

Prof. Dr. Cord Benecke · Universität Kassel · Institut für Psychologie

Prof. Dr. Cord Benecke
Universität Kassel
Fachbereich 01 / Humanwissenschaften
Institut für Psychologie
Holländische Str. 36-38
D-34127 Kassel

Tel: +49-561 804-3630
Fax: +49-561 804-3596
Mail: benecke@uni-kassel.de

Mitglieder im Gesundheitsausschuss
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Kassel, 10.06.2019

**Stellungnahme zur Anhörung im Gesundheitsausschuss zur Reform des PsychThG am
15.5.2020 sowie zur Stellungnahme von DGPs/FTPs**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich war als Einzelsachverständiger zur Anhörung zur Reform des PsychThG im Gesundheitsausschuss am 15.5.2019 geladen. In den letzten Jahren habe ich in der Koordinierungsgruppe der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) mitgearbeitet und den Reformprozess konstruktiv begleitet.

Dass ich den Gesetzesentwurf insgesamt positiv sehe, habe ich bereits in vorherigen Stellungnahmen der AGPPP kundgetan.

Die Sichtung des Wortprotokolls der Anhörung sowie die gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und des Fakultätentags Psychologie (FTPs) bringen mich allerdings dazu, hier zu einigen wichtigen Punkten nochmals gesondert

Stellung zu nehmen bzw. Sachverhalte richtig zu stellen. Die Stellungnahme der DGPs/FTPs enthält starke Verzerrungen, die m.E. schon als *fake news* bezeichnet werden müssen.

Auf folgende Punkte werde ich eingehen:

1. Auf die irreführende Gegenüberstellung von einem „zukunftsorientierten evidenzbasierten Pluralismus“ und den als veraltet und implizit nicht-evidenzbasierten dargestellten wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren.
2. Auf die Behauptung, dass Deutschland „beträchtliche Schwächen“ in der Umsetzung evidenzbasierter Psychotherapie aufweisen würde, und dass das IAPT-Programm in Großbritannien ein Vorbild für Deutschland sein sollte.
3. Auf die Behauptung, dass Behandlungsleitlinien der AWMF nicht verfahrensorientiert seien, sowie auf die Behauptung, das deutsche System der Anerkennung sei zu langsam und führe dazu, dass Deutschland international „abgehängt“ würde und dass neue Entwicklungen in Deutschland nicht anerkannt würden.
4. Auf die Funktion des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP) und die Notwendigkeit, diese zu erhalten.
5. Auf die Behauptung, dass eine Besetzung von Lehrpersonal an Universitäten mit einer „Festlegung“ auf ein Psychotherapieverfahren „verfahrensfremd“ sei und zu unterbleiben habe.
6. Auf die Behauptung, dass schriftliche IMPP-Prüfungen in der Psychotherapie „bei Psychologinnen und Psychologen zu keinem nachweislichen Zugewinn an Validität geführt“ hätten und daher abgeschafft werden sollten.
7. Auf die geplante Änderung des §92 Absatz 6a des Fünften Sozialgesetzbuches, der zufolge eine „diagnoseorientierte und leitliniengerechte“ Konkretisierung des Behandlungsbedarfs vorgesehen ist.

Im Anschluss an die Erläuterung dieser sieben Punkte werde ich einige (leicht umsetzbare) Vorschläge machen, wie der Gesetzestext bzgl. dieser Themen verbessert und eine drohende Verschlechterung der psychotherapeutischen Ausbildung verhindert werden kann.

1. „Zukunftsorientierter evidenzbasierter Pluralismus“: ein Konstrukt ohne Evidenz

Wiederholt wird in den letzten Stellungnahmen von DGPs/FTPs eine **Gegenüberstellung** vorgenommen, in der aktuellen unter Punkt 10: „Zukunftsorientierter evidenzbasierter Pluralismus anstatt Verankerung traditioneller Psychotherapieverfahren“. Mit den „traditionellen Psychotherapieverfahren“ sind die wissenschaftlich anerkannten Verfahren gemeint. Dabei wird **suggestiert, dass die wissenschaftlich anerkannten Verfahren nicht evidenzbasiert und auch nicht zukunftsorientiert seien**, und es wird behauptet, dass eine „Fixierung traditioneller Therapieverfahren“ dazu führen würde, „dass Innovation behindert wird und Deutschland von den internationalen wissenschaftlichen Entwicklungen der Psychotherapie abgehängt wird“ (Seite 4). Hier also das *positiv konnotierte Neue*, dort das *negative konnotierte Alte*.

Insgesamt **zielen DGPs/FTPs klar auf die Abschaffung des Konzepts der Psychotherapieverfahren** und propagieren stattdessen das so wunderbar positiv klingende neue Konzept des „zukunftsorientierten evidenzbasierten Pluralismus“. Es ist m.E. wichtig, sich klar vor Augen zu führen, was diese beiden Konzepte tatsächlich beinhalten.

Einem **Psychotherapieverfahren** liegt „ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde“, aus welchem sich die Behandlungsstrategien für ein breites Spektrum psychischer Störungen ableiten lässt, für deren Wirksamkeit empirische Belege vorliegen. Vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) anerkannte Verfahren sind: *Psychodynamische Psychotherapie*, *Verhaltenstherapie* und *Systemische Therapie*. Aufgrund der vorliegenden Wirksamkeitsbelege für eine ganze Reihe von psychischen Störungen gelten diese drei Psychotherapie-Verfahren als evidenzbasiert.

Psychotherapiemethoden hingegen basieren nicht auf einer solchermaßen umfassenden Theorie, sondern beziehen sich nur auf die *eine* Störung (oder sehr wenige Störungen), für die dann auch die Anerkennung/Zulassung erfolgen kann.

Der Sinn, in Psychotherapieverfahren auszubilden (und nicht lediglich in Methoden), bestand schon immer und besteht auch nach wie vor darin, dass die **Beherrschung eines Psychotherapieverfahrens** in die Lage versetzt, die **ganze Bandbreite der psychischen Störungen zu behandeln**, inklusive der üblicherweise anzutreffenden komplexen Störungen (also Patienten mit einer hohen Komorbidität). Dies gelingt aus dem Grund, weil sich das behandlungstechnische Vorgehen aus einer in sich stringenten und umfassenden Theorie über

die menschliche Psyche und den Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen ableitet. Eine solche umfassende Behandlungskompetenz erlaubt es dann auch, evtl. auftauchende Komplikationen im Behandlungsverlauf in ihrer Komplexität zu verstehen und darauf wiederum basierend auf einem Gesamtverständnis angemessen zu reagieren.

Das so schön klingende neue Konstrukt eines „**evidenzbasierten Pluralismus**“ ist **bisher nirgends definiert**. Aus verschiedenen Texten (Stellungnahmen, Artikeln) lässt sich aber ungefähr Folgendes herauslesen: die zukünftigen PsychotherapeutInnen behandeln ihre PatientInnen nicht mehr auf der Basis einer umfassenden Theorie und daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie, sondern wenden die für die jeweils vorliegende Störung/Symptomatik als evidenzbasiert geltende Technik oder Methode an. Welche Technik/Methode bei welcher Symptomatik als evidenzbasiert gilt, könne den entsprechenden Leitlinien entnommen werden. Bei der (regelmäßig vorliegenden) Komorbidität psychischer Störungen müssten dann die jeweiligen störungs- oder symptom-spezifischen Module kombiniert werden. Der Rekurs auf eine umfassende Theorie, aus der sich die kombinierten Techniken ableiten lassen, sei nicht mehr nötig.

Eine solche Konzeption von Psychotherapie ist äußerst kritisch zu bewerten: Insbesondere liegt für eine solcherart konzipierte Psychotherapie **keinerlei empirische Evidenz** vor. Denn die Kombination von evidenzbasierten Einzelmethoden/-techniken ist nicht evidenzbasiert: es müsste *jede einzelne Kombination* separat durch RCT-Studien untersucht werden, um die Evidenz (und mögliche negative Wechselwirkungen) überprüfen zu können. Da die TherapeutInnen aller bisher vorliegenden Wirksamkeitsstudien über eine Ausbildung in einem Psychotherapieverfahren verfügen (das gilt auch für internationale Studien) müsste zudem gezeigt werden, dass die jeweils kombinierten Einzeltechniken *auch dann noch wirksam sind, wenn sie von PsychotherapeutInnen angewendet werden, die nicht über eine umfassende Verfahrensausbildung verfügen*. Solche Studien liegen nicht vor.

Die wissenschaftlich anerkannten Verfahren hingegen sind evidenzbasiert: es liegen zahlreiche Studien vor, die die Wirksamkeit dieser drei Verfahren (Psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie) in der Behandlung von einer Reihe von psychischen Störungen nachweisen.

Fazit: die von DGPs/FTPs vorgeschlagene Ersetzung der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapie-Verfahren durch die Konzeption eines „evidenzbasierten Pluralismus“ würde

dazu führen, dass die zukünftigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in einer Psychotherapieform ohne Evidenz ausgebildet würden.

2. Das IAPT-Programm ist kein Vorbild für Deutschland

Um die vermeintliche Notwendigkeit einer Abschaffung der Psychotherapieverfahren und stattdessen einer „Umstellung auf evidenzbasierte Versorgung“ zu untermauern sowie gleichzeitig für „interdisziplinäre Behandlungszentren Psychotherapie“ (Rief, Wortprotokoll der Anhörung S. 11) zu werben, ist in der aktuellen Stellungnahme von DGPs/FTP auf Seite 2 zu lesen:

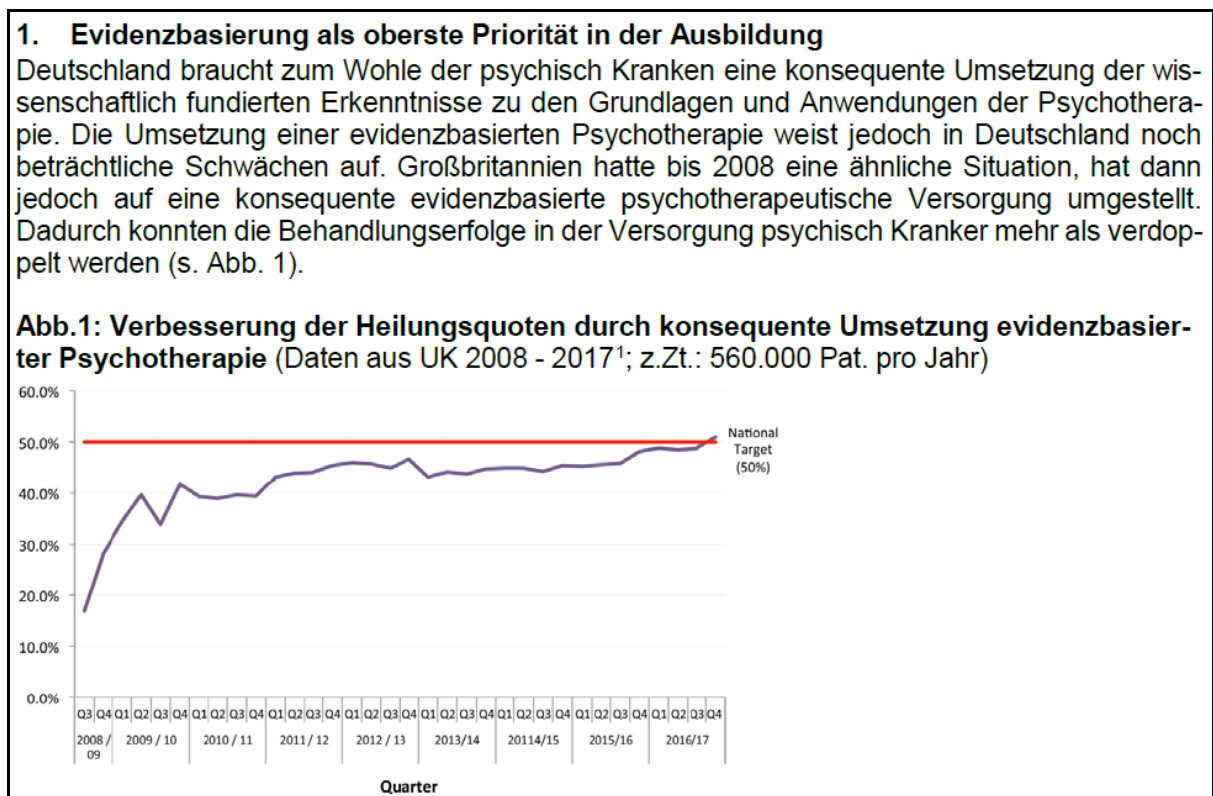


Abb. 1: Auszug aus DGPs/FTP-Stellungnahme, Seite 2

Es wird hier also behauptet, dass Deutschland „beträchtliche Schwächen“ in der Umsetzung evidenzbasierter Psychotherapie aufweise würde, und dass in Großbritannien bis 2008 ähnliche Schwächen bestanden hätten, dass dort aber nun eine durch die Grafik illustrierte starke Verbesserung erfolgt sei.

Dies stellt nun wirklich eine **grobe Verzerrung der Realität** dar, da die Situation in Großbritannien zu der in Deutschland in keiner Weise „ähnlich“ war, weder vor 2008 noch

danach. In Großbritannien, mit seinem Steuer-finanzierten Gesundheitssystem, existierte vor 2008 faktisch überhaupt keine Regelversorgung mit Psychotherapie. Psychotherapie musste im Wesentlichen privat bezahlt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Einführung des IAPT-Projekts („Improving Access to Psychological Therapies“) durchaus ein Fortschritt für Großbritannien. Die Grafik entstammt einem Artikel des Projektleiters David Clark (2018).

Die Grafik zusammen mit der Aussage, dass durch die „Umstellung“ auf „eine konsequente evidenzbasierte psychotherapeutische Versorgung“ die „Behandlungserfolge in der Versorgung psychisch Kranker mehr als verdoppelt werden“ konnten, **suggeriert, dass sich diese Verdoppelung der Erfolge auf die gesamte Versorgung beziehen**. W. Rief wiederholt dies in der Anhörung: „Wir haben hier sehr robuste Zahlen aus Großbritannien, wo flächendeckend 500 000 Personen jährlich in evidenzbasierte Psychotherapieprogramme kommen. **Durch diese Umstellung auf eine konsequent evidenzbasierte Psychotherapie konnten mehr als doppelt so viele Patienten erfolgreich behandelt werden. Das sind sehr beeindruckende Zahlen und das würde ich mir für Deutschland wünschen**“ (W. Rief, Wortprotokoll der 49. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Seite 11; Hervorhebung CB).

Tatsächlich zeigt die Grafik aber (und so ist es bei Clark 2018 nachzulesen), dass die Erfolgsraten in den IAPT-Zentren (die von Anfang an nur „evidenzbasiert“ gemäß NICE-guidelines arbeiteten) in den Anfangsjahren lediglich bei ca. 20% lagen und sich in Laufe der Jahre verbessert haben. Dies betrifft aber eben nur Verbesserungen *innerhalb* der IAPT-Zentren, die von Anfang an evidenzbasierte Behandlungsmethoden anwendeten. Die Grafik zeigt, dass sich mittlerweile ca. 50% der in IAPT-Zentren mittels „evidenzbasierter“ Therapie behandelten Menschen symptomatisch verbessern. Aktuelle Studien aus der IAPT-Gruppe zeigen, dass die Rückfallquote extrem hoch ist: ca. 50% Rückfälle innerhalb eines Jahres (die meisten schon nach 6 Monaten), knapp 66% Rückfälle nach 2 Jahren (Ali et al. 2017, Delgadillo et al. 2018); d.h. nach 2 Jahren sind **nur ca. 17 % der PatientInnen** weiterhin gebessert. Das ist sehr wenig, zumal nicht einmal sicher ist, dass es sich überhaupt wirklich um PatientInnen mit einer psychischen Störung mit Krankheitswert handelt, da die „Diagnosen“ lediglich per Screening-Fragebogen erhoben werden. „Robuste Zahlen“ sehen anders aus. Zudem zeigt sich, dass die innerhalb dieses Systems ausgebildeten „TherapeutInnen“ extrem hohe Raten an *Burn-Out* aufweisen (50-70%; Westwood et al. 2017). **Das kann nun wirklich kein Vorbild für uns in Deutschland sein!**

Fazit: Der oben dargestellte Abschnitt aus der DGPs/FTPs-Stellungnahme stark irreführend und weist m. E. schon Züge von **fake news** auf: das psychotherapeutische Versorgungssystem in Deutschland gilt als eines der besten weltweit, wird von der DGPs/FTPs aber mittels gezielter Falschinformationen als völlig veraltet und ineffizient dargestellt.

Die eklatante Falschdarstellung der Ergebnisse des IAPT-Programms lässt an der wissenschaftlichen Integrität der Autoren der DGPs/FTPs-Stellungnahme zweifeln.

3. Behandlungsleitlinien sind verfahrensorientiert und Deutschland wird nicht „abgehängt“

In der DGPs/FTPs-Stellungnahme wird behauptet, dass Behandlungsleitlinien nicht verfahrensorientiert seien, sondern stattdessen nur „evidenzbasierte“ Empfehlungen enthalten. Das ist eindeutig falsch: die internationalen Leitlinien zur Behandlung psychischer Störungen beziehen sich in ihren Empfehlungen sehr klar auf Psychotherapieverfahren (meist Kognitive Verhaltenstherapie und Psychodynamische Psychotherapie), manchmal ergänzt durch einzelne Psychotherapiemethoden (z.B. die *Interpersonelle Psychotherapie*, IPT, bei Depressionen oder *Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing*, EMDR, bei Traumafolgestörungen). Die Behauptung von W. Rief in der Anhörung¹, dass solche störungsspezifisch wirksamen Methoden in Deutschland nicht umgesetzt würden, weil das deutsche System zu langsam sei, ist schlicht falsch: die IPT und ist als Methode zur Behandlung von affektiven Störungen und Essstörungen wissenschaftlich anerkannt (WBP 2006), EMDR ist ebenfalls als Methode anerkannt und auch sozialrechtlich zugelassen; sie stellen aber eben *kein Psychotherapieverfahren* dar und können diese auch nicht ersetzen.

Auch die Behauptung in der DGPs-/FTPs-Stellungnahme, dass die Orientierung der Psychotherapie-Ausbildung an den wissenschaftlich anerkannten Psychotherapie-Verfahren die „Gefahr“ berge, „dass Innovation behindert wird und **Deutschland** von den internationalen wissenschaftlichen Entwicklungen der Psychotherapie **abgehängt** wird“ (S. 4; Hervorhebungen CB), entbehrt jeglicher Grundlage: die **Psychotherapie hat sich in den letzten Jahrzehnten sehr positiv entwickelt, international und in Deutschland**, trotz oder

gerade wegen der grundlegenden Orientierung am Verfahrenskonzept. Innerhalb aller wissenschaftlich anerkannter Verfahren hat es bedeutsame Weiterentwicklungen gegeben, und an diesen Entwicklungen waren Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Deutschland maßgeblich beteiligt. Es wurden auch einige „integrative“ Methoden entwickelt (z.B. das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP), die aber jeweils nach wie vor sehr klar in einem der Verfahren verankert sind. CBASP beispielsweise wird als Methode innerhalb des Verfahrens der Verhaltenstherapie in Deutschland praktiziert – es kam hier zu **keinerlei Verzögerungen** aufgrund der Orientierung des deutschen Versorgungssystems am Verfahrensbegriff.

Fazit: Das scheinbar etwas „langsame“ Prozedere der Anerkennung/Zulassung *gänzlich neuer psychotherapeutischer Ansätze* (also möglicher Entwicklungen, die sich nicht mehr einem Verfahren zuordnen lassen oder deren Vertreter sich keinem Verfahren zuordnen lassen wollen) ist kein Innovations-Hindernis, sondern eine **Notwendigkeit im Sinne des Patientenschutzes**. Die zweistufige Prüfung durch WBP und G-BA gewährleistet, dass die Patientinnen und Patienten in Deutschland nicht vorschnell mit scheinbar „modernen“ Methoden/Techniken traktiert werden, deren Wirksamkeit und Unbedenklichkeit noch nicht überprüft ist. Das verhindert ja nicht die *Erforschung* neuer Ansätze, wohl aber eine vorschnelle Anwendung unzureichend geprüfter Ansätze im Feld.

4. Zusammensetzung und Funktion des Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) erhalten

Dementsprechend sollte die **Funktion des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie (WBP)** auch im neuen Gesetz erhalten bleiben. Laut Formulierung im aktuellen Gesetzesentwurf stellt „die zuständige Behörde die wissenschaftliche Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens fest“ und „kann ihre Entscheidung dabei in Zweifelsfällen auf ein Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie stützen“ (§ 8). Diese „Kann-Bestimmung“ birgt die Gefahr, dass die „wissenschaftliche Anerkennung“ in Zukunft ihre Bedeutung verliert, und es sollte wieder auf die Formulierung im Referentenentwurf zurückgegriffen werden (siehe unten).

¹ „Interpersonelle Psychotherapie ist als ein evidenzbasiertes Verfahren im Ausland anerkannt und bei uns noch

5. „Freiheit der Lehre“ im Psychotherapiestudium?

Der vorliegende Gesetzesentwurf macht klar, dass die „Breite der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren“ im Studium gelehrt werden muss. **DGPs und FTPs versuchen die Verpflichtung zur verfahrensausgewogenen Lehre mit allen Mitteln zu verhindern.** Insbesondere wehren sich DGPs/FTPd dagegen, dass die Qualifikation in einem wissenschaftlich anerkannten Verfahren ein Kriterium in einem Stellenbesetzungsverfahren sein könnte. In Ihrer aktuellen Stellungnahme heißt es unter Punkt 11 („Freiheit von Forschung und Lehre zur fachlichen Qualifizierung“), dass „externe Eingriffe in die inhaltliche Profilierung von Lehrpersonal und von Fachbereichen (z.B. **Festlegung bestimmter Therapierichtungen**) verfahrensfremd“ (Seite 5; Herv. CB) seien und zu „unterbleiben“ hätten. Nun ist es aber so, dass die Professuren im Bereich Klinische Psychologie und Psychotherapie in den letzten zwanzig Jahren zu einem großen Teil mit einer ebensolchen Festlegung auf eine bestimmte Therapierichtung ausgeschrieben wurden, nämlich mit einer **Festlegung auf Verhaltenstherapie.** (Ich schicke Ihnen zwei aktuelle Beispiele im Anhang mit). Dies hat ganz wesentlich zu der jetzigen **Monokultur** in den Abteilungen für Klinische Psychologie und Psychotherapie beigetragen. Das Neue wäre nun also nicht die Festlegung auf eine Qualifikation in einem bestimmtem Psychotherapieverfahren (das war/ist gängige Praxis), sondern lediglich, dass solche Vorgaben gewissermaßen von außen kommen (durch die Notwendigkeit, qualifiziertes Personal in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren vorzuhalten). Der Rückgriff auf die „Freiheit von Forschung und Lehre“ greift ja in dem Maße nicht mehr, als das neue Psychotherapiestudium eine *Berufsausbildung* ist (und nicht mehr ein rein wissenschaftliches Studium), wobei die Freiheit der Forschung gewahrt bleibt, ein Teil der Lehre nun aber durch das Gesetz und die Approbationsordnung vorgeschrieben wird.

Fazit: In Sinne der Strukturqualität der zukünftigen Approbationsstudiengänge muss die Vermittlung der verfahrensspezifischen Kenntnisse und Kompetenzen von in diesen Verfahren **ausgebildeten DozentInnen** erfolgen. Ebenso sollte der Gesetzestext klarstellen, dass in den Psychotherapeutischen **Hochschulambulanzen alle wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren von fachkundigen TherapeutInnen praktiziert**

werden. Zu den strukturellen Voraussetzungen zählt ferner, dass dem wissenschaftlichen Personal Möglichkeit zur Forschung in den wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren gegeben wird, was strukturell die Betreuung durch Professuren mindestens auf W2-Niveau voraussetzt. **Ohne eigenständige Forschung, die die Breite der wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren einschließt, sind methodische Weiterentwicklungen und Qualitätssicherung nicht möglich.**

6. Approbationsprüfungen: bundeseinheitliches Basiswissen oder lokale Vorlieben?

Noch ein Punkt zu den **Prüfungen**. In der DGPs/FTPs-Stellungnahme wird behauptet: „Bisherige schriftliche IMPP-Prüfungen in der Psychotherapie haben gerade bei Psychologinnen und Psychologen zu keinem nachweislichen Zugewinn an Validität geführt“ (Seite 3). Woher wissen die Autoren das? Das wurde m.W. nie untersucht!

Was aber auf jeden Fall gesagt werden kann, ist, dass durch die bundeseinheitlichen schriftlichen Approbationsprüfungen gesichert wird, dass **alle Approbierten zumindest über ein einigermaßen einheitliches Basiswissen verfügen**. Die bundeseinheitlichen schriftlichen Approbationsprüfungen wurden in der Medizin eingeführt, weil die approbierten Ärzte sonst über sehr variierende Wissensbestände verfügten, die sich im Wesentlichen nach den Vorlieben der örtlichen Professorinnen und Professoren richteten.

7. Eine „diagnoseorientierte und leitliniengerechte“ Konkretisierung des Behandlungsbedarfs würde moderne psychotherapeutische Entwicklungen konterkarieren

Auf Seite 25 des Gesetzentwurfs werden geplante Änderungen im Fünften Sozialgesetzbuches beschrieben.

§92 Absatz 6a soll wie folgt geändert werden:

5. § 92 Absatz 6a wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und werden die Wörter „der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren“ eingefügt.

Eine solche „diagnoseorientierte und leitliniengerechte“ Konkretisierung des Behandlungsbedarfs konterkariert die modernen Entwicklungen in der Psychotherapie. Zwar sind die Empfehlungen in den meisten Behandlungsleitlinien immer noch auf spezifische Einzeldiagnosen bezogen. Aufgrund der meist sehr hohen Komorbidität (gleichzeitiges Vorliegen mehrerer psychischer Störungen) haben sich in allen Psychotherapieverfahren aber so genannte *transdiagnostische* Ansätze entwickelt (z.B. Barlow et al. 2011; Ellard et al. 2011): diese Ansätze beziehen sich nicht auf einzelne Diagnosen, sondern auf größere Diagnosegruppen, z.B. auf „emotional disorders“ (hierunter fallen alle depressiven Störungen und Angststörungen). Daher sind diese Ansätze wesentlich besser auf die reale Praxis abgestimmt, als die sehr spezifisch nur auf eine einzige Störung zugeschnittenen Behandlungsmanuale. Die Fokussierung auf monosymptomatisch gestörte PatientInnen, wie sie in den aktuellen Leitlinien vorherrschend ist, steht im Widerspruch zu Versorgungsrealität, die durch PatientInnen mit komplexen Störungen geprägt ist.

Auch die angestrebte **Förderung der Gruppentherapie** wird mit einer strikten „diagnoseorientierten“ Behandlungsplanung **ausgebremst**: diagnosespezifische Gruppentherapiekonzepte finden fast ausschließlich in stationären Kontexten statt, da es hier einer Gruppe von PatientInnen mit einer einheitlichen Diagnose bedarf, die in der ambulanten Versorgung kaum realisiert werden kann. Da transdiagnostische Gruppentherapien auch mit diagnostisch heterogenen PatientInnen durchgeführt werden können, sind diese Ansätze wesentlich leichter in ambulanten Praxen umsetzbar.

Fazit: Eine ausschließlich „diagnoseorientierte und leitliniengerechte“ Einengung von Behandlungsbedarfen sollte also gerade nicht vorgenommen werden, um die reale Praxis mit den üblicherweise heterogen und komplex beeinträchtigten PatientInnen nicht unnötig zu behindern. Auch hier ist nochmal der Verweis auf das Konzept der Psychotherapieverfahren angebracht (siehe oben): die Ausbildung in Psychotherapieverfahren vermittelt die Kompetenz zur Behandlung von PatientInnen mit heterogenen und komplexen psychischen Störungen.

Gesamt-Fazit

Es ist absehbar, dass das neue Psychotherapiestudium überwiegend in den Instituten für Psychologie angesiedelt wird. (DGPs und FTPs versuchen sehr deutlich zu verhindern, dass

insbesondere die neuen Masterstudiengänge auch außerhalb der Psychologie, z.B. in der Medizin, angeboten werden). Die jetzige klinisch-psychotherapeutische Lehre in der Psychologie ist (fast) ausschließlich verhaltenstherapeutisch orientiert. Für die Vermittlung der Kompetenzen in den anderen wissenschaftlich anerkannten Verfahren gibt es zurzeit auch kaum qualifiziertes Personal in den meisten Psychologie-Instituten. Die **DGPs und der FTPs versuchen die Verpflichtung zur verfahrensausgewogenen Lehre mit allen Mitteln zu verhindern**, indem stattdessen ein „evidenzbasierter Pluralismus“ propagiert wird, der aber de facto nicht evidenzbasiert ist (siehe oben).

Man fragt sich, was DGPs/FTPps dazu bringt, einen derartigen Vorschlag mit dieser Vehemenz zu vertreten. Sollte sich der Gesetzgeber tatsächlich von dem so positiv konnotierten Begriff des „zukunftsorientierten evidenzbasierten Pluralismus“ verleiten lassen, die ausgewogene Lehre in allen wissenschaftlich anerkannten Verfahren nicht mehr vorzugeben, dann könnte an den Lehrstühlen für Klinische Psychologie und Psychotherapie an den staatlichen Universitätsinstituten **alles so bleiben wie es bisher** ist: die jeweiligen ProfessorInnen entscheiden allein, was sie unter Psychotherapie verstehen und welche Methoden sie aus dem pluralistischen Technik- und Methodenspektrum für die Lehre auswählen – aller Voraussicht nach werden diese, wie jetzt auch, zu 99% aus dem verhaltenstherapeutischen Spektrum kommen.

Der hartnäckige Widerstand von DGPs/FTPps gegen die verbindliche Vermittlung von Kompetenzen in allen wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren lässt erwarten, dass es an vielen Standorten keine verfahrensausgewogene Lehre durch qualifiziertes Personal geben wird, solange der Gesetzestext die Möglichkeit offen lässt, sich auf die Vermittlung von einem Verfahren zu konzentrieren und die anderen Verfahren lediglich „im Überblick“ darzustellen (wie es in der aktuellen Stellungnahme der DGPs auf Seite 4 heißt). Der Gesetzestext sollte m.E. daher unbedingt eine **Verbindlichkeit in Bezug auf eine verfahrensausgewogene Kompetenzvermittlung** enthalten. Ebenso sollte im Sinne einer Strukturqualität der neuen Studiengänge eine **Verbindlichkeit in Bezug auf die verfahrensbezogene Qualifikation des Lehrpersonals** hergestellt werden. Ich werde im Folgenden u.a. Vorschläge machen, die diese Verbindlichkeiten herstellen würden.

Änderungs-/Ergänzungsvorschläge

Um sicherzustellen, dass mit dem Psychotherapieausbildungsreformgesetz die oben genannten Punkte im Sinne der Qualitätssicherung in den neuen Psychotherapie-Studiengängen gewährleistet werden, schlage ich folgende Änderungen im Gesetzestext (Version vom 30.4.2020) vor:

Punkt 1 betrifft die Frage, ob man die **Verfahren so im Gesetzestext verankern** kann, dass sich kein Institut darum herumschummeln kann.

Seite 11, §7, Absatz 1, sollte es m.E. heißen (Änderungen/Ergänzung kursiv und rot):

- „(1) Das Studium, das Voraussetzung für die Erteilung einer Approbation als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut ist, vermittelt [...] Kompetenzen, die für eine eigenverantwortliche, selbständige und umfassende psychotherapeutische Versorgung von Patientinnen und Patienten aller Altersstufen im Sinne von § 1 Absatz 2 dieses Gesetzes mittels *der* wissenschaftlich anerkannten *n* psychotherapeutischen *n* Verfahren erforderlich sind.“

Die bisherige Formulierung würde es ermöglichen, dass die Kompetenzen nur in *einem* wissenschaftlich anerkannten Verfahren vermittelt werden. Mit der hier vorgeschlagenen Änderung ist klar, dass die Kompetenzen in *allen* wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren vermittelt werden müssen. Der in der Begründung (Seite 38) ersichtliche Wille des Gesetzgebers, dass die "Verfahrensbreite" gelehrt werden soll, wäre durch die hier vorgeschlagene Änderung klar und verpflichtend im entsprechenden Paragraphen verankert.

Auf Seite 43, Begründung zu §1 heißt es:

- „Sie erhalten eine umfassende altersgruppenbreite und verfahrensausgewogene Erstausbildung, die sowohl die besonderen Aspekte von Erwachsenen wie von Kindern und Jugendlichen berücksichtigt wie auch die wissenschaftlich anerkannten Verfahren der Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemischen Therapie beinhaltet.“

Das ist erfreulich, da hier klar gemacht wird, dass alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren gelehrt werden sollen. Man könnte aber noch Folgendes ändern:

- statt „verfahrenübergreifende“ lieber „**verfahrensausgewogene**“. Denn der Terminus „verfahrenübergreifend“ wird meist im Sinne von unspezifischen Wirkfaktoren (z.B. Empathie, Herstellen einer guten Arbeitsbeziehung etc – die so genannten „common factors“) gebraucht.
- Die genannten Verfahren entsprechen nicht der Terminologie des WBP, und die Verfahren könnten in Klammern gesetzt werden. Vorschlag: „... wie auch die wissenschaftlich anerkannten Verfahren (**zurzeit: Psychodynamische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie**) beinhaltet“. ² Denn das kann sich ja auch ändern – obwohl es sehr unwahrscheinlich ist, dass innerhalb der nächsten 10-20 Jahre weitere Verfahren hinzukommen werden.

Punkt 2 betrifft die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass die **Verfahren im Personal der Universitäten repräsentiert** sind.

Der Gesetzestext enthält bisher keine klaren Aussagen bzgl. der **Strukturqualität** der einen Studiengang Psychotherapie anbietenden Institute. Es sollten zumindest Mindestanforderungen genannt werden.

Vorschlag (Seite 13, § 9, Absatz 7, Ergänzung in rot): „(7) Die hochschulische Lehre dient der Vermittlung von Kompetenzen, die zur Ausübung des Berufs der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten erforderlich sind. **Die Vermittlung der psychotherapeutischen Kompetenzen erfolgt durch psychotherapeutisch qualifiziertes Personal. Die wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren sind durch Personal mit entsprechender Fachkunde in der Hochschule repräsentiert.** Für die hochschulische Lehre sind folgende ECTS Punkte zu vergeben“ (Seite 13, § 9, Absatz 7)

Das ist eigentlich ein Minimal-Vorschlag, denn der sagt lediglich, dass Psychotherapie von qualifizierten PsychotherapeutInnen unterrichtet werden muss, und dass die wissenschaftlich anerkannten Verfahren im Personal der Uni vorhanden sein sollen. Das könnten dann aber auch einfache wissenschaftliche MitarbeiterInnen sein.

Um zu gewährleisten, dass jedes Verfahren auch auf Professoren-Niveau repräsentiert sind, sollte **ein weiterer Absatz im §9 eingeführt werden**, der verbindlich vorsieht, dass die

² Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie fasst Analytische Psychotherapie und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zusammen unter dem Begriff *Psychodynamische Psychotherapie*. Die *Systemische Therapie* fehlt im aktuellen Text.

wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren mindestens auf der Ebene von W2-Professuren verankert werden, um sowohl qualifizierte Lehre als auch

Als **Punkt 3** sollte für §8 **Wissenschaftlicher Beirat** die Formulierung des Referentenentwurfs vom 3.1.2019 verwendet werden: „Wenn nach diesem Gesetz die wissenschaftliche Anerkennung eines psychotherapeutischen Verfahrens Voraussetzung für eine Entscheidung der zuständigen Behörde ist, trifft die Behörde diese Entscheidung in Zweifelsfällen auf der Grundlage eines Gutachtens des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie, der gemeinsam von der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesärztekammer errichtet worden ist.“

Als **Punkt 4** schlage ich (zusätzlich zu den bereits geplanten kompetenzorientierten Prüfungen) bundeseinheitliche schriftliche Prüfungen, analog der Humanmedizin sowie der jetzigen Approbationsprüfungen, vor. Dies stellt sicher, dass alle Approbierten zumindest über ein einheitliches Basiswissen verfügen und dass dieses Basiswissen an allen Universitäten gelehrt wird.

Als **Punkt 5** schlage ich vor, §92 Absatz 6a im Fünften Sozialgesetzbuch so zu belassen, wie er jetzt ist (also die auf Seite 25 beschriebene Ergänzung nicht vorzunehmen).

Als **Punkt 6** schlage ich vor, eine Passage auf Seite 64, über die ich oben nichts geschrieben habe, zu überdenken:

- „Ambulanzen, die bereits als Ausbildungsstätte nach § 6 PsychThG in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung nach § 117 Absatz 3 Satz 1 SGB V kraft Gesetzes ermächtigt waren, sollen sie auch für die ambulante psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der Weiterbildung eine Ermächtigung ohne Bedarfsprüfung erhalten. Dies gilt nach Satz 3 nur, wenn zum ... [einsetzen: Tag der 1. Lesung des Gesetzentwurfs] bereits eine Ermächtigung nach altem Recht vorlag.“

Diese Passage zementiert die jetzigen Aus- bzw. Weiterbildungsplätze – nicht nur die Gesamtanzahl, sondern eben auch die „Verteilung“ bzgl. der Therapieverfahren. Ein neues Verfahren (wie jetzt die Systemische Therapie) oder auch ein attraktiver werdendes Verfahren hätten keine Chance auf eine dynamische Entwicklung in der Weiterbildung.

Ein weiteres Problem: Durch die oben angeführte Passage wird ein „Nadelöhr“ zu einem *sehr späten Zeitpunkt* der auf dem Weg zum/r PsychotherapeutIn eingeführt. Sollte es dazu kommen, dass Approbierte nicht direkt im Anschluss eine Weiterbildung in ihrem präferierten Verfahren beginnen können, besteht die Gefahr, dass sich ein „grauer“ Markt approbierter aber nicht weitergebildeter PsychotherapeutInnen entwickelt, was auf Kosten der Qualität der Versorgung gehen würde.

Um dies sowie eine unkontrollierte Ausweitung der Versorgung via Weiterbildungsambulanzen zu unterbinden, sollten andere Wege gefunden werden.³ Es sollte ermöglicht werden, dass sich die Verfahren und die jeweiligen Weiterbildungsinstitute dynamisch weiterentwickeln können.

Nun ist das alles doch viel länger geworden als geplant. Aber es lässt sich nun einmal nicht mit zwei/drei Sätzen darstellen, vor allem nicht, wenn soviel richtiggestellt werden muss.

Gerne stehe ich für Fragen zur Verfügung.

Mit Dank und freundlichen Grüßen,



[Cord Benecke]

PS: Diese Stellungnahme geht auch an GesundheitspolitikerInnen anderer Fraktionen.

PPS: Die Kritik an der DGPs/FTPs-Stellungnahme habe ich auch an die Präsidentin der DGPs sowie an den Vorsitzenden des FTPs geschickt. Die meisten DGPs-Mitglieder sind ja weder klinische PsychologInnen noch PsychotherapeutInnen und entsprechend mit etlichen Details (z.B. das IAPT betreffend) nicht so vertraut.

³ Wenn es denn sein muss, wäre der sinnvollste Zeitpunkt zur Einführung eines Nadelörs der Übergang vom polyvalenten Bachelor in den Psychotherapie-Master.

Literatur:

- Ali, Shehzad; Rhodes, Laura; Moreea, Omar; McMillan, Dean; Gilbody, Simon; Leach, Chris et al. (2017): How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. In: *Behav Res Ther* 94, S. 1–8.
- Barlow, D. H.; Farchione, T. J.; Fairholme, C. P.; Ellard, K. K.; Boisseau, C. L.; Allen, L. B.; Ehrenreich-May, J. (2011): The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. New York, NY: Oxford University Press.
- Clark, David M. (2018): Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. In: *Annu Rev Clin Psychol* 14, S. 159–183.
- Delgadillo, Jaime; Rhodes, Laura; Moreea, Omar; McMillan, Dean; Gilbody, Simon; Leach, Chris et al. (2018): Relapse and Recurrence of Common Mental Health Problems after Low Intensity Cognitive Behavioural Therapy: The WYLOW Longitudinal Cohort Study. In: *Psychother Psychosom* 87 (2), S. 116–117.
- Ellard, K. K.; Fairholme, C. P.; Boisseau, C. L.; Farchione, T. J.; Barlow, D. H. (2011): Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. In: *Cognitive and Behavioral Practice* 17, S. 88–101.
- Westwood, Sophie; Morison, Linda; Allt, Jackie; Holmes, Nan (2017): Predictors of emotional exhaustion, disengagement and burnout among improving access to psychological therapies (IAPT) practitioners. In: *Journal of mental health (Abingdon, England)* 26 (2), S. 172–179.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2006) Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der Interpersonellen Psychotherapie (IPT). *Deutsches Ärzteblatt*; 103: 2492-2494.