrische Kliniken bzw. größere Versorgungseinrichtungen sein, die ihre Weiterbildungsassistenten während der gesamten stationären Weiterbildungszeit von 3 - 4 Jahren ähnlich wie ärztliche Weiterbildungsassistenten bezahlen sollen und gleichzeitig als Weiterbildungsstätten befugt wären.
- Zur Aufrechterhaltung des jetzigen Versorgungsgrades müssten im Falle einer 5jährigen Weiterbildung, falls das BMG-Konzept realisiert werden sollte, ständig für ca. 12.500 Weiterbildungsteilnehmer stationäre und ambulante Weiterbildungsstellen für Psychotherapeuten analog der ärztlichen Facharztweiterbildung überwiegend im stationären Bereich vorgehalten werden.
- Nach unseren Berechnungen befindet sich weniger als 30 % der gegenwärtigen Ausbildungsteilnehmer in Anstellungen, wie sie als Mindeststandard für den Weiterbildungsassistenten angestrebt wird. Auch wenn man davon ausgeht, dass unter Berücksichtigung eines ambulanten Weiterbildungszeitraumes und vorhandener Stellen nur für 50 Prozent, also ca. 6000 Weiterbildungskandidaten stationäre Stellen neu zu schaffen wären, wäre diese Anzahl exorbitant und gänzlich außerhalb jeder realen Diskussion. Um sich die Dimension dieses Vorhabens vergegenwärtigen zu können, ist darauf hinzuweisen, dass gegenwärtig überhaupt nur 7.400 Stellen für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie/Kinder- und Jugendpsychiatrie und 5.400 Stellen für Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- /Jugendpsychotherapeuten, also insgesamt 12.800 Vollzeitstellen an solchen stationären Einrichtungen existieren (Quelle: Studie der BPTK 2014).

2.2 Versorgungsprobleme durch nicht geeignete Weiterbildungsstätten

Konsequenz Nr.2 des BMG-Konzeptes:

Wenn stationäre Einrichtungen zu Weiterbildungsstätten werden, verschlechtert sich die Ausbildungsqualität entscheidend.

Faktenlage: Bezüglich der Weiterbildungsstätten werden inzwischen verschiedene Modelle diskutiert. Bisher sollten Psychosomatische und Psychiatrische Kliniken bzw. größere stationäre Versorgungseinrichtungen Weiterbildungsstätten sein, die ihre Weiterbildungsassistenten während der gesamten stationären Weiterbildungszeit ähnlich wie ärztliche Weiterbildungsassistenten bezahlen sollen

¹⁰ Jährlich werden im bisherigen System durch knapp 200 staatlich anerkannte Ausbildungsstätten ca. 2.500 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu Staatsprüfung und Approbation geführt. Diese Zahl ist offenbar für den Ausgleich der jährlich aus dem Beruf ausscheidenden Psychotherapeuten gerade ausreichend. Das heißt auch, dass in Deutschland bei einer überwiegend berufsbegleitenden - durchschnittlich 5jährigen - Ausbildung ständig ca. 12.500 Ausbildungsteilnehmer existieren, die überwiegend in Einrichtungen tätig sind, von denen ein großer Teil nicht an der medizinischen Versorgung beteiligt ist (Beratungs-, Fürsorge-, JVA-, Jugendhilfeeinrichtungen u.a.).

und gleichzeitig als Weiterbildungsstätten befugt wären. Abgesehen von Defiziten an für die Ausbildung qualifiziertem Personal finden die hier erbrachten therapeutischen Leistungen im Rahmen der stationären oder tagesklinischen Einzel- oder Gruppenkomplextherapie oder entsprechender Rehabilitationsangebote statt oder es handelt sich um die Leistungserbringung innerhalb der Psychiatrischen (PIA) oder Psychosomatischen (PsIA) Institutsambulanzen. Bei einer Verweildauer in der Psychiatrie oder Psychosomatik oder Rehabilitation von ca. 25 Tagen/Patient hält sich in all diesen genannten Einrichtungen ein durchschnittlicher Patient maximal 4 Wochen, in seltenen Fällen 6 Wochen auf. Ein Patient erhält durchschnittlich 1 Stunde pro Woche Einzeltherapie und maximal 2-3 Std. Gruppentherapie pro Woche. Somit können hier nur ultrakurze Einzeltherapien tatsächlich innerhalb der Einrichtungen zustande kommen. Auch gruppentherapeutisch kommen durchschnittlich nur maximal 12 bis 15 Therapiesitzungen pro Aufenthalt zusammen. Nach Lage der Dinge kann es sich beim überwiegenden Teil dieser Sitzungen also bereits formal gar nicht um Behandlungen handeln, die jenen Kriterien entsprechen, die an eine Ausbildungstherapie im Sinne der § 4 Abs. 1 PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV angelegt werden. Da die mangelnde Eignung dieser Einrichtungen offenkundig ist, werden gegenwärtig auch Verbundmodelle (stationär-ambulant; Kliniken-Weiterbildungsinstitute etc.) diskutiert. Diese Vorstellungen verschleiern den Umstand, dass eine derartige Weiterbildung, wie auch im bisherigen Gesetz gefordert, „aus einer Hand“ erfolgen muss. Die Weiterbildungsleitung muss in der Verantwortung einer Stelle liegen, die gegebenenfalls auch Kooperationen eingeht.

2.3 Versorgungsrelevante Finanzierungsprobleme der Weiterbildung

Konsequenz Nr. 3 des BMG-Konzeptes:

Nach menschlichem Ermessen wird die Finanzierung der Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren im Falle der Durchsetzung der basalen Direktausbildung mit anschließender Weiterbildung auf der Strecke bleiben. (Wie es übrigens jetzt schon bei Ärzten in Facharztweiterbildung ist, die gegenwärtig keinen Anschluss an eine Ausbildungsstätte für Psychologische Psychotherapeuten und deren Ermächtigung besitzen.)

Die Folge wäre eine dramatische Verschlechterung der Qualität der Psychotherapeutenausbildung, weil die Weiterbildung nicht mehr in einem genehmigungspflichtigen sogenannten wissenschaftlich anerkannten Richtlinienverfahren erfolgen könnte.

Faktenlage:

- Die Ausbildung in einem wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren kostet durchschnittlich ca. 40.000 €. Diese Kosten können z. Zt. im Rahmen einer bundesgesetzlichen Regelung (§ 117 SGB V) in der sogenannten Praktischen Ausbildung (mindestens 600 Stunden Richtlinienpsychotherapie unter Supervision) komplett gegenfinanziert werden (weitere Erklärungen im Anhang Pkt. I). Nun soll die bisherige sogenannte vertiefte Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren – bisher bundesrechtlich geregelt als postgraduale Ausbildung - in eine Weiterbildung überführt werden, wie sie z. Zt. für Ärzte als Facharztweiterbildung üblich ist.
- Weiterbildungsstätten haben in Deutschland jedoch keinen gesetzlichen Anspruch auf Ermächtigung, wie er zur Zeit für Staatlich anerkannte Ausbildungsstätten für die Praktische Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren im Rahmen der Durchführung des Psychotherapeutengesetzes besteht. Damit ist jedoch die Ausbildung in den genehmigungspflichtigen wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Richtlinienverfahren – die unbestrittene Voraussetzung einer psychotherapeutischen Expertenschaft - praktisch nicht mehr möglich (weitere Erklärungen im Anhang Pkt. II).
- Daher sollen die Ausbildungsteilnehmer ihre Ausbildung im Rahmen von Anstellungen in „Anerkannten Psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten“ durch ihre Gehälter finanzieren. Die Realitätsferne dieser Diskussion wird sichtbar, wenn die Frage beantwortet werden soll, wie diese „Psychotherapeutischen Weiterbildungsstätten“ und die in ihnen vorzuhaltenden „Psychotherapeutischen Weiterbildungsstellen“ finanziert werden sollen. So wird allen Ernstes ein Stiftungsmodell nach dem Vorbild der Ärztereweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Erwägung gezogen, das Probleme lösen soll, die mit der Psychotherapeutenweiterbildung kaum etwas verbindet.

2.4 Versorgungsprobleme durch Mangel an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten!

Konsequenz Nr. 4 des BMG-Konzeptes: Wie unter Pkt. 1.3 dargestellt, wird ein Direktstudium, das einen einheitlichen Zugang sowohl zur Kinder- und Jugendlichen- als auch Erwachsenenpsychotherapie schafft, nach allen Erfahrungen der Praxis zu einer starken Reduktion der Zahl fachkundiger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten führen, da ein einheitlicher Zugangsstudiengang zur Weiterbildung eine Interessenselektion zugunsten der Erwachsenenpsychotherapie einschließt. Alle gegenteiligen Beteuerungen der sich für die Direktausbildung einsetzenden Akteure stehen im Gegensatz zur Realität der Versorgungspraxis.

2.5 Versorgungsprobleme durch unqualifizierte „Approbierte Psychologische Psychotherapeuten“

Konsequenz Nr. 5 des BMG-Konzeptes:

Die approbierten Psychologischen Psychotherapeuten ohne Weiterbildungschance werden in andere Berufe abwandern oder – da sie ja berufsrechtlich die Erlaubnis zur vollen Berufsausübung besitzen - ihren Beruf angesichts der dann vorhandenen defizitären Versorgungslage auch ohne Weiterbildung ausüben, und zwar

- in Anstellungsverhältnissen in praktisch allen Krankenhausabteilungen,
- in Anstellungsverhältnissen von niedergelassenen Fachärzten vor allem der Grundversorgung und mit hohem Anteil an Patienten in psychosozialen Problemkonstellationen,
- in Privatpraxen (incl. Kostenerstattung durch die Kassen).

Einen Überblick über die beruflichen Einsatzfelder eines solchen „Psychotherapeuten“ gibt eine Grafik des Präsidenten der Berliner Psychotherapeutenkammer Michael Krenz, in der die hier kurz beschriebenen Möglichkeiten (neben regulärer Richtlinienpsychotherapie) dargestellt sind (siehe Anlage III!).

Es entspricht unserer alltäglichen Erfahrung, dass die Patienten zwei Arten von Approbierten Psychologischen Psychotherapeuten nicht werden unterscheiden können und die Kassen im Versorgungsnotstand gezielt diese Unterscheidung vernachlässigen werden!

3. Mindestforderungen zur Aufrechterhaltung der Qualität der Versorgung in Form von Ausstiegskriterien aus dem Modell der Basalen Direktausbildung

Die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes als Bundesgesetz darf nicht ohne die daran anknüpfenden Gesetze und Verordnungen der Länder betrachtet werden. Gelingt es nicht, bereits auf Bundesebene die Vorbedingungen dafür herzustellen, dass die Weiterbildung ebenso befriedigend gestaltet werden kann wie bislang im Rahmen der Ausbildung durch Bundesgesetz, sollte auch das Modell der Basalen Direktausbildung zur Disposition gestellt werden und dem Vorschlag des Forschungsgutachtens gefolgt werden, das bisherige Ausbildungsmodell mit den genannten Veränderungen der Zugangsvoraussetzungen und der Praktischen Tätigkeit zu realisieren. Auch das Modell einer „Dualen Direktausbildung“ (nach einem Masterstudium ein zweiter - mindestens dreijähriger - Ausbildungsabschnitt mit Staatsexamen und Approbation), das diese Probleme nicht hätte, könnte in Erwägung gezogen werden.

Auf der Grundlage der oben dargestellten Risikolagen werden im Einzelnen folgende 5 Ausstiegskriterien formuliert:

1. Problem: Weiterbildungsstellen werden zum Nadelöhr der künftigen Weiterbildung

Ausstiegskriterium: Mehrjährige Weiterbildungsstellen an Kliniken oder Instituten oder in der Ambulanz bleiben Bestandteil der Weiterbildungsordnungen (WBO).

Es ist zur Kenntnis zu nehmen, dass eine ausreichende Anzahl von Weiterbildungsstellen nicht existiert und auch nicht geschaffen werden kann. Die an den Vorstellungen des BMG orientierten Pläne der Bundespsychotherapeutenkammer sehen „Weiterbildungsstellen“ an zur Weiterbildung befugten „Weiterbildungsstätten“ vor. Es wurde unter Pkt. 2.2 dargelegt, dass nur ein Bruchteil der benötigten

Stellen vorhanden ist und es illusionär wäre, eine auch nur annähernd angemessene Anzahl von Stellen schaffen zu wollen.

Aber auch die Vorstellung, diese Probleme könnten im Rahmen eines an die ärztliche Weiterbildung angelehnten Stiftungsmodells gelöst werden, erscheint wenig an der Realität orientiert.

2. Problem: Stationäre Einrichtungen sind als Weiterbildungsstätten fachlich ungeeignet und dürfen keine Weiterbildungsstätten werden!

Ausstiegskriterium: Stationäre Einrichtungen werden anstelle der bisherigen staatlich anerkannten Ausbildungsstätten als Weiterbildungsstätten ermächtigt bzw. teilen sich im Rahmen von Weiterbildungsverbänden die Ermächtigung mit Weiterbildungsinstituten!

Weiteres Ausstiegskriterium: Die Weiterbildungsstätten werden verpflichtet, die Weiterbildungsteilnehmer anzustellen.

Wie unter Pkt. 2.2 dargestellt, sind stationäre Einrichtungen der Versorgung oder Rehabilitation als Weiterbildungsstätten ungeeignet. Der überwiegende Teil dieser Leistungen entspricht nicht den Anforderungen, die an eine Ausbildungstherapie im Sinne der § 4 Abs. 1 PsychTh-APrV bzw. KJPsychTh-APrV gestellt werden.

Weiterbildungsstätten können von Struktur und personellen Voraussetzungen nur Einrichtungen sein, die den gegenwärtigen staatlich anerkannten Ausbildungsstätten entsprechen. Hier müssten also die Weiterbildungsordnungen klare Verhältnisse schaffen und eine deutliche Distanz zu gegenwärtigen Vorstellungen herstellen. Die derzeitige Vorstellung der Bundespsychotherapeutenkammer, die Weiterbildungsteilnehmer sollten Anstellungsverhältnisse an den Weiterbildungsstätten erhalten, wäre mit der weiteren Existenz der bisherigen staatlich anerkannten Ausbildungsstätten nicht vereinbar¹¹.

3. Problem: Die mindestens 600-stündige Ausbildung in einem Richtlinienverfahren ist als Bestandteil der Weiterbildung gefährdet!

Ausstiegskriterium: Der Gesetzgeber sieht kein entsprechendes Gesetz vor, das die Möglichkeiten des § 117 SGB V auch für die Weiterbildung absichert.

Die Besonderheiten einer qualitativ hochwertigen Ausbildung in einem wissenschaftlichen psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (einer genehmigungspflichtigen Kassenleistung) machen es unumgänglich, eine Mindestzahl von Psychotherapien und eine entsprechende Anzahl von Psychotherapiesitzungen unter Supervision (mindestens 600, besser deutlich mehr) in einem genehmigungspflichtigen Richtlinienverfahren durchführen zu können. Um die hohen Kosten der Ausbildung gegenzufinanzieren, müssen diese Stunden im Rahmen einer Ermächtigung der Ausbildungsstätte bzw. Weiterbildungsstätte erbracht werden können, wo sie direkt den Weiterbildungsteilnehmern zur Verfügung stehen und nicht in den Haushalt von Krankenhäusern wandern.

4. Problem: Mangel an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Ausstiegskriterium: Es gibt keine Vorkehrungen gegen eine zu geringe Zahl von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Weiterbildung.

Falls das zukünftige Ausbildungsmodell keine speziellen Vorkehrungen trifft, die eine entsprechende Anzahl Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sichert, ist ein Mangel an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten programmiert.

¹¹ Die Weiterbildungsteilnehmer hier anstellen zu wollen, erscheint mit der Realität solcher Einrichtungen nicht vereinbar. Optimal wäre eine Beschäftigung, wie sie auch bisher die Mehrzahl der Ausbildungsteilnehmer besitzt. Es handelt sich um Stellen in einer klinischen oder psychosozialen Einrichtung, an die jedoch keine Anforderungen im Sinne einer befugten „Weiterbildungsstätte“ gestellt werden dürften. Es könnten zum einen alle jene Einrichtungen sein, die an der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung oder der psychosomatischen Rehabilitation im stationären oder tagesklinisch/ambulantem Modus teilnehmen. Zum anderen könnten es auch Stellen sein, die Aufgaben im sozialen Bereich erfüllen, beispielsweise solche in Jugendhilfeeinrichtungen oder Beratungsstellen. Wie die gegenwärtige Praxis zeigt, sind derartige Einrichtungen und damit verbundene Stellen in großem Umfang verfügbar und könnten die Kandidaten mit unterschiedlichen Aspekten der Versorgungswirklichkeit bekanntmachen. Therapieleistungen im Sinne genehmigungspflichtiger Richtlinienpsychotherapie können und müssen diese Einrichtungen nicht erbringen. Die notwendige Mindestzahl von Psychotherapien und eine entsprechende Anzahl von Psychotherapiesitzungen unter Supervision sollten die Ausbildungskandidaten wie bisher über die ermächtigten „Weiterbildungsstätten-ambulanzen“ erbringen.

5. Problem: Der Patientenschutz wird unterlaufen durch Psychotherapeuten ohne Fachkunde

Ausstiegskriterium: Die Approbation wird mit dem Titel „Psychologischer Psychotherapeut“ verbunden, d.h. es besteht eine berufsrechtliche Erlaubnis zu eigenverantwortlicher und selbständiger psychotherapeutischer Tätigkeit auch ohne Besitz einer Fachkunde.

Im Beschluss des 25. DPT, der die Entscheidung für eine Basale Direktausbildung mit Staatsexamen und Approbation darstellt, heißt es wörtlich:

- Die Approbation berechtigt zu Weiterbildungen, deren Abschlüsse insbesondere die Voraussetzung für die eigenständige Behandlung gesetzlich Krankenversicherter (Fachkunde) im ambulanten und im stationären Bereich darstellen.
- In der Weiterbildung werden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären Bereich für eine verbesserte und differenzierte psychotherapeutische Versorgung aller Patientengruppen qualifiziert.

Dieser Text macht deutlich, dass die Delegierten des 25. Psychotherapeutentages mit Ihrem Beschluss nicht beabsichtigten, dem Absolventen des Studiums eine selbständige und eigenverantwortliche psychotherapeutische Tätigkeit außerhalb der Teilnahme an der Weiterbildung zu gestatten.

6. Problem: Durch zu kurze Übergangszeiten bei Einführung des neuen Modells kommt es absehbar zu Engpässen in der Zahl von Psychotherapeuten mit Fachkunde

Ausstiegskriterium: Das Gesetz sieht zu kurze Übergangszeiten (unter 10 Jahren) vor.

Um die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu erwartenden Engpässe in der Anzahl der Absolventen auszugleichen, wären Übergangsszenarien von mindestens 10 Jahren erforderlich, die die notwendige jahrzehntelange Koexistenz des jetzigen Ausbildungsmodells mit dem BMG-Konzept sichern könnten.

Im Herbst 2015

i.A. Prof. Dr. Michael Geyer, Erfurt

Sprecher des Bündnisses zur Sicherung der Qualität der Psychotherapie

info@bsaq.de

www.bsaq.de

Die Initiatoren:

Dipl.-Psych. Thomas Abel, Berlin

Prof. Dr. Meinrad M. Armbruster, Magdeburg

Prof. Dr. Dipl. Psych. Elke Gemeinhardt, Nordhausen

Prof. Dr. Michael Geyer, Erfurt

Dipl.-Psych. Ulrich Meier, Köln

Dipl. Psych. Dipl. Theol. Ferdinand Mitterlehner, Wiesbaden

Prof. Dr. Rainer Sachse, Bochum

Prof. Dr. phil. Dr. med. Serge Sulz, München

deutsche gesellschaft für kinder -und jugendlichenpsychotherapie und familientherapie - dgkjpj

Dr. phil. Sabine Trautmann-Voigt, Bonn

Prof. Dr. rer. pol. Dr. phil. Günter Zurhorst, Berlin

Eine Petition im Sinne der Resolution ist über folgenden Link zu erreichen:

https://www.change.org/p/bundesminister-f%C3%BCr-gesundheit-hermann-gr%C3%B6he-pr%C3%A4sident-der-bundespsychotherapeutenkammer-dietrich-munz-kultusministerkonferenz-auch-nach-der-anstehenden-novellierung-des-psychotherapeutengesetzes-keine-berufserlaubnis-approbation-als-psychotherap?recruiter=377837028&utm_source=share_petition&utm_medium=copylink

Anlagen

I. Bisherige Finanzierung der Ausbildung

§ 6 der derzeit gültigen Approbations- und Prüfungsverordnung verlangt, dass die „Praktische Ausbildung“ Bestandteil der Vertieften Ausbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren ist. Der Gesetzgeber schafft unter Berücksichtigung dieser Forderung hinsichtlich der Praktischen Ausbildung eine eindeutige Situation:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, die staatlich anerkannten Ausbildungsstätten auf der Grundlage des § 117, Abs. 2 SGB V zu ermächtigen. Zweifellos wird damit beabsichtigt (dem wird auch eindeutig im Inhalt der KV-Ermächtigung entsprochen), dass dem Ausbildungsteilnehmer die Möglichkeit verschafft wird, 600 Stunden genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen im Sinne der Richtlinienpsychotherapie zu erbringen, bei der durch ein spezielles qualitätssicherndes Verfahren (das Gutachterverfahren) die Übereinstimmung der beantragten Therapie mit der als wissenschaftlich anerkannten Richtlinienpsychotherapie gewährleistet wird.

Weiterbildungsstätten haben – im Gegensatz zu postgradualen Ausbildungsstätten - keinen Anspruch auf Ermächtigung zur Durchführung dieser Leistungen.

II. Die ungelöste Finanzierung der Weiterbildung

Falls psychotherapeutische **Weiterbildungsstätten** qua (Bundes- oder Länder-) Gesetzgebung einen Ermächtigungsanspruch analog § 117 SGB V bekämen, würde der Gesetzgeber ein Sonderrecht ohne rechtfertigendes Vorbild und auf widersprüchliche Weise schaffen (eine ausdrücklich für Hochschulen und Ausbildungseinrichtungen geschaffenes Bundesgesetz müsste auf die Weiterbildung, die Länderrecht unterliegt, transformiert werden). Hier müsste also ein gesetzgeberischer Akt erfolgen, der in der juristischen Fachwelt als außerordentlich problematisch eingeschätzt wird. Alle gegenteiligen Beteuerungen der speziell von der basalen Direktausbildung berufspolitisch profitierenden Akteure sprechen – betrachtet man die diesbezüglichen Möglichkeiten der Landes- und Bundesgesetzgebung und die Kommentare der einschlägig erfahrenen Juristen – für einen eher geringen Realitätsbezug. So besteht auch die Gefahr, dass solch ein Gesetz unüberschaubare Kosten verursachen könnte, da sämtliche medizinische Weiterbildungsstätten einen Anspruch auf Gleichbehandlung durchsetzen könnten (und es jetzt bereits vorsorglich in Stellungnahmen von DGPPN und DGPM¹² tun), also über einen eigenen Ermächtigungsanspruch die Leistungen der ärztlichen Weiterbildungsteilnehmer von den Kassen außerhalb des für Krankenhäuser vorgesehenen Budgets vergüten zu lassen.

¹² 3. August 2015: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) zur Reformierung der Psychotherapeutenausbildung.
https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2015/2015-08-06_DGPPN_DGPM_Stellungnahme_Reform_Psychotherapeutenausbildung_FIN__2_.pdf ; aufgerufen 20.6.2015, 15.00 Uhr.

III Arbeitsfelder eines zukünftigen „Approbierten Psychotherapeuten ohne Fachkunde“

Ausschnitt aus der Grafik „Differenziert patientenbezogenes Entwicklungsmodell...“ (Autor: Präsident der Berliner Psychotherapeutenkammer Michael Krenz)

<p>Kinder/Jugendliche Eltern/Bezugspersonen PT-Interventionen Krise; erweiterte Indikationsstellung ggf. Vermittlung in Jugendhilfemaßnahmen; PT KJHG, Wartezeitüberbrückung Klinikaufnahme; Fremdunterbringung</p>	<p>Psychoedukation z.B. krankheitsbezogen - Diabetes - Herz-, Kreislauf - Reha</p>	<p>PT-Intervention u.a. für Pat. - Übergang Klinik – ambulante PT Behandlungspfadentwicklung Chronisch Kranke Aufsuchende PT IV - Vertragspartner Reha</p>	<p>PT-Intervention z.B. in Kooperation mit - Kinderärzten, - Hausärzten, - Psychiatern PT in deren Praxen (PT in verschiedenen Settings) - betrieblichen Gesundheitsdiensten -Konsil- und Liaisondienste</p>
---	---	--	--

Kommentar: Der obenstehende Ausschnitt der Grafik beschreibt die zukünftigen Einsatzgebiete eines Psychotherapeuten, die nicht an eine Fachkunde gebunden sind bzw. keinen sozialrechtlichen Einschränkungen (nach SGB V) unterliegen und von einem zukünftigen „Approbierten Psychotherapeuten“ ohne Weiterbildung und Fachkunde besetzt werden könnten.

Der Kasten links außen beinhaltet Einsatzgebiete in der Kinder- u. Jugendmedizin und -psychotherapie, auch den Einsatz in nichtklinischen Bereichen (z.B. Jugendhilfe etc.). In den restlichen 3 Kästen werden beispielhaft Aufgaben in der somatischen Medizin dargestellt, insbesondere auch die Anstellungsmöglichkeiten in fachärztlichen Praxen der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Damit entsteht eine Art „Allgemeiner Psychomediziner“ oder „Allgemeinmediziner fürs Psychische“, der einem „Mediziner fürs Somatische“ gegenübersteht, was ordnungs- wie versorgungspolitisch in jedem Fall diskutiert werden müsste, da in diesem Falle die zum Berufsbild des Arztes und Facharztes gehörenden psychosozialen Funktionen sukzessive aus dessen Kompetenzspektrum verschwinden würden.

Da nach den Plänen der Bundesregierung mit einer Berufserlaubnis gleich nach dem Erststudium solche Aufgaben auch von den zwar nicht fachkundigen, jedoch bereits mit einer Berufserlaubnis ausgestatteten approbierten Psychotherapeuten übernommen werden könnten, erhebt sich darüber hinaus die Frage, in wie weit diese differenzierte Aufgabenstellung von derartigen „psychosozialen Generalisten“ überhaupt bewältigt werden kann, ohne den Patientenschutz zu vernachlässigen.

Wie die Kompetenzen für dieses gewaltige Aufgabenspektrum in allen Lebensaltersstufen in einem 4-semesterigen Masterstudium der Psychotherapie (wie es z.Zt. diskutiert wird) erworben werden sollen, dürfte schwer zu begründen sein.

IV Folgen der zu frühen Approbation für den Patienten, den Beruf des Psychotherapeuten und des Arztes

Nach den Plänen des BMG verliert der Psychotherapeut mit der verfrühten Approbation den Status eines Spezialisten, dessen Kernkompetenz in der Fähigkeit besteht, ein psychotherapeutisches Verfahren anzuwenden, das den wissenschaftlichen Nachweis erbracht hat, damit kranke Menschen zu heilen. Stattdessen erhält er den Status eines (neben dem Arzt) zweiten medizinischen Generalisten, dessen Kernkompetenz eine Reihe von kommunikativen, allgemeinmedizinischen und diagnostischen Fähigkeiten ausmachen,

die gegenwärtig auch Ärzte, Klinische und Medizinische Psychologen, Sozialpädagogen und Soziologen besitzen.

Es würde sich bei diesem approbierten Heilkundigen mit einer Berufserlaubnis als Psychotherapeut um einen neuen Mediziner handeln, der sich Psychotherapeut nennt, ohne die Kernkompetenz eines Psychotherapeuten zu besitzen und ärztliche Befugnisse besitzt, ohne Medizin studiert zu haben – also eine Art Hilfsarzt fürs Psychische mit doppelter Inkompetenz.

Es ist für jeden Hochschullehrer evident, dass ein Direktstudium der Psychotherapie als nichtkonsekutives Masterstudium im Umfang von drei Studiensemestern und einem Abschlusssemester unter keinen Umständen die Ausbildungsziele realisieren kann, die in einer entsprechenden Approbationsordnung formuliert werden müssten, um die Approbation in einem Heilberuf zu rechtfertigen.

Der Patientenschutz würde ausgehebelt!

Die verfrühte Approbation ohne Befähigung zur wissenschaftlich anerkannten Psychotherapie würde zu erheblichen rechtlichen Problemen führen. Da nach heutigem Recht das Kriterium für die Führung des Titels „Psychotherapeut“ die psychotherapeutische Behandlungsqualifikation ist, ist im Interesse des Patientenschutzes bereits die Führung des geschützten Titels „Psychotherapeut“ für einen Heilkundigen ohne Expertise in einem wissenschaftlichen Psychotherapieverfahren eine strafbare Handlung (§ 132a StGB). Dies wird auch von den Befürwortern der Basalen Direktausbildung erkannt. Um die verfrühte Approbation rechtlich zu ermöglichen, soll die wissenschaftliche Behandlungsqualifikation als Kriterium psychotherapeutischer Expertenschaft entfallen und durch andere Leistungen ersetzt werden, die im allgemeinen Verständnis nicht die Kernkompetenz des Psychotherapeuten ausmachen und gegenwärtig von Ärzten, Klinischen- und Medizinischen Psychologen, Sozialpädagogen und Soziologen erbracht werden, die keine Approbation als Psychotherapeut benötigen. Der Trick, der Strafbarkeit zu entgehen: Tätigkeiten werden aus der Legaldefinition der Psychotherapie entfernt, die „der Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren dienen“. Damit wird aber die Spezialdisziplin Psychotherapie im Kern ausgehöhlt und verliert ihre Legitimation als Spezialdisziplin der Medizin.

Aber nicht nur der Heilberuf des Psychotherapeuten würde tiefgreifend depotenziert. Auch der Beruf des Arztes würde durch die Existenz eines zusätzlichen medizinischen Generalisten grundlegend verändert. Die Existenz dieses neuen „Mediziners“ hätte beträchtliche Auswirkungen auf das Verständnis der allgemeinärztlichen und fachärztlichen Tätigkeit. Mit der beabsichtigten Reform würde die integrative Funktion eines psycho-sozialen Herangehens an den Patienten – bislang Bestandteil jeden ärztlichen Handelns – zum zentralen Bestandteil des Berufsbildes eines neuen „Mediziners für das Psychische“. Dies wäre ein weiterer Schritt in Richtung zunehmender Entlassung des Arztes aus seinen psychosozialen Funktionen.

Dies käme einer Revolution der Medizin gleich, was jedoch bislang weder von der Ärzteschaft noch von der Mehrzahl der Psychotherapeuten erkannt wird.

Genuin ärztliche oder psychologische oder sozialpädagogische Kompetenzen, die bislang nie einen Heilberuf im Kern definiert haben, würden nun zur zentralen Kompetenz eines neuen Heilberufes, der damit für alle medizinischen Fachgebiete zuständig wäre.

Folgen für die medizinische Versorgungslandschaft

Es ist beabsichtigt, dass dieser approbierte Psychotherapeut ohne Fachkunde sämtliche psychotherapeutische Versorgungsleistungen stationär erbringen darf und sich mit allen sozial- und berufsrechtlich möglichen Leistungen auch an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung beteiligen wird. Die Kassen werden nach den bisherigen Erfahrungen im Fall der

mit Sicherheit zu erwartenden Versorgungsnotstände auf dem Gebiet der Richtlinienpsychotherapie nicht zögern, auch diese Psychotherapeuten im Erstattungsverfahren mit Richtlinientherapie zu beauftragen, obwohl dies sozialrechtlich nicht gestattet wäre. Der Patientenschutz würde jedenfalls auf breiter Ebene unter den Tisch fallen.

Dieser neue Beruf hätte eine erhebliche Anziehungskraft auf junge Menschen, die heilkundlich tätig sein wollen, ohne Medizin studieren zu müssen und Psychotherapeuten werden möchten, ohne den langen und mühevollen Weg einer vertieften Ausbildung in einem wissenschaftlichen Verfahren der Psychotherapie zu gehen. Nachdem die Kultusminister nicht daran interessiert sind, einen weiteren medizinähnlichen Studiengang außerhalb der Bologna-systematik zu etablieren, haben sich die ursprünglichen Vorstellungen von einem „medizinähnlichen Studiengang“ gründlich verändert. Inzwischen ist die Rede von einem „multivalenten Bachelor“ und einem „Psychotherapiemaster“ (Fydrich 2015, persönliche Mitteilung). Aus dem ursprünglich 10 - 12-semesterigen Basalen Direktstudium ist ein 4-semesteriger Masterstudiengang geworden, das sich praktisch überall etablieren lässt. Es ist bereits im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens offenkundig, dass der deutsche Numerus clausus unterlaufen werden wird und in mehreren EU-Ländern von bereits in Lauerstellung befindlichen privaten und staatlichen Universitäten und Hochschulen entsprechende Abschlüsse angeboten werden, denen die deutsche Approbation nicht verweigert werden könnte. Damit wird es von dieser Sorte „Psychotherapeuten“ mehr geben, als es Absolventen der diesbezüglichen geplanten deutschen Numerus clausus-Studiengänge geben wird.

Außerdem wird nur ein kleiner Teil der Approbierten sich einer 5-jährigen Weiterbildung zum Erwerb der Fachkunde in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren unterziehen wollen und können, da eine solche Weiterbildung nicht nur sehr aufwendig, sondern auch kaum finanzierbar sowie wegen fehlender Weiterbildungsstellen auch schwer zugänglich sein wird. Darüber hinaus wird die Qualität der Weiterbildung aus verschiedenen Gründen nicht entfernt an die heutige postgraduale vertiefte Ausbildung heranreichen.

Das wird Ärzte nicht stören. Ein großer Teil der Ärzteschaft wird nicht nur aus ökonomischen Gründen gern seine psychosozialen Funktionen, die bislang integrativer Bestandteil des Berufsbildes des Arztes waren, an berufsrechtlich praktisch gleichgestellte Heilkundige abgeben.

Diese Ärzte könnten einen approbierten Heilkundigen in ihre Praxis integrieren, der ihnen die Gespräche über die Sorgen und Probleme ihrer Patienten abnimmt, eventuelle psychosoziale Ursachen körperlicher Krankheiten eruiert und dessen Leistungen darüber hinaus von den Kassen im Rahmen der nicht genehmigungspflichtigen psychodiagnostischen, beratungs- und Therapieleistungen besser honoriert werden als es dem Arzt bislang im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung u. ä. zugestanden worden ist. Hier wird ein ganz neues Feld wirtschaftlich interessanter Versorgung entstehen, wo die Lobbyisten beider Berufsgruppen einträchtig vereint um Anteile am Geld der Versicherten kämpfen werden.

Wenn die Medizin von „Psychotherapeuten“ bevölkert werden wird, die sich aus sozialrechtlichen Gründen nicht selbst niederlassen können, berufsrechtlich jedoch alle psychosozialen Leistungen anbieten dürfen, werden nicht nur der hausärztlich tätige Internist oder Allgemeinmediziner, sondern auch der Psychiater, Gynäkologe, Dermatologe und andere fachärztliche Spezialisten mit einem psychosozialen Problemanteil ihrer Klientel von 30 – 50 % ihren Patientendurchlauf mit Hilfe dieser neuen Berufsgruppe wirtschaftlich optimieren.

Damit schafft der Gesetzgeber alle Voraussetzungen dafür, dass der Arzt in einem bisher nicht gekanntem Ausmaß den Anspruch aufgeben wird, den ganzen Menschen zu behandeln. Nach den bisherigen Erfahrungen werden weder Krankenkassen noch die Selbstverwaltung oder die Politik in der Lage sein, im Anschluss an derartige grundlegende gesetzliche

Fehlentscheidungen die fortschreitende Ausprägung der Tendenz zur Entleerung der Gesundheitsberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Arztes um Kernelemente ihres Selbstverständnisses zu stoppen.

Kurzfassung

Das BMG plant im Zuge der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes ein Direktstudium „Psychotherapie“, das nicht nur vermehrt medizinische Inhalte haben soll, sondern - ähnlich dem Medizinstudium – auch mit Staatsexamen und Approbation endet. Damit würde ein neuer medizinischer Generalist analog zum früheren Praktischen Arzt, der kein Facharzt war, entstehen. Die Approbation wäre allerdings nach den Plänen des BMG mit dem Titel „Psychologischer Psychotherapeut“ verbunden, d.h. mit der berufsrechtlichen Erlaubnis zur Durchführung von Psychotherapie, ohne dass dieser „Psychotherapeut“ im Besitz einer Fachkunde in einem wissenschaftlichen psychotherapeutischen Verfahren wäre. Letztere soll er in einer vorwiegend stationären 5-jährigen Weiterbildung – wiederum analog der ärztlichen Facharztweiterbildung – erwerben.

Folgende Probleme und Risiken müssten in Anbetracht ihrer gesamtgesellschaftlichen Konsequenzen öffentlich diskutiert werden:

1. Gesundheitspolitische Verwerfungen

- Ohne Information der Öffentlichkeit und der betroffenen gesellschaftlichen Bereiche wird ein neuer Heilberuf neben dem „Psychologischen Psychotherapeuten mit Fachkunde“ geschaffen: Ein neuer medizinischer Generalist, eine Art „Miniarzt für das Psychische“, der zwar kein psychotherapeutisches Verfahren beherrscht, jedoch weitgehende ärztliche Befugnisse haben und mit Ärzten auch um Leitungspositionen im Gesundheitswesen konkurrieren soll. (Hier wird also ein fragwürdiges defizitäres Gegenstück zum Hausarzt konzipiert, nicht etwa zum ärztlichen Psychotherapeuten.)

- Die Verschiebung der in Deutschland bislang zu 90 % im ambulanten Setting durchgeführten Ausbildung in den stationären Weiterbildungssektor (analog der ärztlichen Weiterbildung) würde – allein durch die notwendige Neuschaffung mehrerer Tausend Stellen - zu einer gesundheitspolitisch höchst problematischen Veränderung der gesamten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland führen.

2. Finanzielle Risiken, die den Ländern entstehen

- Neben dem Aufbau eines neuen Studienganges im Umfang von mindestens 4000 Studienplätzen, für den entsprechendes Personal definitiv nicht vorhanden ist und erst qualifiziert werden müsste, kommt auf die Länder

- die Neuschaffung und Bezuschussung von mehr als 10.000 Weiterbildungsstellen vorwiegend im stationären Bereich und die Schaffung rechtlicher Grundlagen eines neuen Modells der Finanzierung der Weiterbildung zu, das namhafte Juristen für nicht machbar einschätzen.

3. Quantitative und qualitative Versorgungsnotstände

- Fehlende Weiterbildungsstellen würden dazu führen, dass eine große Zahl „approbierter Psychotherapeuten“ keine Fachkunde erwerben kann und die heutige Zahl zulassungsfähiger Psychotherapeuten auch nicht annähernd erreicht würde. Dafür würde es viele „Approbierte Psychotherapeuten ohne Fachkunde in Psychotherapie“ geben, die einen völlig neuen Heilberuf repräsentieren würden („Miniärzte fürs Psychische“).

- Nach allen bisherigen Erfahrungen würde der Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei einem Direktstudium erheblich an Zuspruch verlieren und verkümmern.

- Der Patientenschutz wäre durch die Existenz eines Psychologischen Psychotherapeuten ohne Fachkunde gefährdet, dem berufsrechtlich jedoch die Ausübung von Psychotherapie erlaubt ist.

- Bei einer stationär orientierten Weiterbildung würde die Qualität der Ausbildung in genehmigungspflichtigen Richtlinienverfahren, der Grundlage ambulanter psychologischer psychotherapeutischer Versorgung in Deutschland, stark eingeschränkt.