

Bundesministerium für Gesundheit  
53107 Bonn

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)0077(21)**  
gel. VB zur öAnh am 15.5.2019 -  
Psychotherapeutenausbildung  
9.5.2019

Fulda, den 07.05.2019

Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)

Stellungnahme zum Kabinettsentwurf für ein „Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“  
(Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz – PsychThGAusbRefG)

## I. Allgemeines

Die Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) e.V. begrüßt weiterhin ausdrücklich, dass das BMG die Versorgungsrelevanz der mit dem Psychotherapeutengesetz 1998 etablierten eigenständigen Heilberufe anerkennt und mit der Reform die bestehenden Mängel ihrer Ausbildungsbedingungen überwinden möchte.

Übergreifend können wir uns den Stellungnahmen der Bundespsychotherapeutenkammer wie auch der DPtV anschließen, die das grundsätzliche Regelungskonzept (Direktstudium an einer Universität mit anschließender Weiterbildung) unterstützen, daneben konkrete Änderungsbedarfe bei Formulierungen anzeigen, welche die Umsetzung und langfristig die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Psychotherapie behindern würden.

Hier möchten wir uns auf jene spezifischen Aspekte fokussieren, welche die Klinische Neuropsychologie und damit die Versorgung von Patienten betreffen, die nach einer hirnrnorganischen Erkrankung (z.B. Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall) unter Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, des emotionalen Befindens und des Verhaltens leiden.

Auf die Besonderheiten dieses Fach- und Versorgungsgebietes haben wir in unserer Stellungnahme zum Referentenentwurf vom 30.01.19 wie in einer gesonderten Information (s. Anlage „Hintergrundinformationen der GNP zur PT-Reform“) aufmerksam gemacht.

Derzeit ist die Klinische Neuropsychologie als historisch jüngste psychotherapeutische Spezialisierung – bei grundsätzlicher Anerkennung ihrer Versorgungsrelevanz, wie sie auch in einer eigenen gBA-Richtlinie zum Ausdruck kommt – in doppelter Weise von den „Webfehlern“ des geltenden Psychotherapeutengesetzes und konsekutiver Regelungen betroffen.

Der dringend erforderliche Aufbau des fachlichen Nachwuchses hat sich entsprechend dieser Situation erheblich verlangsamt und würde durch bestimmte Formulierungen im Kabinettsentwurf mittelfristig voraussichtlich ganz zum Erliegen kommen.

Mit den von uns vorgeschlagenen Änderungen bietet die Reform des Psychotherapeutengesetzes die Möglichkeit, bereits bestehende universitäre und klinische (stationär neurologische) Strukturen mit den Strukturen der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung zu verbinden und damit mittelfristig einen bedarfsgerechten Anteil an auf Neuropsychologie spezialisierten Psychotherapeut\*innen in der psychotherapeutischen Versorgung sicher zu stellen.

## II. Bewertung des Kabinettdentwurfs

Der Kabinettdentwurf greift viele Aspekte auf, die in einem langjährigen Diskussions- und Verhandlungsprozess von der psychotherapeutischen Profession konsentiert wurden und ausdrücklich auch aus der neuropsychologischen Perspektive unterstützt werden.

Ein wissenschaftliches Studium an einer Universität mit der Option für Promotionen bietet auch Raum für die Integration der in den Universitäten bereits gut etablierten neurowissenschaftlichen Fächer. Das Erlangen der Heilkunde-Erlaubnis durch ein Staatsexamen nach Abschluss des Studiums schafft Rechtssicherheit. Die in diesem Kontext entwickelten Vorstellungen der Kammern bzgl. 5-jähriger Weiterbildungen mit einer Verteilung über stationäre, ambulante und institutionelle Versorgungsbereiche deckt sich mit dem fachlichen Anforderungsprofil der Klinischen Neuropsychologie und wird von den Neurologen wie den Fachvertretern in der institutionellen Versorgung ausdrücklich unterstützt.

Ein direkter Zugang der Klinischen Neuropsychologie in die psychotherapeutische Weiterbildung wäre fachlich gut realisierbar und ist im Hinblick auf die Gewährleistung der notwendigen Patientenversorgung dringend erforderlich, wird im aktuellen Kabinettdentwurf aber durch die Fortschreibung des Verfahrensbezugs verhindert.

Wir schlagen daher folgende Änderungen vor:

### 1. Definition der Heilkunde, Artikel 1 § 1 Abs. 2 PsychThG.

Im Kabinettdentwurf heißt es:

„(2) Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren berufs- oder geschäftsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung oder Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben, gehören nicht zur Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie.“

## Änderungsvorschlag:

„Ausübung von Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung von psychischen Erkrankungen sowie zur Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist. Im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung sind somatische Befunde zu berücksichtigen.“

Eine Einbeziehung somatischer Befunde ist fachlicher Standard in der neurologisch-neuropsychologischen Versorgung. Überwiegend liegen bereits bei Behandlungsaufnahme Befunde vor. Die Möglichkeit, im Bedarfsfall eine weitergehende somatische Abklärung nicht nur zu initiieren, sondern diesbezüglich auch in Überweisungsverfahren eingebunden zu werden, würde die Umsetzung der notwendigen ärztlichen und neuropsychologischen Zusammenarbeit erleichtern.

Wir begrüßen ausdrücklich den Absatz 3 des §1 PsychThG, der die Bandbreite psychotherapeutischer Tätigkeit (Beratung, Prävention, Rehabilitation) aufgreift. Auch dies ist bereits fachliche Realität in der neuropsychologischen Versorgung, bedarf aber einer rechtlichen Etablierung und eines Ausbaus. Insbesondere der entwicklungsneuropsychologische Aspekt der (sekundären) Prävention (Entwicklung von Kindern nach Hirnschädigungen) kann auf diese Weise verstärkt in die Versorgung einbezogen werden.

## 2. Abfassung des §95c SGB V

Im Kabinettsentwurf heißt es:

„7. § 95c wird wie folgt gefasst: (1) Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus: 1. die Approbation als Psychotherapeut nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes und 2. den erfolgreichen Abschluss einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen oder einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannten Behandlungsverfahren.“

Ziel der Weiterbildung ist der Erwerb der in den Weiterbildungsordnungen festgelegten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere psychotherapeutische Kompetenzen zu erlangen. Die Weiterbildung dient, orientiert an einer von der Bundespsychotherapeutenkammer entwickelten Musterweiterbildungsordnung, der Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Berufsausübung. Sie wird durch eine erfolgreich abgelegte Prüfung abgeschlossen.“

Mit diesen Formulierungen wird die Klinische Neuropsychologie ausgeschlossen. Die Aufnahme in das Arztregister bliebe an eine Weiterbildung in den sog. Richtlinienverfahren der Psychotherapie gebunden. Die dem nachgewiesenen Versorgungsbedarf, der gBA-Richtlinie für Neuropsychologische Therapie und der wissenschaftlichen Entwicklung des

Fachgebietes entsprechende Gebietsweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie wäre nicht realisierbar.

Änderungsvorschlag:

„(1) Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus: (...) 2. den erfolgreichen Abschluss einer Weiterbildung in einem Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung.“

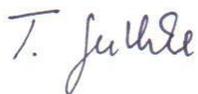
3. § 73 Abs. 2 SGB V

Wir begrüßen ausdrücklich die Erweiterung der Verordnungsbefugnis um psychiatrische Krankenpflege und Ergotherapie.

Aus spezifischer fachlicher Sicht bietet dies die Möglichkeit, auch im ambulanten Versorgungsbereich die interdisziplinäre Kooperation und insbesondere Koordination vorzunehmen, die Patienten mit hirnganisch bedingten Störungen benötigen. Sie sind in den gegenwärtigen Strukturen häufig mit der Koordination ihrer eigenen Behandlung überfordert. Dies kann die Klinische Neuropsychologie durch die Befugnisweiterung durch ein auf das Behandlungsziel ausgerichtetes therapeutisches Case Management abwenden und damit einen erfolgreichen Behandlungsverlauf ermöglichen.

Im interdisziplinären Team der Neuro-Rehabilitation sind neben der Ergotherapie auch die Logopädie und die Physiotherapie eingebunden. Aus neuropsychologischer Sicht wäre daher insbesondere die Einbeziehung der Logopädie (fachliche Kooperation bei Sprachstörungen) wünschenswert und folgerichtig, im Sinne der Gesamtkoordination auch die der Physiotherapie.

Die Erweiterung der Verordnungsbefugnis sollte dabei unbedingt auch für Personen gelten, die ihre Ausbildung nach den bisher geltenden Regelungen absolviert haben. Die grundsätzlichen Kompetenzen sind dafür vorhanden und könnten ggf. in Form einer Kenntnisprüfung nachgewiesen werden. Es ist aus der Versorgungsperspektive nicht begründbar, die notwendige Verbesserung der berufsgruppenübergreifenden Kooperationsmöglichkeiten noch Generationen von Patienten vorzuenthalten.



Dipl.Psych. Dr. Thomas Guthke  
(Vorstand GNP, 1. Vorsitzender)



Dipl.Psych. Sabine Unverhau  
(Vorstand GNP, Beisitzerin)

Anlage: Hintergrundinformationen der GNP zur PT-Reform „Die Reform des Psychotherapeutengesetzes – Lösung oder Aus für die Versorgung von Menschen mit erworbenen Hirnschäden“

# DIE REFORM DES PSYCHOTHERAPEUTENGESETZES - LÖSUNG ODER AUS FÜR DIE VERSORGUNG VON MENSCHEN MIT ERWORBENEN HIRNSCHÄDEN

Sehr geehrte Bundestagsabgeordnete, in Kürze werden Sie über eine Reform entscheiden, die über ihre formale Notwendigkeit hinaus zentrale Weichenstellungen für die Gesundheitsversorgung der nächsten Generationen impliziert: Die Reform des Psychotherapeutengesetzes.

**500.000 Schlaganfälle und Schädel-Hirn-Trauma** jährlich.  
**50.000 Kinder** mit kritischem Entwicklungsrisiko.  
**25 Jahre Versorgungsaufbau.**  
**1 Wort.**

Sicher sind Ihnen wesentliche Aspekte bekannt. Bitte gestatten Sie uns, Ihnen die Bedeutung bestimmter Details dieses Gesetzes aus der Perspektive eines spezifischen Versorgungsbereiches aufzuzeigen, dem der Klinischen Neuropsychologie. Auf Grund besonderer Umstände entscheiden hier einzelne Worte über die Frage, ob die künftigen Ausbildungsbedingungen der unbestritten eklatanten Unterversorgung entgegen wirken oder sie für Generationen festschreiben.

## Wen und wie versorgt die klinische Neuropsychologie?

Aufgabe der Klinischen Neuropsychologie ist es, psychische Folgen von Hirnschädigungen zu erkennen und zu behandeln. Häufige Ursachen einer Hirnschädigung sind unfallbedingte Kopfverletzungen (Schädel-Hirn-Trauma), Schlaganfälle, Hirntumore, Entzündungen des Gehirns (zB Multiple Sklerose) und altersdegenerative Erkrankungen (zB Demenzen).

Das Gehirn ist die organische Grundlage des Denkens, Fühlens und Verhaltens. Entsprechend führen diese Erkrankungen zu Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit (zB Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Planen), des Verhaltens (zB Antrieb, Selbst- u. Impulskontrolle) und des Erlebens (Angst, Depression, Aggressivität), im Weiteren dann zu Einschränkungen oder sogar dem Verlust der Erwerbsfähigkeit, der Selbstständigkeit im Alltag und der sozialen Teilhabe.

Ca. 550.000 Personen aller Altersbereiche erleiden

jährlich eine neurologische Erkrankung mit Hirnbeeileiligung, Tendenz dank verbesserter intensivmedizinischer Versorgung und Altersentwicklung der Bevölkerung steigend. Zum Beispiel wird die Zahl der Schlaganfall-Patienten Schätzungen zufolge im Jahr 2025 auf 3,5 Millionen steigen. An altersdegenerativen Erkrankungen (Demenzen) leiden bereits heute 1,6 Millionen Menschen, auch hier kommt es durch das Verhältnis von Neuerkrankungen zu Sterbefällen zu einem Zuwachs von 40.000 Betroffenen jährlich.

Gegenwärtig wird davon ausgegangen, dass etwa 800.000 Menschen und ihre Angehörigen unter den Langzeitfolgen hirorganisch bedingter psychischer Störungen leiden, Initiativen, die sich um die Versorgung dieser Patienten bemühen (Hannelore-Kohl-Stiftung, Schlaganfall-Stiftung, BAG Nachsorge, Kinderneurologie-Hilfe u.a.) sprechen von einer „stillen Epidemie“.

Ausgehend von einem umfassenden Wissen über die neuronalen Grundlagen von Kognition, Emotion und Verhalten sowie über neurologische Erkrankungen und ihre Folgen beinhaltet das Aufgabenfeld der Klinischen Neuropsychologie die diagnostische Beurteilung der kognitiven Funktionen, des Verhaltens und Erlebens unter der Berücksichtigung prämorbidder Persönlichkeitsmerkmale, die Erstellung ICF-orientierter neuropsychologischer Behandlungspläne unter Einschluss interdisziplinärer Kooperation und setting- bzw. phasenspezifischer Rahmenbedingungen, die Durchführung neuropsychologischer Behandlungen in den verschiedenen Stadien bzw. Phasen neurologischer Erkrankungen einschließlich Angehörigenarbeit, die Beratung von Mitbehandlerinnen und Mitbehandlern sowie die Kooperation mit relevanten Sozialsystemen zur gemeinsamen Gestaltung von schulischen oder beruflichen und sozialen Wiedereingliederungsprozessen.

Wie in der Neurologie gilt auch in der Neuropsychologie: Time is brain. Je schneller Störungen erkannt, behandelt und sekundärer Schaden abgewendet werden können, desto besser das Outcome für die Betroffenen. Durch Unterversorgung entstehende Schnittstellenprobleme und Wartezeiten gefährden hier Gesundheit und Teilhabe ganz unmittelbar.

Ein besonders sensibles Arbeitsfeld sind Kinder und Jugendliche, die einen großen Teil der Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma darstellen, aber auch Schlaganfälle, Tumore oder Hirnentzündungen erleiden. Bei ihnen verbinden sich mit der hirnorganischen Erkrankung nicht nur unmittelbare Störungen, sondern ein langfristiges Entwicklungsrisiko (sog. „Growing-into-deficit“-Phänomen).

Hier besteht ein dringender Bedarf an (sekundär) präventiver, entwicklungsbegleitender klinisch-neuropsychologischer Versorgung. Auch zu der gesundheitlichen wie allgemeinen Entwicklung von Kindern nach Frühgeburt, Kindern mit bestimmten genetischen Syndromen und mit kinder- bzw. jugendpsychiatrischen Erkrankungen leistet die klinische Neuropsychologie einen wichtigen Beitrag.

Neben den klassischen und historisch gewachsenen Versorgungsbereichen der Neuropsychologie nimmt die Bedeutung der neuropsychologischen Behandlung zunehmend auch in anderen Bereichen der medizinischen und psychosozialen Versorgung zu. Beispielsweise gehen nahezu alle psychiatrischen Erkrankungen mit kognitiven Störungen einher, die weitgehend unabhängig von der Psychopathologie auftreten, deren Diagnostik und gezielte Behandlung sich jedoch positiv auf die Gesamtprognose auswirkt.

## **Aufbau und Stand der neuropsychologischen Versorgung**

Mit den Fortschritten der Neurowissenschaften wie der Intensivmedizin für neurologische Erkrankungen etablierte sich die Klinische Neuropsychologie als spezifisches diagnostisches und therapeutisches Angebot zunächst im stationären Setting der Neuro-Rehabilitation.

Die 1986 gegründete Gesellschaft für Neuropsychologie erarbeitete Anlehnung an ärztliche Weiterbildungsordnungen eine dreijährige postgraduale Weiterbildung („Zertifikat Klinische Neuropsychologie“), die ab 1996 gemeinsam mit ärztlichen und psychologischen Fachverbänden umgesetzt wurde. Das Zertifikat Klinische Neuropsychologie GNP etablierte sich als Qualitätskriterium und fand Eingang in diverse Festlegungen fachlicher Standards (Personalstruktur neurologischer Einrichtungen, Behandlungsleitlinien, BAR-Empfehlungen zur Gestaltung von Rehabilitationsprozessen etc.).

Zum jetzigen Zeitpunkt übernehmen Klinische Neuropsychologen GNP in der Akutversorgung (Neurologie, Stroke unit, Geriatrie), in der stationären medizinischen Behandlung (Neurologie, Psychiatrie), in Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, in der ambulanten Krankenbehandlung und

in komplementären Versorgungsstrukturen (z.B. Beratungsstellen und Wohnheime für Menschen mit erworbenen Hirnschäden, Berufsförderungswerken, Sozialpädiatrischen Zentren, sonder-/neuropädagogischen Fördereinrichtungen) spezifische Aufgaben der Diagnostik und Behandlung.

Die Neuropsychologische Therapie ist seit 2008 die einzige wissenschaftlich anerkannte Psychotherapiemethode zur Behandlung von organisch bedingten psychischen Störungen (ICD-10: Kapitel F0) und wurde daher 2012 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen. Kein anderes wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkanntes Psychotherapieverfahren verfügt über die wissenschaftlich nachgewiesene Effektivität zur Behandlung des Indikationsbereiches Hirnorganische Störungen.

## **Das Dilemma: Ausbildungsrealität ist Versorgungsrealität**

Im Rahmen der GKKN-Kooperation legte die GNP am 31.05.99 dem neu eingerichteten Wissenschaftlichen Beirat einen Antrag auf Anerkennung der Klinischen Neuropsychologie als wissenschaftliches Psychotherapieverfahren vor. In 2000 wurde zunächst die neuropsychologische Funktionstherapie für Erwachsene wissenschaftlich anerkannt. Diese Einschränkung konnte in den Folgejahren durch Nachreichen weiterer Wirksamkeitsbelege aufgehoben werden. Am 31.01.2008 erfolgte die vollumfängliche wissenschaftliche Anerkennung der Klinischen Neuropsychologie für den Anwendungsbereich 12 (Hirnorganische Störungen).

Eine gravierende Einschränkung und bis heute der entscheidende Grund für eine im Vergleich zu den sog. Richtlinienverfahren noch deutlich prekärere Ausbildungssituation ergab sich aus der Entscheidung des Wissenschaftl. Beirat für Psychotherapie (seinem „Methodenpapier“), nur solche Therapieverfahren zur vertieften Ausbildung zuzulassen, „die für mindestens fünf „Anwendungsbereiche der Psychotherapie“ oder mindestens vier der ‚klassischen‘ Anwendungsbereiche als wissenschaftlich anerkannt gelten können.“

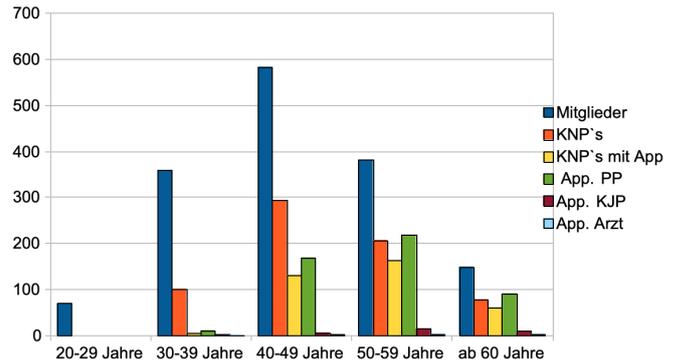
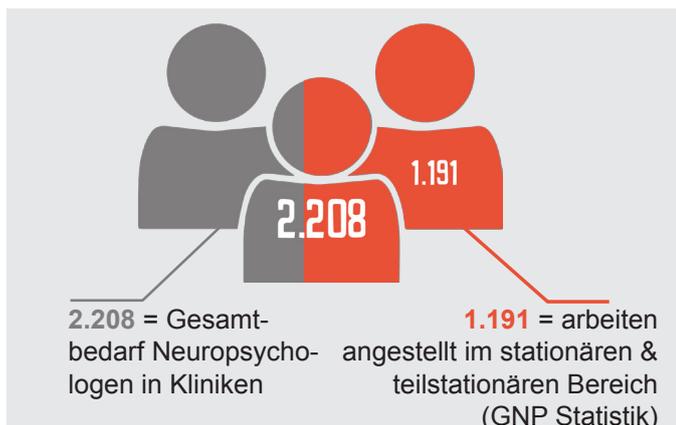
Die Definition der Anwendungsbereiche basierte auf der ICD10 (Kapitel V – Psychische und Verhaltensstörungen), die das gesamte Spektrum hirnorganisch bedingter psychischer Störungen in einem Anwendungsbereich, der Kategorie „F0“, zusammen fasst.

Somit wurde der direkte Weg in die Klinische Neuropsychologie verschlossen. Sie gilt nicht als „Verfahren“, sondern als Methode. Der fachliche Nachwuchs aus den Universitäten muss nun zunächst die Psychotherapie-Ausbildung in einem Richtlinienverfahren absolvieren und für die angestrebte Spezialisierung auf Klinische Neuropsychologie Weiterbildungsstellen mit stationären und ambulanten Anteilen in der Neurorehabilitation finden.

**Neuropsychologie wissenschaftlich anerkannt, aber kein „Verfahren“**

Dies zeitlich wie finanziell zu bewältigen, gelingt nur einzelnen. Entsprechend konnte die mit den Kammern erarbeitete Regelung der Klinischen Neuropsychologie in Form einer Weiterbildung bzw. Zusatzqualifikation mit nur sehr kleinen Fallzahlen umgesetzt werden und kaum zur Verbesserung der prekären Versorgungssituation beitragen.

Bundesweit sind nur ca. 200 ambulant tätige Psychologische Psychotherapeuten mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation verzeichnet, was einer Versorgungsdichte von 1 : 360.000 bezogen auf die Bevölkerung entspricht. Bereits Bedarfzahlen aus 2009 belegen, dass die Anzahl neuropsychologischer Behandler für Erwachsene im ambulanten Bereich um mindestens das Vierfache gesteigert werden müsste – was bereits unter den gegenwärtigen Bedingungen mindestens 40 Jahre in Anspruch nähme.



Die Anzahl derjenigen, die zugleich oder gesondert mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, liegt bundesweit bei ca. 20. Es gibt ein hohes Interesse der jungen Generationen an den neurowissenschaftlichen Fächern, auch das spezifische Interesse an Klinischer Neuropsychologie ist grundsätzlich weiter hoch. Zugleich sind gerade die aktuellen Generationen („Y“, „Z“) auf verlässliche, klar kalkulierbare Strukturen bzgl. beruflichem Werdegang, Status und beruflichen Rahmenbedingungen ausgerichtet. Entsprechend gering ist die Nachwuchsrate. Die bereits heute eklatante Unterversorgung wird sich durch das absehbare Ausscheiden der anteilig großen Gruppe älterer Klinischer Neuropsychologen und die auf Sicherheit bedachte Umorientierung der Absolventen neuropsychologischer Master-Studiengänge weiter verschärfen.

## Weichenstellung durch Reform PsychThG: Verfahren oder verfahren?

Der Kabinettsentwurf greift viele Aspekte auf, die in einem langjährigen Diskussions- und Verhandlungsprozess von der psychotherapeutischen Profession konsentiert wurden und ausdrücklich auch aus der neuropsychologischen Perspektive unterstützt werden.

Ein wissenschaftliches Studium an einer Universität mit der Option für Promotionen bietet auch Raum für die Integration der in den Unis bereits gut etablierten neurowissenschaftlichen Fächer. Das Erlangen der Heilkunde-Erlaubnis durch ein Staatsexamen nach Abschluss des Studiums schafft Rechtssicherheit. Die in diesem Kontext entwickelten Vorstellungen der Kammern bzgl. 5-jähriger Weiterbildungen mit einer Verteilung über stationäre, ambulante und institutionelle Versorgungsbereiche deckt sich mit dem fachlichen Anforderungsprofil der Klinischen Neuropsychologie und wird von den Neurologen wie den Fachvertretern in der institutionellen Versorgung ausdrücklich unterstützt.

Ein direkter Zugang der klinischen Neuropsychologie in die Psychotherapeutische Weiterbildung wäre fachlich gut realisierbar, wird im aktuellen Kabinettsentwurf aber durch die Fortschreibung des Verfahrensbezugs verhindert.

1. Definition der Heilkunde, Artikel 1 § 1 Abs. 2 PsychThG.

Im Kabinettsentwurf heißt es:

*„(2) Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie im Sinne dieses Gesetzes ist jede mittels wissenschaftlich geprüfter und anerkannter psychotherapeutischer Verfahren beruflich- oder geschäftsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine somatische Abklärung herbeizuführen. Psychologische Tätigkeiten, die die Aufarbeitung oder Überwindung sozialer Konflikte oder sonstige Zwecke außerhalb der Heilkunde zum Gegenstand haben, gehören nicht zur Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie.“*

Eine offene Formulierung, wie sie die BpTK auch im Interesse der wissenschaftlichen Weiterentwicklung psychotherapeutischer Heilkunde vorschlägt, eröffnet auch die Chance, den Absolventen des künftigen Psychotherapie-Studiengangs eine Weiterbildung in Klinischer Neuropsychologie anzubieten. Nur so wird es möglich sein, dem aktuellen Versorgungsnotstand zu begegnen und den wissenschaftlichen Entwicklungen der Klinischen Neuropsychologie Rechnung zu tragen:

### Der Begriff

„Verfahren“ würde die Klinische Neuropsychologie nicht einschließen.

*„Ausübung von Heilkunde im Sinne dieses Gesetzes ist jede berufsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung von psychischen Erkrankungen sowie zur Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist.“*

2. Abfassung des §95c SGB V, Voraussetzung für die Eintragung von Psychotherapeuten in das Arztregister.

Im Kabinettsentwurf heißt es :

*„7. § 95c wird wie folgt gefasst: (1) Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus: 1. die Approbation als Psychotherapeut nach § 2 des Psychotherapeutengesetzes und 2. den erfolgreichen Abschluss einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen oder einer*

*Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einem durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Absatz 6a anerkannten Behandlungsverfahren.*

*Ziel der Weiterbildung ist der Erwerb der in den Weiterbildungsordnungen festgelegten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere psychotherapeutische Kompetenzen zu erlangen. Die Weiterbildung dient, orientiert an einer von der Bundespsychotherapeutenkammer entwickelten Musterweiterbildungsordnung, der Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Berufsausübung. Sie wird durch eine erfolgreich abgelegte Prüfung abgeschlossen.“*

Mit diesen Formulierungen wird die Klinische Neuropsychologie ausgeschlossen. Die Aufnahme in das Arztregister bliebe an eine Weiterbildung in den sog. Richtlinienverfahren der Psychotherapie gebunden. Die dem nachgewiesenen Versorgungsbedarf, der gBA-Richtlinie für Neuropsychologische Therapie und der wissenschaftlichen Entwicklung des Fachgebietes entsprechende Gebietsweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie wäre nicht realisierbar.

Auch diese Fehlentwicklung kann durch die von der BpTK vorgeschlagene Formulierung, in Anlehnung an die Regelung für Mediziner (§95a) vermieden werden:

*„(1) Bei Psychotherapeuten setzt die Eintragung in das Arztregister voraus: (...) 2. den erfolgreichen Abschluss einer Weiterbildung für die Behandlung von Erwachsenen oder einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung.“*

Gesetzliche Regelungen sind das Ergebnis langjähriger komplexer Beratungs- und Verhandlungsprozesse und damit zugleich immer auch eine langfristige Weichenstellung. Mit der Reform des Psychotherapeutengesetzes verbindet sich die Zukunft der psychischen Gesundheit in Deutschland. Die notwendige kontinuierliche Übersetzung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse in die Versorgungspraxis kann nur gelingen, wenn die Formulierungen des Gesetzestextes eine Festschreibung des Status vermeiden und die Weiterentwick-

lung wissenschaftlich begründeter Versorgungsangebote bzw. spezifischer Qualifikationen im Zuständigkeitsbereich (Weiterbildung) der professionellen Selbstverwaltung bleibt.

Für die Klinische Neuropsychologie verbindet sich nur mit einer solchen Reform des Psychotherapeutengesetzes die Chance auf eine berufsrechtliche Verankerung, die den dringend notwendigen Nachwuchs ermöglicht und die den Bogen der Berufsausbildung schlüssig von den universitäten (neuro-) wissenschaftlichen Grundlagen über die verschiedenen stationären bzw. institutionellen Versorgungssettings bis zur Umsetzung der heute schon geltenden gBA-Richtlinie für ambulante neuropsychologische Therapie spannt.

wie Erwachsenen mit hirnorganisch bedingten psychischen Störungen und den Erhalt der in rund 30 Jahren wissenschaftlicher wie klinischer Pionierarbeit etablierten klinisch-neuropsychologischen Leistungen in ihrer Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Teilhabe-Förderung.

Wir bitten Sie herzlich um Ihre Stimme auch für diese Patienten, dieses Versorgungsgebiet.

Entsprechend entscheidet die Gesetzesreform auch über die – diesbzgl. alternativlose – Versorgung der wachsenden Zahl von Kindern und Jugendlichen

